

Centro de Documentación en Políticas Sociales

**Los olvidos de la salud mental en
los procesos de desinstitucionalización**
*Antecedentes históricos, formación universitaria y
abordaje social. La Ley de Salud Mental N° 448,
un ejemplo paradigmático.*

Por Ernestina Rosendo



Buenos Aires
Gobierno de la Ciudad

**Los olvidos de la salud mental en los procesos
de desinstitucionalización**

**Antecedentes históricos, formación universitaria
y abordaje social. La Ley de Salud Mental N° 448,
un ejemplo paradigmático.**

Por Ernestina Rosendo

DOCUMENTOS DE POLITICAS SOCIALES

Publicación del Centro de Documentación del CIOBA -Centro de Información de las Organizaciones de la Ciudad de Buenos Aires-
Dirección General de Fortalecimiento de la Sociedad Civil
Subsecretaría de Promoción Social
Ministerio de Desarrollo Social
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Febrero de 2009

México 1661, planta baja, (C1100ACA)
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
ciobadigital@buenosaires.gob.ar
www.desarrollosocial.buenosaires.gob.ar

**Los olvidos de la salud mental en los procesos de desinstitucionalización.
Antecedentes históricos, formación universitaria y abordaje social.
La Ley de Salud Mental N° 448, un ejemplo paradigmático.**

Por Ernestina Rosendo*

Indice

1.	Presentación	4
2.	Aspectos metodológicos	5
3.	La definición teórica sobre la dimensión social en los problemas actuales en el campo de la salud mental	6
4.	El surgimiento de la Ley de Salud Mental N° 448	9
4.1	Algunos componentes teórico-ideológicos de la Ley de Salud Mental N° 448	12
5.	Los antecedentes históricos en Argentina	15
5.1	Una antigua lucha: psiquiatría tradicional (y/o manicomial) versus posiciones progresistas y/o modernizadoras	16
5.2	Los intentos de transformación de los procesos de institucionalización	18
5.3	Algunos comentarios sobre la historia de la salud mental en Argentina	20
6.	El posicionamiento de los profesionales del Primer Nivel de Atención frente a las reformas	21
7.	Formación de recursos humanos: el persistente divorcio entre salud y ciencias sociales	22
7.1	Los programas de formación en las ciencias sociales: Trabajo Social y Sociología	22
7.2	Los exámenes de residencias y concurrencias de servicio social del GCBA	24
7.3	Sobre las deficiencias y los límites de la formación de los profesionales de la salud	26
8.	Reflexiones finales	27
9.	Bibliografía	31

* **Ernestina Rosendo:** Licenciada en Psicología (UBA), Magíster en Salud Pública (UNR), Doctorando de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora de la Universidad de Buenos Aires y profesora en la Maestría en Salud Pública del Instituto de la Salud Juan Lazarte (UNR) y en la Universidad del Salvador.

1. Presentación

En el mes de julio del año 2000 se sancionó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la Ley de Salud Mental N° 448; reglamentada posteriormente en el 2004. El texto de la ley -en consonancia con las líneas de transformación propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), otros organismos y tratados internacionales, destaca la transformación de la atención de la salud mental desde un paradigma *hospitalocéntrico* a otro *comunitario*. El hospital psiquiátrico como sostén del primer paradigma sería desplazado como eje central de la atención, ubicándose en su lugar la comunidad y dispositivos alternativos, en el cuidado de las personas con trastornos mentales. En este marco legal, se enfatiza priorizar las estrategias concernientes a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el trabajo comunitario, intersectorial e interdisciplinario.

Tal como acontece en la organización de la atención de la salud mental en otros países, la discusión sobre el papel de los *recursos humanos* en las transformaciones propuestas, adquiere un lugar estratégico en la definición de los cambios. En primer lugar, por la transformación que implica el descentramiento del hospital psiquiátrico como eje del sistema de atención de la salud mental, hacia la organización de la atención comunitaria, con camas en hospitales generales. Un desempeño idóneo en la APS requeriría de formación interdisciplinaria, una adecuación cultural de sus procedimientos a las características de la comunidad asistida, formación en el trabajo en terreno, en el seno de la comunidad.

Desde la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se identifican cuatro áreas problemáticas concernientes a los recursos humanos en salud: la calidad del empleo y el régimen laboral; la productividad del trabajo y la calidad de los servicios; la formación de los recursos humanos en salud; la gobernabilidad y calidad del sector (Abramzón, 2003). No obstante también se constata que en los países de la región los temas referentes a los recursos humanos no constituyen un asunto de priorización.

Las transformaciones que se aspiran desde la Ley de Salud Mental N° 448 y la Ley Básica de Salud N° 153 -en línea con los principios de los organismos internacionales y de las reformas en otros países- tienden también a ubicar a la atención primaria como eje central de la organización del sistema público de salud, y de la atención de la salud mental en particular. Y, en este marco, la discusión sobre la formación de los recursos humanos para la adecuación a las reformas pretendidas, constituye un punto capital. La articulación entre políticas (y/o reformas) en salud mental y políticas sociales, también requiere constatar cuáles son las posibilidades de tal articulación en función de las características que asumen la formación y el perfil de los profesionales que componen el área de salud mental.

Desde nuestra perspectiva, se da por asentado (al menos por omisión), que la articulación entre salud y políticas sociales -así como el trabajo conjunto entre profesionales de diversas disciplinas- constituye una posibilidad con escasas (o nulas) dificultades de planificación en su implementación. En esta dirección, en el presente trabajo, realizaremos un recorrido por algunos sucesos de la historia de la salud mental en Argentina, que develan los históricos intentos en la vinculación entre salud mental y

políticas sociales, así como previos procesos de implementación de alternativas a la institución manicomial. Asimismo, nos detendremos en analizar algunas cuestiones en referencia a la formación de los recursos humanos, en vista a analizar las posibilidades de articulación entre salud y políticas sociales.

En este sentido, la Ley de Salud Mental (Nº 448) resulta útil para abordar y analizar las dificultades y contradicciones que entrañaría la articulación entre las reformas pretendidas (fortalecimiento de la atención primaria de salud, desinstitucionalización, etcétera), la implementación de políticas sociales y la inadecuación de la formación de los recursos humanos para tal transformación.

2. Aspectos metodológicos

El presente escrito contiene algunos de los resultados de una investigación de Tesis Doctoral¹ en curso, llevada adelante en dos Centros de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC) y un Centro de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el período 2005- 2008.

El estudio se enmarca en un *diseño cualitativo*, con la interpretación como base de la producción de conocimientos (Sautu, 2003). El diseño es de tipo descriptivo-analítico, de corte transversal, con una muestra no probabilística de carácter intencional (Rodríguez Gómez, Gil Flores, García Jiménez, 1996), basada en la selección de contextos de trabajo e informantes, en función de maximizar la recolección de la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Las **unidades informantes** (Borsotti, 2007) en los centros de estudio estuvieron constituidas por profesionales de las disciplinas consideradas como parte del campo de la salud mental. En este sentido, el Plan de Salud Mental 2002-2006, que contiene las supuestas líneas de implementación de la ley, enuncia como profesiones del campo a: médico-psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, sociólogos, musicoterapeutas, fonoaudiólogos, psicomotricistas y terapeutas ocupacionales. Se decidió tomar como unidades informantes a: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, sociólogos, psicopedagogos y terapeuta ocupacional. Se han entrevistado a 20 profesionales en los CeSAC en estudio, 12 del Centro de Salud Mental escogido y 4 de otros CeSAC.

Asimismo, para una visión más integral del fenómeno en estudio -en particular para la comprensión de cómo se gestó la ley, cómo fue el procedimiento de diseño, aprobación y reglamentación, así como las distintas posiciones de los grupos participantes-, se realizaron entrevistas a legisladores y asesores de la Legislatura de la C.A.B.A. que participaron en el diseño y aprobación de la nueva ley, así como a profesionales y representantes de asociaciones profesionales que también participaron. En síntesis, se entrevistaron: cinco legisladores o asesores de éstos; dos profesionales del G.C.A.B.A. (uno de la Dirección de Capacitación y un médico de Auditoría de la ciudad, participante de auditorías de instituciones de salud mental); seis profesionales referentes de la salud mental en Argentina.

¹ Doctorado de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

La principal estrategia metodológica utilizada con las unidades informantes fue la entrevista en profundidad de tipo semi-estructurada. A medida que se desarrollaba la investigación se fueron incorporando **fuentes secundarias** para la profundización de los temas que se iban ubicando como substanciales en relación con la comprensión del objeto de estudio. En el presente artículo las principales fuentes secundarias las constituyen: 1. El Plan de Salud Mental 2002-2006 de la C.A.B.A.; 2. Los exámenes profesionales para el ingreso al sistema de residencias y concurrencias de la C.A.B.A. (periodo 2000-2006); 3. Los programas curriculares de estudio pertenecientes a las carreras de pre-grado de: Psicología, Medicina, Psicopedagogía, Trabajo Social, Sociología; dependientes de la Universidad de Buenos Aires (con excepción de la carrera de Psicopedagogía, que se tomó una universidad privada, por no existir esta carrera en la Universidad de Buenos Aires).

3. La definición teórica sobre la dimensión social en los problemas actuales en el campo de la salud mental

Durante la década del 90 en la Argentina, se han realizado diversas investigaciones referentes a problemáticas de la salud mental actual². Algunas de estas investigaciones han identificado y destacado la incidencia de los factores sociales (desocupación, marginalidad, exclusión social, etcétera) en los motivos de consulta y en los padecimientos actuales.

Asimismo, diversos autores analizaron el sufrimiento mental conjuntamente con los procesos macrosociales existentes. En este sentido, E. Galende advierte que la reflexión del profesional de la salud mental acerca del padecimiento, no puede prescindir de la comprensión de las dinámicas de integración-exclusión social, afirmando también que *“El objeto de la Salud Mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad”*^{3, 4}. Este autor también señala que la complejización creciente de las demandas actuales, tales como drogadicción, alcoholismo, conflictos familiares, trastornos psicosomáticos, problemas delictivos, entre otras; torna cada vez más difícil su desvinculación con el contexto cultural, social, económico y político en el que tienen lugar⁵.

Por otra parte, A. Stolkiner analiza la crisis institucional, las rupturas de lazos y la emergencia de nuevas formas de vinculación en la producción de los sufrimientos actuales en salud mental; señala a los procesos de ajuste, a la modificación de las formas laborales, la precarización del empleo y la multiplicación de sus formas marginales, como elementos que fracturan la organización social y las relaciones solidarias, produciendo asimismo efectos en la familia (u otras formas de relación) y producción de diversos malestares subjetivos⁶.

El común denominador de estas producciones teóricas consiste, desde nuestra perspectiva, en la consideración de los aspectos macrosociales: económicos, políticos,

²Ros, 1999; Augsburger 1999; Bialakowsky y otros, 2001.

³Galende, 1997: 31

⁴La letra cursiva es del autor

⁵Galende, E. (1994).

⁶Stolkiner, A. (1994).

culturales, ocupacionales y vinculares, como determinantes o constituyentes en la conformación del espectro actual de los padecimientos en el campo de la salud mental. En otros términos, el padecimiento subjetivo entendido no sólo en tanto producto de la dimensión individual del sujeto sufriente, sino comprendiendo otros niveles en su producción⁷.

La consideración de los niveles macro en la producción del padecimiento en salud mental, se plasmaría en el surgimiento de diferentes términos que darían cuenta de esta cuestión; desde la OPS/OMS, las problemáticas en el campo de la salud mental han sido conceptualizadas como “patologías sociales”; E. Galende las ha denominado “Paradigmas de lo social” (1997) y Bialakowsky y otros como “Nuevos padecimientos” (1997). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud advierte que los trastornos neuropsiquiátricos (como la depresión, la esquizofrenia) constituyen sólo una parte de los problemas determinados por la morbilidad social y psicológica total: el alcoholismo, el suicidio e intento de suicidio, la violencia contra las mujeres, el maltrato y abandono de niños, los delitos y la violencia callejera, entre otros, constituyen una importante porción de las dificultades y problemáticas que debe afrontar América Latina (OPS/OMS, 1997).

No obstante, un informe posterior de la OMS (2001) refiere a los trastornos mentales y conductuales como resultados de “una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales”, pero destacando el asentamiento cerebral de estas problemáticas y las esperanzas en los descubrimientos de la información genómica para el desarrollo de tratamientos más eficaces (OMS, 2001: XIV).

En este sentido, parecería establecerse una tensión entre dos posturas teóricas: una que tiende a la comprensión de los padecimientos en estrecha relación con las problemáticas del contexto social, abarcando no sólo a los “trastornos mentales” sino a toda una gama de diversas problemáticas sociales. Otra postura, que refiere a “trastornos” (mentales o conductuales), más ligada a una concepción individual y hasta biológica de las problemáticas en el campo de la salud mental⁸.

La disyuntiva en la que nos encontramos es si toda problemática en el campo de la salud mental se constituye, o no, en trastorno, tal como éste ha sido definido. Si el conjunto de problemáticas excede la definición de trastorno, entonces nos encontraríamos con todo un espectro de problemáticas que constituyéndose como padecimientos, no obstante dejaría en suspenso su entidad en tanto enfermedad mental. En este sentido, la consideración de estos padecimientos en el interior de la salud mental, podría significar una complejización en la comprensión de las

⁷La integración de diferentes niveles en la producción de enfermedades se ha visto facilitada por el surgimiento de modelos conceptuales que dan cuenta de diferentes niveles de reproducción; permitiendo pensar además, las problemáticas de salud/enfermedad desde una perspectiva que supera las relaciones lineales de determinación. Samaja, J. (1994); Castellanos, P.L. (1991).

⁸Desde la perspectiva de la OMS, “Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos”. OMS, 2001: 21. Por su parte, el DSM-IV conceptualiza el trastorno mental como “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”. DSM-IV, 1995: XXI.

problemáticas de este campo, en la medida en que la estructura clínica del sujeto y/o los aspectos psicopatológicos (en términos de ‘trastorno’ o ‘enfermedad mental’), ya no se constituirían en el único nivel determinante y explicativo de los fenómenos que se producen⁹.

Desde otra perspectiva de análisis, J. Samaja (1994) propone un modelo descriptivo para comprender las relaciones que se establecen entre condiciones de vida y salud. El modelo ofrece un ordenamiento en una jerarquía descriptiva de la complejidad, del objeto salud/enfermedad/cuidado en relación a las condiciones de vida y de reproducción social. Una de las consecuencias que nos interesa de este modelo, es que la conceptualización de la salud resulta coextensiva al conjunto de problemas de la reproducción social; desbordando así el espacio disciplinario. En este sentido, los niveles de reproducción que propone este autor son: 1) reproducción biológica; 2) de la conciencia y la conducta; 3) económica y 4) ecológica-política. Así, todo miembro de una población humana contendría diferentes niveles de integración: una individualidad o identidad biológica; otra como miembro familiar; una societal (especialmente en relación a las instituciones económicas) y una política.

Desde esta conceptualización, el individuo no podría ser concebido independientemente de estos procesos reproductivos; y los problemas de salud/enfermedad deberían ser considerados en relación con la totalidad de los problemas que presente el desarrollo de los individuos, con todos los niveles de reproducción (Samaja, 2000). En este sentido, se ampliaría el campo de intervención en la medida que ya no se trataría sólo de la reproducción biológica ni sólo de la psicológica, sino que también se incluirían las problemáticas de la reproducción económica y la ecológica-política. Sin embargo, no todos los niveles necesariamente están afectados al mismo tiempo ni de la misma manera; una problemática en uno de éstos, cuenta para su resolución, de los insumos que le proveen los niveles reproductivos restantes.

El trabajo de campo en centros de salud del Primer Nivel de Atención en la Ciudad de Buenos Aires y Rosario evidencia que los motivos de consulta recibidos en los servicios de salud mental, están conformados por una trama con multiplicidad de factores y circunstancias, comprometiendo simultáneamente a varios niveles de producción. Y lo que estos modelos conceptuales comentados nos permitirían destacar es que resultaría muy dificultosa la explicación de los padecimientos actuales en el campo de la salud mental, a partir de un recorte que explique y opere exclusivamente en un fragmento, o en un nivel determinado, desconociendo la integración y la interdependencia del que se recorta con los restantes.

Por otra parte, nos interesa subrayar que la comprensión del padecimiento como resultado del interjuego de problemáticas y factores pertenecientes a diversos niveles de integración, nos permitiría esbozar una conceptualización del padecimiento como “complejo”. Complejidad que supera ampliamente una conceptualización sostenida sólo

⁹En el marco de esta discusión, padecimiento o trastorno, una investigación realizada en la Argentina (Ros, 1999) acerca de las representaciones de los profesionales de la salud mental sobre prácticas y problemas de salud mental de las poblaciones que atienden, señala en uno de sus informes que los profesionales psicólogos y psiquiatras entrevistados en el transcurso de ese estudio, excepcionalmente refieren a los motivos de consulta en términos de clasificaciones psicopatológicas, sino a descripciones de situaciones problemáticas.

en la multiplicidad de causas que podrían ser encuadradas en diferentes campos disciplinarios (médicos, psicológicos, sociales, sanitarios, etcétera), sino que refiere a distintos niveles integrativos o de reproducción (según el modelo de Samaja); cada uno de los cuales implica una autonomía relativa y a su vez relaciones de interdependencia y leyes de regulación entre sí. Como lo expresa R. García, acerca del estudio del objeto complejo:

El punto de partida es el reconocimiento de que hay problemáticas complejas (o situaciones complejas) determinadas por la confluencia de múltiples factores que interactúan de tal manera que no son aislables y que, por consiguiente, no pueden ser descritos y explicados “sumando” simplemente enfoques parciales de distintos especialistas que los estudien de forma independiente (García, 1994: 93).

Aún centrándonos en el plano conceptual del padecimiento, donde lo definimos como padecimiento complejo -a partir de una integración de diversos elementos pertenecientes a distintos niveles-, encontramos, sin embargo, implicancias que alcanzan el plano práctico. En la medida en que definimos una interrelación de elementos, cuyo funcionamiento no es independiente uno de otro, y donde sus relaciones conforman una estructura que funciona como una totalidad; ya no es posible pensar en el plano práctico (en el hacer sobre el padecimiento), ni en términos disciplinarios, operando un recorte de un fragmento en el objeto ‘padecimiento’ sobre el cual operar, ni tampoco adoptar un enfoque multidisciplinario, que efectúa varios recortes simultáneos, tomando diversos elementos y niveles, pero quebrando la totalidad y la interdependencia que es parte esencial del objeto o sistema en cuestión. En otras palabras, identificamos una correlación entre las definiciones que se hagan en el plano conceptual y las decisiones en el plano práctico.

Desde esa perspectiva, la definición compleja de los problemas actuales en el campo de la salud mental y, por ende, el reconocimiento de las dimensiones sociales y económicas en su producción, obligan a repensar los juegos de articulación entre prácticas y políticas de salud con las de orden social. Los discursos, planes y legislaciones consecuentes, se han orientado en esta dirección. Un ejemplo de ello lo constituye la ley de salud mental N° 448, que veremos a continuación.

4. El surgimiento de la Ley de Salud Mental N° 448

La declaración de la ciudad como autónoma del Gobierno Federal inaugura una nueva etapa, dentro de la cual la Ley 448 constituye un apéndice. Dos antecedentes centrales para el surgimiento de la Ley de Salud Mental los conforman la Constitución de la Ciudad (octubre 1996) y la Ley Básica de Salud N° 153 (febrero 1999). El tema de la salud se encuentra desarrollado especialmente en los artículos 20, 21 y 22 del Capítulo Segundo de la Constitución de la Ciudad, donde se establecen algunas funciones del Estado en materia de salud, se dictamina la sanción de una ley básica de salud y se asienta de manera explícita la preferencia por la Universidad de Buenos Aires y demás universidades nacionales como consultoras de la ciudad; se vincula también las actividades de incentivo en la investigación y la docencia en salud con estas instituciones académicas. Se parte de la garantía del derecho a la salud integral,

vinculada con la satisfacción de necesidades materiales como alimentación, vivienda, trabajo, vestido, ambiente, educación y cultura. Se define que el gasto en salud es una inversión prioritaria, buscando asegurar con la atención estatal “las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad” (Art. 20).

La Ley Básica de Salud N° 153 surge también en este momento fundante de la ciudad, con naturaleza jurídica de autonomía y con inauguración de Constitución propia. La ley tiene como objeto garantizar el derecho a la salud integral, y retoma la concepción de salud planteada en la Constitución de la ciudad. Para dar cumplimiento a su objeto, define una serie de principios que refiere a la satisfacción de las necesidades básicas y a la mejora de la calidad de vida; la participación de la población en la toma de decisiones y en el control, como medio de fortalecimiento de las capacidades de la comunidad (respecto a su vida y desarrollo); la cobertura universal y gratuita en el área estatal; la equidad en el acceso y utilización de los servicios, y la adecuación de las respuestas sanitarias a la diversidad de necesidades; la descentralización en la gestión en salud y la concertación de políticas con gobiernos municipales, provinciales y nacionales. Como también fue referido en la Constitución de la ciudad, se plantea la organización del área estatal en base a la atención primaria y la jerarquización del primer nivel. Por tanto, se propulsa también el desarrollo de programas, acciones de promoción de la salud y de prevención en los tres subsectores (estatal, de seguridad social y privado).

En cuanto al subsector estatal, los objetivos planteados en la ley N° 153 se orientan a la disminución de los “desequilibrios sociales”, a partir de un acceso equitativo y universal en la atención de la salud. Desde esta perspectiva, se priorizan las acciones encaminadas a la población en situación de mayor vulnerabilidad y al tratamiento de las causas de morbi-mortalidad prevenibles y reductibles, con políticas sanitarias destinadas a: la disminución de mortalidad materno-infantil, la promoción de la lactancia, la generación de condiciones adecuadas de nutrición, la prevención y asistencia al VIH/SIDA, las adicciones, la violencia familiar y urbana. El sistema de atención estatal supone una atención integrada de los servicios de salud con otros sectores, el desarrollo de la interdisciplina y la coordinación de una red metropolitana de servicios de salud con la Provincia de Buenos Aires y los municipios del Conurbano Bonaerense.

La Ley de Salud Mental N° 448 parte de una definición de la salud mental que considera que los padecimientos de este campo se vinculan con problemas sociales tales como: la falta de trabajo, la carencia de medios de subsistencia, la falta de vivienda, entre otros determinantes:

como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro

de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo (Capítulo I, Artículo 2°: Principios).

El objeto de la ley se constituye entonces en “garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, tomando una definición de “salud mental” inescindible de la salud integral y de la comprensión de las personas como seres bio-psico-socio-culturales. En este marco de definición, el Estado constituye el responsable y garante de la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria, garantizando además los derechos establecidos por la Constitución Nacional, la Constitución de la Ciudad, la Ley Básica de Salud, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales: derecho a la identidad, pertenencia, genealogía e historia; respeto a la dignidad, singularidad y autonomía; consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en atención; no discriminación por padecer o haber padecido trastorno mental; derecho a la información adecuada y accesible; a las decisiones relacionadas con su atención y tratamiento; a la rehabilitación y reinserción familiar, laboral y comunitaria, entre otros.

El Sistema se asienta en el desarrollo de un enfoque en redes de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, contemplando la articulación de los recursos de los tres subsectores. Se pretende también la articulación entre instituciones del Estado, organizaciones no gubernamentales, familia y cualquier otro recurso existente en la comunidad, para viabilizar la resolución de los problemas en el seno comunitario, y reservando la internación sólo en los casos estrictamente necesarios y con imposibilidad de abordaje ambulatorio. Entre los lineamientos y acciones que la ley propone, se destacan los principios de intersectorialidad, abordaje interdisciplinario, el reforzamiento y restitución de lazos solidarios (como estrategia de promoción de la salud mental), la reinserción social de los asistidos, y la prevención operando sobre problemas específicos de salud mental y “síntomas sociales que emergen de la comunidad” (art. 10°). En relación con la asistencia, ésta debe garantizar la mejor calidad y efectividad posible, potenciando los recursos ambulatorios, la atención domiciliaria y los sistemas de internación parcial, destinada a la conservación de los vínculos familiares y sociales.

La ley establece que el subsector estatal debe procurar instaurar un modelo de atención que garantice la participación a través de prácticas comunitarias y que signifique un corrimiento del modelo hospitalocéntrico dominante. El nuevo modelo de salud mental supone entonces una serie de acciones que por un lado implican estrategias de formación de los recursos humanos del sistema de salud –acorde a los nuevos lineamientos del modelo y las necesidades de los asistidos-, la docencia e investigación en los efectores de salud mental, y por otro la instauración de determinadas formas de intervención. Se promueve, así, la participación de los trabajadores, profesionales y no profesionales del subsector; la actualización y perfeccionamiento del personal existente, con programas de formación permanente y acordes a las necesidades del sistema; y, en cuanto a las acciones, la implementación de apoyo al entorno familiar y comunitario, la coordinación intersectorial e interinstitucional con las áreas y sectores de Promoción Social, Trabajo, Educación, Poder Judicial, instituciones religiosas, Policía, voluntarios, ONGs, organizaciones barriales y otras.

En síntesis, en el capítulo 13° se establece la prioridad en las acciones y servicios de carácter ambulatorio destinados a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social en salud mental (garantizando la proximidad geográfica de los efectores a la población); la coordinación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial de las acciones y servicios; la participación de la comunidad en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud mental; la proyección del equipo interdisciplinario de salud mental hacia la comunidad; la internación a corto plazo en hospitales generales y monovalentes de salud mental, en generales pediátricos y hospitales de infecciones y otros establecimientos específicos de salud mental. La concreción de estas acciones supone –desde la letra de la ley- posibles reformas en los efectores actuales e incluso la incorporación de los recursos necesarios, aunque sin especificar si materiales y/o humanos.

La segunda parte de la Ley, Régimen de internaciones, que abarca del artículo 19° al 48° explicita la regulación de las internaciones psiquiátricas que resulten inevitables. La ley reconoce tres tipos de internaciones: voluntaria, cuando la persona es conciente de la indicación profesional o la solicita por medio de un representante legal; involuntaria, con procedimiento a seguir conforme al artículo 30°, por riesgo cierto o inminente para sí o para terceros, certificada por dos profesionales; y la tercera, por orden judicial.

En consonancia con las disposiciones generales enunciadas en los párrafos precedentes, la instancia de tratamiento con internación, que es decidida y evaluada por el equipo interdisciplinario, sólo será efectivizada cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. Asimismo, el artículo 19° establece los recaudos necesarios para asegurar la continuidad de los vínculos y la reinserción social: “Se procura la creación y funcionamiento de dispositivos para el tratamiento anterior y posterior a la internación que favorezcan el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de la persona internada, con sus familiares y allegados, con el entorno laboral y social, garantizando su atención integral”. Los recaudos contra las internaciones de largo plazo, e incluso de los procesos de cronicación, parecieran establecerse a partir de medidas que se orientan a un exhaustivo seguimiento de evaluación y tratamiento en las personas internadas por el equipo de salud mental, y a internaciones con periodos máximos de un mes, aunque renovables. Las altas definitivas serían decididas por el responsable del equipo interdisciplinario de salud mental, y deberían disponer del aval y certificación del director del establecimiento de internación.

4.1 Algunos componentes teórico-ideológicos de la Ley de Salud Mental Nº 448

La Ley Básica de Salud y los inicios de la Sub-Comisión para la ley de salud mental se ubican superados los mediados de la década del 90, en un contexto socio histórico donde se expandía exponencialmente las políticas neoliberales, la precarización del trabajo y picos históricos en cuanto a los niveles de desocupación y subocupación. Este contexto define en la discusión de las leyes, un enfrentamiento al avasallamiento que la población sufría desde las políticas de Estado; se enfatiza así, el respeto por los Derechos Humanos y la necesidad de articular políticas de salud con políticas sociales.

El diseño de la Ley 448 toma entonces como uno de sus antecedentes ideológicos y políticos más importantes, la Declaración de Caracas (1990), donde se insta a la reestructuración de la atención psiquiátrica en base a los parámetros de la Atención Primaria de la Salud, de programas basados en las necesidades de las poblaciones, en

la prevención y participación comunitaria. El modelo de atención propuesto se constituye con eje en los servicios de salud comunitaria, con internación en hospitales generales, siendo la formación de los recursos humanos con esta orientación un requisito para su implementación.

Ese movimiento transformador se acompaña de la crítica sobre el rol de la institución psiquiátrica como prestador hegemónico de servicios, que aísla a las personas con problemas mentales y genera condiciones desfavorables en cuanto al cumplimiento de los derechos humanos y civiles de los internos. La Ley fundamenta también la transformación del sistema de atención en base a un proceso de *desinstitucionalización*, término acuñado en lugar del mentado de *desmanicomialización*, como una solución de compromiso ante los sectores más resistentes provenientes de los neuropsiquiátricos. Desde los inicios de la discusión de la Ley, el tema de mayor prioridad correspondía a las personas más relegadas del sistema y que se encontrarían en las peores condiciones de atención: los 2500 pacientes internados en los neuropsiquiátricos, los más cronificados y los más vulnerados a la luz de los derechos humanos.

El marco conceptual e ideológico en el cual se inscribe la Ley de Salud Mental, parte de una definición de la salud comprendida tanto desde una perspectiva médica como también social. Desde este punto de vista, la conceptualización que se adopta sobre la *salud* remite a un concepto “abarcativo” e “integral”¹⁰, que busca romper con las clásicas antinomias: individuo/sociedad; psíquico/físico; salud/enfermedad; salud mental/salud somática. La salud, entendida como un “producto social”, requiere de la participación de los individuos y comunidades en el desarrollo de sus potencialidades psíquicas y físicas en un contexto comunitario organizado. Su comprensión en tanto concepto “cultural”, remite a la validación que cada comunidad define de los procesos de salud/enfermedad/atención, en base a su historia, tradiciones y valores. En este marco, la definición de *salud mental* también contiene aspectos sociales y culturales desde una perspectiva histórica, rescatando tanto los determinantes singulares como los sociales.

Las personas con sufrimiento mental se comprenden como una integridad biológica, psicológica, social y cultural, siendo inescindible el entendimiento de las problemáticas del campo de la salud mental, respecto de la salud integral en general. Por tanto, las políticas en salud mental se asocian, indefectiblemente, a las políticas de salud y a políticas sociales, como trabajo, vivienda, educación, entre otras. En este marco definitorio y político de ese entonces (fines de los 90), no sólo los problemas de salud mental correspondían a las nosologías y nosografías clásicas del psicoanálisis y la psiquiatría, sino también a todo un espectro de problemas sociales que acaecían en vinculación con los procesos de pobreza y desocupación.

Acorde a esta definición integral e interdisciplinaria de los problemas de la salud mental, se especifica una amplia gama de disciplinas constitutivas de este campo. Se precisan como profesiones de la salud mental a: psicólogos, psiquiatras,

¹⁰ Las palabras entrecomilladas corresponden a términos textuales contenidos en el Plan de Salud Mental 2002-2006, Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Director: Ricardo H. Soriano.

psicopedagogos, trabajadores sociales, musicoterapeutas, sociólogos, fonoaudiólogos y psicomotricistas¹¹.

Tanto la planificación como la efectividad de los planteos teóricos que se presentan, son asociados al carácter central que asumirá la participación comunitaria y el “empoderamiento” de ésta, en la medida en que se considera que la colaboración de los individuos y de la comunidad, el pasaje de una postura pasiva-dependiente a otra creativa-activa y la intersectorialidad, potenciarían los efectos de la promoción de la salud. En este sentido, se expresan principios básicos que refieren por un lado “que no haya detentación del poder científico en relación al saber y la verdad profana del sujeto-paciente” y por otro, “que no se subestimen los códigos propios de los pacientes por sus condiciones socioculturales diferentes”¹².

En síntesis, el marco teórico e ideológico sobre el cual se asienta la ley destaca la construcción de políticas de consenso, con el protagonismo de todos los sectores y actores involucrados. El componente participativo también alcanza a los trabajadores de la salud mental (profesionales, no profesionales y técnicos), en la generación de propuestas para un plan de salud mental consensuado. Se plantean tres transformaciones básicas: a nivel ideológico-conceptual, a nivel del sistema de salud y en lo técnico-operativo. En cuanto al primero, la reformulación de los conceptos de salud y enfermedad mental en la sociedad y la promulgación de nuevos valores; en relación con el sistema de salud, la reformulación de las instituciones y su articulación; y en el tercer nivel enunciado, la reformulación de los criterios profesionales y las técnicas de abordaje¹³.

La Ley N° 448 incluye, como ya hemos comentado, una transformación del sistema de atención desde lo hospitalocéntrico hacia el eje comunitario con una visión y atención integral de las problemáticas. Ello deriva tanto en el énfasis en el Primer Nivel de Atención, en los abordajes comunitarios, como también en el reforzamiento de las intervenciones destinadas a la rehabilitación y resocialización de los pacientes. En esta dirección, el artículo 14 propone la continuidad y creación de diversos dispositivos-ambulatorios y comunitarios- para rehabilitar y resocializar¹⁴ a las personas internadas y evitar internaciones. El Plan de Salud Mental centra su referencia a la rehabilitación y resocialización en base a la creación de dispositivos y emprendimientos, que se organizarían en el marco de los Programas y Sub programas; entre los dispositivos se citan: 1. Casas de Medio Camino, Hostales, Residencias Protegidas, Hogares y Familias Sustitutas; 2. Talleres Protegidos; Centros de Capacitación Socio-laboral Promocionales; 3. Emprendimientos Sociales; 4. Granjas Terapéuticas; 5. otras actividades alternativas como deportes, cultura, educación, etcétera.

Sin embargo, tal como veremos en adelante, la consideración integral de los problemas de la salud mental y su necesaria articulación con políticas sociales, no constituye una novedad contemporánea, ni tampoco de la ley actual de salud mental. Un recorrido

¹¹ Plan de Salud Mental 2002-2006, Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Director: Ricardo H. Soriano.

¹² Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, op. cit., p.12.

¹³ Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, op. cit.

¹⁴ El Plan de Salud Mental entiende por “rehabilitación” a los aspectos referentes al quehacer práctico de la vida cotidiana, como ser el mundo del trabajo, los hábitos cotidianos, el manejo de objetos. Con “resocialización” alude a los vínculos socio-afectivos, al lazo entre las personas y su comunidad; al ámbito social, cultural y ambiental donde la persona transcurre su vida.

sucinto por los antecedentes argentinos, devela intentos previos de transformación del campo de la salud mental (y la discusión sobre la institución de internación psiquiátrica) que, no obstante, no han podido tener trascendencia.

5. Los antecedentes históricos en Argentina

La Ley Nº 448 se presenta, al decir de quienes participaron de su diseño y de quienes la apoyan, como una *ley progresista* que se caracteriza por el reconocimiento y defensa de los derechos humanos y, en segundo término, por el planteamiento *moderno* de concepciones teóricas y estrategias de intervención. Sin embargo, un recorrido por la historia de la salud mental en Argentina devela la extensa trayectoria de muchas de las concepciones, principios y prácticas que, en la actualidad, se consideran *progresistas*. Interdisciplinariedad y trabajo en equipo, prevención primaria, trabajo en la comunidad, abordajes intersectoriales, son parte de antecedentes argentinos que se remontan incluso hasta las primeras décadas del siglo XX. No sólo se registran experiencias de servicios y dispositivos (como el mentado Servicio de Goldenberg, el no tanto del Hospital Rawson, o el Centro de psicología y psiquiatría de Telma Reca, entre tantos otros), sino también diversas iniciativas en distintos momentos históricos respecto a la formulación de Planes, Programas y Proyectos de ley en el campo de la salud mental; tanto a nivel nacional, como en Provincia de Buenos Aires y en la Ciudad de Buenos Aires.

En esta dirección encontramos planes, programas y proyectos de ley que presentan puntos de convergencia - tanto teóricos como prácticos- con la nueva ley de salud mental. Tal es el caso de, por ejemplo, las Recomendaciones de los lineamientos generales para el Plan Nacional de Salud Mental (1984); el Marco político-ideológico del Plan de salud mental de la provincia de Buenos Aires (de mediados de la década del '80); los Lineamientos Generales del Plan de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires; el Plan de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires (1969), así como su Ampliación y modificación (1982); Programas y Subprogramas de la Ciudad de Buenos Aires (1985). Los puntos convergentes y compatibles consisten en: el desarrollo de actividades de prevención; la participación activa de diversos sectores y de la comunidad, de asociaciones y universidades; la interdisciplina (integrando incluso a las Ciencias Sociales); la restricción de los plazos de internación; la creación de dispositivos alternativos (camas en hospitales generales, servicios de salud mental en hospitales generales) e intermedios (por ejemplo, Hospitales de día); la definición compleja social e histórica del proceso de salud-enfermedad, la incidencia de los factores sociales en la producción de las problemáticas en salud mental; la necesidad de superar las dicotomías (como salud-enfermedad, físico-psíquico, etcétera); la inclusión de los aspectos familiares y sociales en el tratamiento de los pacientes; entre otros.

En los documentos de antaño como en los diagnósticos presentes de los cuales parte la definición de la nueva ley, algunos de los principales aspectos conflictivos a modificar hacen referencia a: la carencia de estudios epidemiológicos, la inadecuación de la formación de los profesionales para las transformaciones que en cada caso se aspiran -y por ende la necesidad de su capacitación e incluso su *reconversión*-; el sostenimiento de servicios de salud por parte de personal honorario, concurrentes y residentes, además de los cargos interinos; la inadecuación de los espacios físicos para la atención; la insuficiencia de dispositivos alternativos e intermedios y de ámbitos para la rehabilitación;

la carencia de recursos en general; la inexistencia de actividades propias del Primer Nivel de Atención.

Es decir, en diferentes momentos histórico-sociales (fines de la década del '60 con un gobierno de facto; inicios, mediado y final de la década del '80; e inicios de los años 2000), encontramos una significativa semejanza en cuanto al diagnóstico del estado de situación del campo de la salud mental, de la definición de reformas, de los propósitos aspirados y de las acciones a realizar. En igual sentido encontramos una caracterización similar respecto a los recursos humanos del sistema, así como la necesidad de su formación, su adecuación a las nuevas propuestas e incluso su *reconversión* tal como también se plantea explícitamente en el marco de las acciones a realizar en la implementación de la Ley N° 448.

Desde esta perspectiva, con la Ley N° 448 asistimos –una vez más- a formulaciones progresistas que, sin embargo, ya estuvieron presentes en legislaciones, planes y proyectos que tienen entre dos y cuatro décadas de existencia.

5.1 Una antigua lucha: psiquiatría tradicional (y/o manicomial) versus posiciones progresistas y/o modernizadoras

Una parte de la historia de la salud mental en Argentina, particularmente las décadas del '60 y '70, refiere más a la polarización entre psiquiatría tradicional (manicomial) y psiquiatría con orientación reformista, que al enfrentamiento entre las distintas disciplinas que conforman el campo de la salud mental. Existen diversos hitos que marcan la confraternización entre disciplinas, en oposición a una psiquiatría tradicional fuertemente asentada (y defensora) de las instituciones manicomiales. No obstante en décadas previas como también sobre finales de la del '60, los procesos de confraternización coexistían con iniciativas que delimitaban radicalmente la predominancia médica por sobre el resto de las disciplinas. Ejemplo de ello lo constituye la Ley Nacional N° 17.132 del “Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares” (1967), promulgada durante el gobierno de J.C. Onganía, que define a la psicología y otras disciplinas como *auxiliares* de la Medicina y bajo tutela del profesional médico.

La creación de la Liga Argentina de Higiene Mental (1929), por ese entonces con la iniciativa de jóvenes psiquiatras que posteriormente serían actores reconocidos en el campo de la salud mental (Goldenberg, Pichón Riviére, Bosch, entre otros), constituye un intento de renovación de la psiquiatría a partir de la crítica a la práctica psiquiátrica. Desde la Liga se promueve la idea, aún hoy rebatida por determinados sectores psicoanalistas, de que la enfermedad mental podía ser prevenida; además de la importancia de la detección precoz, el tratamiento temprano y el énfasis en los abordajes ambulatorios. Las inclinaciones *progresistas* de varios de sus integrantes se vislumbraban en: una concepción amplia sobre las problemáticas, que involucraba tanto la visión médica como psicológica; la defensa de un abordaje más humanizado; y la utilización de procesos psicoterapéuticos alternativos, por ese entonces el psicoanálisis se constituía progresivamente en una opción atractiva.

La década del '50 resulta interesante para el campo de la salud mental desde muy diversas aristas: desde lo académico, desde la innovación de servicios de salud, como desde las acciones emprendidas por el propio Estado. Sobre finales de la década se crean la carrera de Psicología en la Universidad de Buenos Aires pero también las de

Sociología, Antropología y Ciencias de la Educación; se inaugura el Servicio de psicopatología de Goldenberg en el marco de un hospital general¹⁵; y se crea en 1957 el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), que reemplazaría a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental. El campo de las problemáticas mentales comienza así un viraje desde el dominio de perspectivas psiquiátricas hacia orientaciones más integrales de salud mental. Los movimientos internos, tales como el anclaje de la psicología en el espacio universitario, la irrupción de las ciencias sociales y el surgimiento de las terapias de grupo, son simultáneamente potenciados por las transformaciones que se habrían iniciado en el contexto internacional, orientadas hacia la atención comunitaria y los lineamientos provenientes de la Organización Mundial de la Salud, entre ellos, una nueva definición integral sobre “salud mental” y el reemplazo de la noción de “higiene mental”. En el contexto académico, no sólo se sucedieron la creación de cuatro carreras humanísticas y sociales en la Universidad de Buenos Aires, además de la de Psicología en la Universidad Nacional de Rosario (UNR), sino también una serie de innovaciones para incluir una concepción que no resultara excluyentemente médica sobre el campo de la salud mental, sino también social y psicológica; además de propiciar las ideas sobre prevención en salud mental. En esta dirección, se embarcaron las cátedras de Gonzalo Bosch y Lafranco Ciampi en la UNR.

Por fuera de la universidad, la creación de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupos (1954) potenció el ingreso de las terapias de grupos en las instituciones de salud (incluso en las neuropsiquiátricas), disponiendo a ello a una variedad de profesionales: en la década siguiente trabajarían con este tipo de abordaje tanto psicólogos como psiquiatras. La creación de la Escuela de Psiquiatría Social de Enrique Pichón Rivière, así como la posición de José Bleger sobre la ampliación del rol de los psicólogos en los ámbitos institucionales y en la propia comunidad -afectados no sólo en la detección de la enfermedad sino también realizando actividades de prevención e interviniendo sobre problemáticas tales como vivienda, trabajo y desocupación-, constituyen también indicios de la centralidad que se le procuraba otorgar a nuevas formas de comprender y abordar las problemáticas de la salud mental.

Estos movimientos en el campo de la formación profesional se acompañan de la edición de publicaciones que fomentan similares líneas teóricas de trabajo. En este sentido, en el año 1951 G. Bermann crea la “Revista Latinoamericana de Psiquiatría”, que introduce una concepción innovadora en cuanto a la forma de comprender los trastornos mentales; se incluye además de la visión médica, la social y política. La orientación humanista y social de la publicación promovía en el campo de la salud mental, la integración de la medicina con el resto de las disciplinas: psicología, antropología, sociología, entre otras. Bermann ha llamado a este enfoque “sociopsiquiatría”.

Probablemente un icono de las reformas en la atención de las problemáticas de la salud mental en Argentina, lo constituya la creación del Servicio de Psicopatología y Neurología de Lanús, por Mauricio Goldenberg, en el año 1956. Esta experiencia, conjuntamente con otras en la década del '50, forma parte de un movimiento de crítica al sistema asilar y la

¹⁵ Sin embargo, el servicio de Goldenberg no constituye la primera experiencia en un hospital general. Entre sus antecedentes se ubican: Servicio de Neurología y Psicopatología del Hospital Bernardino Rivadavia (1938); la Sección Neuropsiquiátrica en el Hospital Rawson y el Servicio de Psicopatología e Higiene Mental del Hospital Piñero, ambos en 1950. La diferencia de todos éstos con el servicio de Goldenberg es que no disponían de camas para internación (Visacovsky, 2002).

pretensión de su reemplazo por servicios psiquiátricos en hospitales generales. El servicio de psicopatología del Lanús se emplazaba sobre la humanización de la atención psiquiátrica, en base a principios democráticos, pluralistas (en cuanto a los encuadres teóricos y disciplinarios), compromiso político y transformación social.

La creación del servicio del Lanús remitía a un tránsito desde una *psiquiatría manicomial (tradicional)* a otra *moderna*, que implicaba la creación de servicios de atención periféricos, su integración con hospitales generales y de éstos con la propia comunidad (Visacovsky, 2002). Desde la perspectiva de M. Goldenberg, "(...) la psiquiatría se ve enfrentada hoy ante una serie de realidades que exigen nuevos modelos, nuevos métodos, nuevas actitudes de enfoque" (Goldenberg, 1958: 401). Para ello, la asistencia debía descentralizarse y los métodos de atención modificarse. El Lanús debe así su prestigio a la introducción de terapéuticas modernas, como psicoterapias de base psicoanalítica, terapias breves y con modalidad grupal, utilización de los últimos psicofármacos, implementación de dispositivos alternativos (como hospital de día) y de estrategias de intervención afines a la psiquiatría comunitaria. La formación de los recursos humanos también constituía un punto de relevancia en este nuevo enfoque, incentivándose la formación de posgrado en psiquiatría, en investigación y en programas de actualización profesional en general. La incidencia de problemáticas sociales en la producción de malestares o enfermedades psiquiátricas ya estaba presente en la década del '50; enfoque que, por tanto, ameritaba la conformación de equipos con gran número de trabajadores sociales por sobre la cantidad de médicos psiquiatras:

El dispensario debe detectar a los enfermos, saliendo a la calle, en los talleres, en las escuelas, en los barrios: debe estudiar los problemas sociales que generan tensiones y conflictos que se traducirán en enfermedad; deben controlar, ayudar y dirigir al ex enfermo o al recuperado total o parcialmente, para evitarle nuevos problemas, nuevas tensiones y por último debe ocuparse de una obra inteligente y activa de difusión y educación, es decir, de higiene mental (Goldenberg, 1958: 406).

El compromiso político y el contenido ideológico del servicio del Lanús desembocaron entre fines de la década del '60 e inicios de la del '70, en la creación del departamento de "Psiquiatría Social". La militancia política y el compromiso social se plasmaron en la proliferación de abordajes en la comunidad, particularmente en los espacios con pobreza (como villas miserias y barrios obreros), y en la preocupación por los efectos negativos de las condiciones sociales estructurales en la salud mental. Se conformaron equipos interdisciplinarios (con trabajadores sociales, psicopedagogos, psicólogos, psiquiatras, educadores, entre otros), se formaron *para-profesionales* con el otorgamiento del título de "Promotores de Salud de la Comunidad", enlazándose profesionales y comunidad en el abordaje de las problemáticas comunitarias (Visacovsky, 2002). La experiencia, posteriormente tildada de "izquierda" sobre mediados de la década del '70, comenzaba un irremediable camino hacia una transformación no deseada.

5.2 Los intentos de transformación de los procesos de institucionalización

La década del '60 inaugura, tanto en lo local como en el contexto internacional, una serie de transformaciones al interior de la institución manicomial, como también la instauración de dispositivos alternativos de internación psiquiátrica. Estados Unidos, Francia, Italia e

Inglaterra son algunos de los países que desde los años '60 (aunque con punto de partida sobre finales de la segunda guerra mundial) se embarcan en una crítica sustancial al orden manicomial y a la implementación de nuevos dispositivos de atención.

En Europa, también sobre mediados de la década del '40, Maxwell Jones se instituye como el fundador de las Comunidades terapéuticas, en las cuales se inspirarían algunas de las experiencias acontecidas en Argentina. En este marco, las "Socioterapias" además de inaugurar una nueva forma de abordaje, constituirían la base ideológica sobre la cual se estructuraría la nueva psiquiatría (Galende, 1994). Ésta se asentaba en una idea de institución como conjunto orgánico sin jerarquías entre médicos, pacientes y otros profesionales, y el incentivo de las relaciones horizontales; la libertad de comunicación en todos los niveles; la importancia de los espacios terapéuticos grupales (en lugar de los bi-personales); la asamblea comunitaria como instancia terapéutica fundamental. La Política del Sector en Francia (formalizada en los años '60), con el movimiento denominado "Socio-psiquiátrico-político"¹⁶, y el proceso de desinstitucionalización en Italia (1967), conjuntamente con la instauración del movimiento de "psiquiatría democrática" y, como consecuencia la aprobación en ese país de la Ley de Salud Mental (1978), constituyen algunos de los movimientos que se produjeron en esos países en pro de la transformación de la concepción, atención y organización de los servicios de la salud mental.

En Argentina la década del '60 también trae aparejadas críticas y modificaciones -en grado variable- al sistema asilar. Para ese entonces se visualizaban al menos dos posturas diferenciadas: la psiquiatría ligada al sistema instituido y, por otra parte, un grupo más cercano al psicoanálisis, que enfatizaba la incidencia de lo social sobre la etiología de las problemáticas (Ben Plotkin, 2003). Sobre finales de la década, los profesionales -independientemente de la disciplina de base- se distinguían en dos grupos: quienes consideraban necesario asumir un compromiso profesional para operar un cambio positivo en las condiciones sociales y económicas causantes de enfermedades; y quienes se restringían a las prácticas *tradicionales* de la psiquiatría y del psicoanálisis entendido como ortodoxo (Ben Plotkin, 2003).

Pese a las adversidades impuestas por la situación política, se generaron experiencias novedosas de internación y otras delimitadas al interior de las instituciones psiquiátricas existentes. Entre las más destacadas se encontraron la creación de la Comunidad Terapéutica (Colonia Federal, Provincia de Entre Ríos) y el hospital Esteves (Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires). El Centro Piloto en el Hospital "José A. Esteves" funcionó durante un año y medio coordinado por el Dr. W. Grimson. Un equipo conformado por psicólogos, médicos, sociólogos, psicopedagogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeras y voluntarios, tenía como una de sus principales metas la resocialización de los pacientes. La asamblea, propia de las comunidades terapéuticas, constituía uno de los dispositivos por excelencia.

Por su parte, la Comunidad Terapéutica de Colonia Federal, dirigida por el Dr. Raúl Camino, se inicia en el año 1968¹⁷.

¹⁶ Movimiento fundado sobre la crítica a la institución psiquiátrica y defensor de su integración a la totalidad de la red de atención en salud mental, además impulsó la instauración de los equipos de trabajo en la comunidad adonde pertenece el paciente bajo atención.

¹⁷ Raúl Camino destacaba que la primera experiencia de Comunidad terapéutica en el país, en un hospital de agudos de la ciudad de Paraná (Entre Ríos), fue la dirigida por el Dr. Guedes Arroyo.

Las denuncias sobre orgías sexuales, prostitución de pacientes mujeres y de estos dispositivos como centros de actividad política subversiva y comunista, desmantelaron la experiencia del Esteves y otras que se llevaban adelante en instituciones neuropsiquiátricas de la Ciudad de Buenos Aires, a mediados de la década del '70. El embate contra el Centro Piloto del Esteves se produjo conjuntamente con otros, como la comunidad terapéutica de Colonia Federal –convertida en los '70 en una colonia psiquiátrica para crónicos-, el desmantelamiento general de todas las experiencias novedosas y alternativas a las psiquiátricas tradicionales y la persecución política de sus mentores¹⁸. El vaciamiento de las universidades de los intelectuales con orientaciones progresistas y su reemplazo por cuerpos docentes y programas acordes al nuevo escenario político, ayudaron a definir un contexto nuevo para el campo de la salud mental, que dejaba ya en el pasado toda una historia de reformulación progresista del campo.

5.3 Algunos comentarios sobre la historia de la salud mental en Argentina

Del recorrido sucinto realizado, nos interesa destacar cuatro cuestiones que consideramos importantes para el análisis de las iniciativas de desinstitucionalización motivadas a partir de la nueva ley de salud mental y su articulación con políticas sociales: 1. Existe una diversidad de antecedentes sobre reformas al sistema de atención de salud mental en Argentina (más particularmente en Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires), en base a criterios compatibles con los que sostiene en la actualidad la nueva ley de salud mental; 2. Se han efectuado experiencias pilotos de internación en salud mental a partir de la crítica al orden asilar; 3. En igual sentido, hubo varios episodios históricos que han denotado el intento por integrar horizontalmente las diversas disciplinas competentes en la atención de la salud mental, a partir de una definición alternativa a la psiquiatría tradicional 4. Existen antecedentes que procuran la explicación y el tratamiento de los problemas de la salud mental en función de características y problemáticas de tipo social, proponiendo la articulación entre las estrategias de salud y las políticas sociales.

En este marco de situación, no es un detalle menor señalar que algunos de estos puntos se remontan a las décadas del '30 y del '40; es decir, desde hace más de 70 años. La definición de las problemáticas del campo de la salud mental desde una perspectiva que integra componentes sociales, que enfatiza el abordaje comunitario, interdisciplinario y la prevención, presenta una larga data tanto en nuestro país como en otros. Sin embargo, tal como plantea V. Galli (1984), la extensa trayectoria de la psiquiatría *modernizadora* y de las corrientes orientadas hacia la conformación del campo de la salud mental, se caracteriza por experiencias asiladas, reducidas, que en general han sido abortadas prematuramente. En parte, porque se carecería tanto de una conciencia común sobre esta orientación como además por la falta de profesionales formados adecuadamente para tal implementación.

La manera de definir las reformas en salud mental en Argentina en distintos momentos históricos, apela a confrontar la idea de la superación de lo *tradicional* (abordajes psiquiátricos denominados “tradicionales”) por métodos *modernos y/o progresistas*; independientemente de la antigüedad y de la existencia de antecedentes de las reformas que se pretenden encarar como *novedosas y modernizadoras*. También resulta una

¹⁸ La “Ley de Prescindibilidad” decretada por el gobierno de Isabel Martínez de Perón, impulsa una serie de “licencias extraordinarias” a jefes de servicios, a profesionales de planta permanente como también a concurrentes, a causa de su “presunta o potencial perturbación ideológica” (Carpintero y Vainer, 2005).

recurrencia que la transformación del sistema de atención de salud mental apele fundamentalmente a la creación de nuevos dispositivos diversificados; como si ello garantizara la reforma en profundidad de los abordajes *tradicionales* instituidos.

6. El posicionamiento de los profesionales del Primer Nivel de Atención frente a las reformas

El perfil profesional de los trabajadores, tanto en base a la experiencia profesional, las prácticas de intervención y los marcos teóricos que les dan sustento, se orienta predominantemente a los abordajes asistenciales. Se evidencia también la dificultad de pensar desde un enfoque poblacional –tanto en lo que refiere a promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia- en el marco de la salud mental; incluso en los profesionales de trabajo social que a pesar de ser quienes principalmente se manejarían en la comunidad, también apelan predominantemente a la intervención asistencial a personas o familias particulares. En el caso especial de los psicólogos se explicita la importancia de dar lugar a la singularidad de los consultantes, en parte como oposición a prácticas de intervención que consideran asociadas al Modelo Médico Hegemónico y a la reproducción de las estructuras dominantes.

En una dirección similar podemos atisbar con cierto grado de suspicacia cuando se argumenta la no realización de trabajo en la comunidad por la impronta que aún pesa desde el proceso militar o, como se plantea desde otros espacios, por la inseguridad social que se vive en los contextos de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Algún profesional arriesga a cuestionar respecto a si la inseguridad (o el temor por experiencias trágicas pasadas) constituye un argumento genuino o, sobre la base de un hecho fáctico, una excusa para desligarse del trabajo en la comunidad. Otros de los aspectos que asumen una doble vertiente de significación son: 1. la carencia de insumos como límite a la realización de intervenciones alternativas; 2. la falta de incumbencias y de formación para la realización de actividades comunitarias; 3. la resistencia de otros sectores (escuela, desarrollo social) a articular con el centro de salud. Estos tres puntos son tomados por algunos de los profesionales entrevistados en los centros de salud, para explicar los límites a la viabilidad de las prácticas que plantea la ley de salud mental.

El contraste entre las actividades definidas por el Plan de Salud Mental 2002-2006, en base a la implementación de la Ley N° 448, evidencia que los profesionales cumplen predominantemente con las referentes a la asistencia. El resto de los niveles de atención, rehabilitación y resocialización, tampoco forman parte de las actividades de los profesionales de los centros. De hecho, existe una fuerte disociación entre el Primer Nivel de Atención y el hospitalario (tanto de hospitales generales como de neuropsiquiátricos), derivando como consecuencia en la pérdida del seguimiento del paciente que ingresa al segundo o tercer nivel de atención; mucho menos es posible intervenir en procesos de rehabilitación sobre personas externadas por la citada disociación entre nivel hospitalario y APS.

Esta dificultad plantea los límites que se juegan en la definición de políticas, programas y legislaciones que incluyen la intersectorialidad entre salud y otras instituciones, así como su articulación con políticas sociales, cuando no se contempla la posible resistencia al trabajo conjunto, los criterios diferenciales que se juegan en cada una y,

además, sin hacerlas partícipes activos en la identificación de los problemas prevalentes a abordar y en los procesos de diseño y planificación de las actividades a llevar a cabo conjuntamente. Es decir, la dificultad radica en que las políticas y prácticas diseñadas se asientan prioritaria o excluyentemente en el sector salud, limitando la participación y la incidencia que el resto de los sectores, instituciones u organizaciones tienen en la viabilidad de esas propuestas.

7. Formación de recursos humanos: el persistente divorcio entre salud y ciencias sociales

La viabilidad de los procesos de desinstitucionalización propulsados por la nueva ley de salud mental exige no sólo mirar el presente de la realidad de los servicios de salud y de los profesionales que forman parte de ellos, sino también requiere trasladarse al futuro. Este último movimiento puede ser efectuado mediante el análisis de la formación de los futuros profesionales (estudiantes de las carreras de pre-grado) y de los jóvenes profesionales o de los futuros profesionales del sistema de salud público.

A los fines de nuestro interés en el presente trabajo, nos detendremos a analizar la formación de los futuros profesionales de las Ciencias Sociales (trabajadores sociales y sociólogos), así como las características de los exámenes de residencias con los cuales son evaluados los profesionales de las mencionadas carreras para el ingreso al sub-sistema de salud público.

7.1 Los programas de formación en las Ciencias Sociales: Trabajo Social y Sociología

Estas dos carreras, en el marco de la organización de la Universidad de Buenos Aires, forman parte de la Facultad de Ciencias Sociales. Si bien la orientación de la formación profesional es muy diferente una de la otra, tienen un gran punto en común en cuanto a nuestra temática de interés: una ausencia casi absoluta sobre contenidos de salud dentro del espectro de las materias obligatorias.

El Plan de estudios de la carrera de Sociología está en vigencia desde el año 1987 y se propone un perfil profesional con buena formación, pluralismo, pensamiento crítico y capacidad tanto para el desempeño en el campo investigativo como para la intervención en la realidad. El Plan también se propone ofrecer flexibilidad en cuanto a la construcción del perfil profesional, basado en los intereses de los estudiantes y en las necesidades de la sociedad. El plan cuenta con un bloque de 16 materias obligatorias con tres ejes temáticos (teórico, metodológico e histórico); 9 materias optativas, con dos ramas, Teorías Sociológicas y Sociologías Especiales (estas últimas con referencia empírica sobre la Argentina); 200 horas para la formación en investigación, además de 3 niveles de idioma (francés o inglés).

En términos estrictos, la formación del sociólogo se orienta al conocimiento de las principales teorías y temáticas sociológicas, al surgimiento y evolución del Capitalismo y de los principales acontecimientos sociales de los últimos 100 años. Si se observan las materias obligatorias y gran parte de las electivas, la formación de los estudiantes es predominantemente en teorías sociológicas desligadas de campos de desempeño

concretos. La única materia obligatoria con cierta relación con el campo de la salud, la constituye Psicología Social.

La conexión con los campos de aplicación de los conocimientos teóricos pareciera establecerse con el grupo de asignaturas que forman parte de la formación como investigador (talleres, seminarios y participación en investigaciones). Dentro de éste, se presenta un conjunto de ofertas que tienen vinculación con el campo de la salud, especialmente dentro de la modalidad taller.

En cuanto a la carrera de Trabajo Social, también encontramos una ausencia temática referida al campo de la salud dentro de las materias obligatorias. Probablemente, los aportes más interesantes –en vista a la viabilidad de la ley- refieran a la formación de estos profesionales en los temas sobre Políticas Públicas y Sociales, en Psicología Social e Institucional y en Antropología Social. La ventaja que podría endilgársele a este Plan, en relación con el de Sociología, es la inclusión de varias miradas disciplinarias (de la Psicología –Social y Evolutiva-, de la Antropología, del Derecho, de la Sociología), que resultan significativas para una concepción integral; al menos en términos de la inclusión de las dimensiones de lo subjetivo y social en las problemáticas del campo de la salud mental. En efecto, la formación básica del plan de estudios se propone una formación epistemológica que permita al profesional conocer las problemáticas sociales desde una perspectiva interdisciplinaria.

El ámbito de la salud está considerado como uno de los espacios de inserción laboral del egresado en trabajo social. Existe una serie de materias y seminarios optativos que tienen una triple vertiente de interés. Por un lado, porque refieren a algunas de las principales problemáticas que se deben abordar en los centros de salud (por ejemplo, violencia familiar adicciones y SIDA); por otro, porque incluyen contenidos referentes a la intervención interdisciplinaria y comunitaria sobre estos problemas; y tercero, porque algunos incluyen contenidos centrales en cuanto a la Atención Primaria de la Salud.

Probablemente, una de las propuestas más interesantes en función de la viabilidad de la ley la constituye una materia optativa, Derecho a la Salud, donde se propone un pensamiento crítico acerca de los factores que intervienen en los procesos de salud enfermedad. Entre los temas principales, se incluyen: los Modelos y Políticas de salud de América latina y de Argentina, la situación actual de la salud, la organización de los sistemas de salud, la Atención Primaria de la Salud, Legislación (dentro de la cual se trata la Ley Básica de Salud N° 153), Participación social, Promoción y Prevención.

Sin embargo, el porcentaje de alumnos que escogen las materias optativas sobre salud, resulta mínimo. En el caso de la Carrera de Sociología, las electivas vinculadas con salud, entre los años 2004 y 2006, han registrado porcentajes de inscripción inferiores al 1% en cada uno de los años analizados. En tanto en el marco de la Carrera de Trabajo Social, los porcentajes de elección de materias relacionadas con salud o problemáticas sociales -objeto de interés en el campo de la salud- resultan bastante más significativas que en Sociología, aunque conservando porcentajes muy bajos en su elección, alcanzando cerca de un 5%. Es decir, en promedio sólo un 0.73% (en el trienio analizado) en la Carrera de Sociología escoge como optativa alguna

materia que alude a salud o problemáticas de su interés; y un 4.84% en el marco de la Carrera de Trabajo Social¹⁹.

Si bien ambas carreras, Trabajo Social y Sociología, se caracterizan por la ausencia de materias sobre salud dentro del plan de materias obligatorias, en el caso de la primera este déficit pareciera estar –en parte- salvado por las ofertas de materias y seminarios optativos que incluyen de manera bastante completa tanto el estudio e intervención de problemáticas actuales en el campo de la salud mental, como contenidos referentes a la organización del sistema de salud, a las intervenciones interdisciplinarias, preventivas y comunitarias.

La carrera de Sociología, en cambio, pareciera no incluir formación específica en lo que atañe a la Salud Pública, a la organización de los Servicios de Salud, ni tampoco al desempeño profesional del sociólogo en este ámbito. La oferta dentro de la modalidad taller resulta acotada para suplir esta carencia. Asimismo, los datos sobre inscripciones a las electivas analizadas también estaría dando cuenta -presumimos- de un ínfimo interés en el campo de la salud; bastante menor incluso que en los estudiantes de Trabajo Social.

7.2 Los exámenes de residencias y concurrencias de Servicio Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Los exámenes de residencias y concurrencias destinados a distintas carreras profesionales, forman parte de un sistema de capacitación permanente y de reconversión profesional. Enmarcados en la Ley Básica de Salud (N° 153/99), responderían a las necesidades de las políticas vigentes del Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La residencia en Servicio Social, creada en el año 1991, presenta una particularidad que la diferencia del resto (como medicina y/o psicología) y que estaría contemplada en la propia definición de los objetivos. Estamos haciendo referencia a la ausencia de capacitación específica de estos profesionales para su desempeño en el sector salud; tal como ha sido comentado en el apartado sobre la formación de pre-grado. En efecto, pero sólo parcialmente, en el Plan de Estudios de la Carrera de Trabajo Social (UBA) – tal como hemos comentado- no hay materias sobre salud, excepto las que se ofrecen en carácter optativo; oferta que resulta significativa tanto por los contenidos como por la cantidad si realizamos una comparación con otras carreras. Este diagnóstico sobre la capacitación de estos profesionales, acarrea una formación tanto en el conocimiento sobre la organización del sistema de salud como también en la capacitación para su desempeño en este ámbito. Así, la residencia tiene por objetivo que los residentes conozcan el sistema de salud y puedan aplicar herramientas metodológicas del trabajo social, reconozcan indicadores epidemiológicos (prevalencias) y planifiquen acciones conjuntas con el resto de los profesionales del equipo de salud.

Su desarrollo se realiza en los Hospitales Generales de Agudos, en sus Centros de Salud y en un hospital especializado en salud mental. Como en el caso de las residencias anteriores, aquí también se hace mención de la capacitación en estrategias

¹⁹ La información detallada fue suministrada por el Departamento de Sistemas de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

de APS, a las actividades de promoción y prevención -además del tratamiento y la rehabilitación-, la articulación intersectorial y la integración de equipos de salud; se destaca la necesidad de adecuar los recursos humanos –los residentes de trabajo social- a estas prioridades. Existe, desde nuestra perspectiva, una instancia que diferencia esta residencia del resto: el conocimiento y aplicación de la legislación concerniente al sector salud y a las políticas sociales.

En relación con este punto, las preguntas sobre diversas legislaciones están presentes en todos los exámenes de los años revisados (2002, 2003, 2004), especialmente en ese último, con 26 preguntas. Sin embargo, sobre la Ley de Salud Mental sólo se pregunta en el año 2004 (4 preguntas), particularmente sobre el proceso de internación.

Las preguntas sobre metodología (y eventualmente epistemología) de investigación, constituyen un segundo grupo temático que tiene una presencia constante y relevante –en comparación con otros temas- en los exámenes; la cantidad de preguntas oscila entre 8 y 15 preguntas según el año. Este aspecto resulta afín con los objetivos de la residencia concernientes al diseño y desarrollo de trabajos de investigación. Otros dos núcleos temáticos significativos, los constituyen las preguntas referentes a la práctica profesional (estrategias de intervención, de diagnóstico, perfil del profesional en trabajo social, incumbencias, entre las más importantes) y, en segundo término, las que aluden a definiciones teóricas sobre el proceso de salud-enfermedad en general, y salud mental en particular.

Por último, nos restan las preguntas referentes a unidades grupales centrales como ser las concernientes a familia, redes y grupos. Estas tres, especialmente las dos primeras, tienen una presencia diferencial en los exámenes de los distintos años, teniendo una variación que va desde 4 preguntas a 9 en el caso de “familia” y de 1 a 6, en el de “redes”; las preguntas sobre “grupos” se mantienen con un mínimo de 2 y un máximo de 5. En cuanto a las de familia, se indagan conceptualizaciones teóricas acerca de su definición, la transformación histórica del modelo familiar, sobre las labores domésticas, violencia familiar, maltrato infantil, comunicación entre sus miembros, relación entre familia y Estado, entre otras. Las de “redes” aluden a su proceso de construcción, a los vínculos que se establecen entre las unidades que la conforman, a las intervenciones de los profesionales con redes, y otras sobre constitución de redes específicas como ‘vecindad’ o redes de parentesco y migración. En cuanto a los grupos, las preguntas refieren básicamente a los procesos que caracterizan su dinámica y los vínculos entre sus miembros.

La importancia de evaluar la presencia de este tipo de preguntas (sobre familia, pero por sobre todo redes y grupos) se asienta en la indagación de unidades de trabajo diferentes al individuo (o de nivel individual), con fuerte presencia en los otros exámenes de residencia (aunque en éstos también se contemple, en menor medida, preguntas sobre estas unidades colectivas –familias, grupos y redes-). Estas unidades colectivas son fundamentales al momento de planificar e implementar estrategias de promoción y de prevención desde el Primer Nivel de Atención.

Si bien en todos los exámenes hay algunas preguntas sobre la organización del sistema de salud de la ciudad (con un máximo de 3 preguntas), de la Ley Básica de Salud o de la Ley 448 (ambas con una presencia irregular), se incluyen pocas preguntas sobre epidemiología y planificación en el sistema de salud (con una o dos

preguntas de cada una en cada año). En este punto es importante recordar que los profesionales de trabajo social carecen de formación de base en salud; y tanto la epidemiología como la planificación (de programas o de servicios) constituyen herramientas apreciables para el desempeño profesional en el sistema de salud público.

7.3 Sobre las deficiencias y los límites de la formación de los profesionales de la salud

El análisis de los objetivos de las carreras de grado y de los exámenes de residencias –tanto en medicina, psicología, trabajo social, sociología y psicopedagogía- muestra que los mismos contemplan, en diversa medida, las temáticas referidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la formación integral (e incluso en algunos casos, la interdisciplinaria), y otros componentes necesarios para la viabilidad de la reformas en la atención que se proclaman desde la nueva ley.

Sin embargo, estos objetivos no necesariamente se corresponden con los contenidos (de las carreras y de los exámenes), puesto que ambos evidencian una tendencia hacia las prácticas asistenciales, además de una escasa formación para el desempeño en servicios de salud públicos. Las carreras como Psicología, Psicopedagogía y Medicina, parecerían reforzar un modelo clínico básicamente asentado en perspectivas teóricas que priorizan –en ocasiones hasta de manera excluyente- la dimensión del individuo; y dentro de ésta la especificación de los procesos psíquicos o de los físicos según la disciplina que se trate.

Un punto en común en varias de las carreras analizadas (Trabajo Social, Sociología, Psicopedagogía y Licenciatura en Ciencias de la Educación) es la carencia de formación en el área de salud, quedando éste restringido a las materias electivas. Por su parte, los estudiantes de las carreras de Ciencias Sociales también parecerían excluirse del campo de la salud, tal como se evidenciaría con los ínfimos porcentajes de elección de materias optativas en la temática. Asistimos a un doble proceso de exclusión: el primero, de las ciencias sociales en las carreras de Psicología y de Medicina; y el segundo, del área de salud en las carreras de las Ciencias con mayor orientación social.

La propia conformación del Programa Docente de las Residencias de Salud Mental (psicología y psiquiatría) excluye la integración de las restantes disciplinas que conforman el campo de la salud mental desde las formulaciones de la ley N° 448. Estos procesos de exclusión asumen centralidad en la medida en que los profesionales de los centros de salud que no son psicólogos y psiquiatras, no se consideran trabajadores de la salud mental. Esta cuestión también resulta capital en la medida en que el trabajador social está contemplado dentro de la definición de equipo de salud mental básico, junto al psicólogo y al psiquiatra, según la reglamentación de la ley. No podemos dejar de notar, tal vez una paradoja: los trabajadores intervienen en problemáticas que se consideran psicosociales y/o del campo de la salud mental, e incluso presentan formación para ello; no obstante se auto-excluyen de tal definición, aun cuando se desempeñan en servicios de salud.

De lo analizado nos interesa destacar las potenciales dificultades para la articulación entre salud mental y abordajes sociales, como consecuencia de las características que asume la formación de los jóvenes (y futuros) profesionales de la salud mental.

Instancias de formación que aún relegan a un segundo plano la inserción de las estrategias sociales y priorizan los abordajes individuales-asistenciales.

8. Reflexiones finales. Desinstitucionalización y políticas sociales: un horizonte lejano.

La articulación entre las reformas de la institución psiquiátrica con la implementación de políticas sociales en la prevención primaria, la asistencia y la rehabilitación de las problemáticas del campo de la salud mental no parece constituir una experiencia novedosa contemporánea. En este sentido, en el apartado sobre los antecedentes históricos en Argentina, vislumbramos que lo que se presenta como *progresista* desde la ley N° 448 evidencia una extensa trayectoria en la historia de la salud mental de nuestro país: interdisciplinariedad, trabajo en equipo, prevención primaria, trabajo en la comunidad, abordajes intersectoriales, definición psico-social de las problemáticas del campo de la salud mental forman parte –al menos discursivamente– de los antecedentes argentinos que se remontan incluso hasta las primeras décadas del siglo XX.

En otras palabras, existe una diversidad de antecedentes sobre reformas (o intentos de reformas) al sistema de atención de salud mental en Argentina, en base a criterios compatibles con los que sostiene en la actualidad la nueva ley de salud mental, con eje en el proceso de desinstitucionalización. En esta misma dirección, podemos señalar la existencia de antecedentes respecto a experiencias de atención e internación alternativas al orden manicomial; como también intentos de integración horizontal entre las disciplinas que conforman el campo de la salud mental y de éste con políticas sociales.

Pero un conjunto diverso de factores han colaborado para que los proyectos formulados y/o las experiencias implementadas fenecieran con el tiempo: los avatares políticos (en particular, el ascenso al gobierno de dictaduras militares, aunque sin considerar este aspecto como excluyente de otros); la inadecuada formación de los recursos humanos; la implementación de experiencias caracterizadas como “pilotos” o aisladas de una transformación más general, y con finalización prematura; la insuficiente “conciencia común” sobre la necesidad de operar una transformación.

A partir del análisis de los antecedentes argentinos, nos interesa destacar una serie de riesgos para la viabilidad de las reformas de desinstitucionalización que se retoman con la actual ley de salud mental: ceñir o *confundir* transformación del sistema de atención con la creación de dispositivos de atención alternativos aislados (casas de medio camino, hospitales de día y de noche, etcétera), como si ello garantizara la reforma en profundidad de los abordajes *tradicionales* instituidos; e instaurar experiencias pilotos y/o acotadas que no tienen alcance en el sistema de atención en sí.

Los avatares histórico-sociales y políticos pueden contribuir de manera determinante en la inviabilidad de las reformas institucionales. En este sentido, consideramos que éstas no pueden ser abarcadas de forma excluyente como problemática específica del campo de la salud: la elaboración y el surgimiento de la ley evidencian un proceso inescindible del campo de la política y de un entrecruzamiento de intereses sectoriales diversos y contrapuestos. Las reformas que se plantean desde la ley N° 448 no sólo

instauran una discusión y una reforma técnicas, sino también política e ideológica. Y en este marco de disputas e intereses contrapuestos dos ejes centrales de conflicto lo constituyen el acceso de profesionales no médicos a cargos de jefatura de servicios y, por otra parte, el destino de los neuropsiquiátricos (posiciones antagónicas entre el cierre por considerarlos *manicomios* y, por otro lado, su mejoramiento y ubicación como efector de alta complejidad en salud mental).

Los profesionales de la salud mental, discursivamente, esgrimen entonces las carencias materiales y de recursos humanos como algunas de las principales dificultades y límites de las condiciones de trabajo y de las posibilidades de establecer estrategias de intervención alternativas a las asistenciales-individuales. Sin embargo, también argumentan problemáticas diferentes, que no se resuelven con la dotación de recursos ni de mayor personal. En este sentido señalábamos: 1. La falta de incumbencias y de formación para la realización de actividades comunitarias, como argumento central de los profesionales psicólogos; 2. La resistencia impuesta por otros sectores a trabajar articuladamente (por ejemplo escuelas, promoción social); 3. La dimensión vincular, interpersonal, que puede facilitar u obstaculizar (e incluso impedir) el trabajo en equipo (independientemente de la disciplina de base); 4. Condiciones *estructurales inamovibles*, imposibles de transformar: el perfil profesional y sus prácticas de trabajo instituidas durante años, la personalidad de los profesionales, la carga fantasmática del pasado (atributos de significados de riesgo respecto al trabajo comunitario, provenientes de la época del gobierno militar), las dificultades de relación entre los profesionales imposibles de resolución. Lo interesante y problemático de estos puntos enunciados es que se esgrimen como características inamovibles o de muy difícil modificación (ejemplo de ello, puntos 1, 3, 4) y otras se encuentran por fuera del propio dominio de los profesionales (punto 2). Desde la perspectiva de muchos de los profesionales entrevistados estos aspectos instituidos no admiten la posibilidad de introducir movimientos instituyentes. Desde allí se explica entonces los límites de la viabilidad de las reformas y, por ende, la necesidad (como salida a esta disyuntiva) de enfocarse en los jóvenes y los futuros profesionales –formados adrede– para el establecimiento de las transformaciones.

Pero también debemos destacar la ausencia (o insuficiente presencia) de otros sectores (como poder judicial, promoción social, sistema educativo, etcétera), que conlleva obstáculos difíciles de sortear cuando se definen programas, planes, proyectos o leyes donde se incluye la intersectorialidad sin participar al resto de los sectores desde el inicio; tanto en la identificación de los problemas prevalentes a abordar como de la planificación de las estrategias convenientes. Además de no evaluar la posible resistencia al trabajo conjunto, así como los criterios e intereses diferenciales que se juegan en cada uno de los sectores.

La contradicción radica en que la ley y la reforma de desinstitucionalización incluyen principios y definiciones intersectoriales, pero sin otorgar igualdad de participación entre el sector salud y el resto de los sectores discursivamente involucrados. Las estrategias diseñadas se asientan prioritariamente en el sector salud, limitando la participación y la incidencia que el resto de los sectores, instituciones u organizaciones tendrían en la viabilidad de esas propuestas. Esta perspectiva analítica nos recuerda los procesos de planificación normativos que, en el contexto del capitalismo dependiente, omiten y desestiman la capacidad de oposición y condicionamiento por parte de las distintas fuerzas sociales en juego. En nuestro caso, considérese los otros

sectores de gobierno, los diversos profesionales, las asociaciones y gremios, las universidades, los laboratorios, la comunidad y sus organizaciones, etcétera. Como lúcidamente lo plantea M. Testa:

Las instituciones del Estado tienden a una práctica normativa basada en la utilización del poder administrativo, cuya expresión organizativa es la burocracia weberiana y cuyo principal instrumento operativo es la planificación tradicional, tributaria del enfoque científico. Esa práctica no toma debidamente en cuenta que el problema del gobierno en los países capitalistas dependientes está centrado en el manejo del comportamiento de grupos sociales con intereses conflictivos, lo cual crea una contradicción que introduce dificultades en la realización efectiva de las decisiones tomadas (Testa, 1997: 155).

Tal como también se ha constatado en otros países (WHO, 2004), la intersectorialidad no sólo es una aspiración compleja y difícil de llevar a cabo sino que además los diversos sectores implicados no necesariamente vislumbran entre sus prioridades el tema de la salud mental; por ejemplo: el sistema educativo, trabajo, desarrollo social, poder judicial, etcétera. Cualquier propuesta intersectorial debería serlo desde los inicios de la planificación. Resulta difícil pensar en nuestro contexto en una colaboración armónica entre distintos sectores con intereses y poderes contrapuestos.

Por su parte, la Universidad de Buenos Aires (principal proveedora de nuevos recursos humanos en el sub-sector público de la ciudad) no ha efectuado una transformación significativa en pos de adecuar la formación a las nuevas exigencias legislativas (tanto ley Nº 448 como Nº 153). En esta dirección hemos visto que los contenidos de los exámenes de residencias y concurrencias de la Ciudad de Buenos Aires, así como las estrategias de formación de estos jóvenes profesionales tampoco parecieran incluir transformaciones de envergadura para la viabilidad de las reformas de desinstitucionalización en salud mental.

Uno de los puntos críticos que también hemos señalado a lo largo del trabajo es que la implementación de las reformas que plantea la ley de salud mental se ciñe al tratamiento de aspectos técnicos e, incluso, con cierta tendencia a la focalización en dos componentes: la reconversión de los profesionales y la creación de dispositivos alternativos. Lo que comenzó constituyendo un proceso claramente político –tal como lo expresan los actores, en términos de oportunidad política para la sanción de la ley en los inicios del año 2000-, se restringe a una serie de pasos técnicos que niegan –mas no desconocen- aspectos políticos y sociales determinantes como: la existencia o no del compromiso de los profesionales que se ven involucrados en la reforma, de la propia comunidad, de la intencionalidad y decisión política reales. La viabilidad de la reforma se ve seriamente comprometida si no se dispone del compromiso de profesionales, comunidad y poder político.

Pero también, al momento de pensar una propuesta viable, no podemos desconocer las características histórico-sociales y políticas del contexto contemporáneo. Los principios de las reformas que dan por hecho la solidaridad, la contención social, la participación comunitaria, la des-estigmatización y el reconocimiento de las diferencias coalicionan con un momento histórico social que prioriza valores antagónicos a esos

principios: individualismo, indiferencia, competencia, sobrevivencia en un medio hostil, pérdida de ideales, etcétera. Desde nuestra perspectiva resulta un tanto riesgoso definir reformas en base a un contexto social que se supone –idealizadamente- que es, lo que en realidad no lo es.

Consideramos fundamental avanzar con, por una parte, la participación de la comunidad en las cuestiones referentes a la salud mental; por otra, analizar criteriosamente cuáles son las posibilidades y los límites reales de la contención social de los pacientes, del establecimiento de redes sociales, etcétera. Aquí acontece un fenómeno similar respecto a la intersectorialidad: se apela discursivamente a la participación de un *otro* (comunidad y diversos sectores) sin involucrarlos activamente en la planificación y en las primeras toma de decisiones. Este no es un punto fácil de resolver en un país con fuerte trayectoria asistencial-clientelar, donde la comunidad es invitada a asumir un rol pasivo más que proactivo.

9. Bibliografía

- Abramzón, Mónica, “Los recursos humanos en salud en Argentina. Una mirada a los datos”. En: OPS/OMS, *Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones. Dos estudios*, 58, Buenos Aires, 2003. Augsburger, Cecilia, *Bases conceptuales para el desarrollo en epidemiología en salud mental*, Tesis de Maestría, UNR, Rosario, 1999.
- Ben Plotkin, Mariano, *Freud en las pampas*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 2003.
- Bialakowsky, Alberto; Grima, José; Rosendo, Ernestina; Costa, María ignacia y otros, “Clases y conflicto: procesos sociales de trabajo en instituciones y núcleos urbanos segregados”, Trabajo presentado en el XXIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), Guatemala, 2001.
- Bialakowsky, Alberto; Lusnich, Cecilia; Faraone, Silvia; Rosendo, Ernestina; Haimovici, Nora; Sokolovski, Gabriela, “Las Nuevas patologías Mentales o la creación de lo social” en P. Sorokin Comp., *DROGAS. Mejor hablar de ciertas cosas*, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1997.
- Bleger, José, *Psicohigiene y Psicología institucional*, Paidós, Buenos Aires, 2004.
- Borsotti, Carlos, *Temas de metodología de la investigación en Ciencias Sociales empíricas*, Miño y Dávila editores, Buenos Aires, 2007.
- Carpintero, Enrique y Vainer, Alejandro, *Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I: 1957-1969*, Topia Editorial, Buenos Aires, 2004.
- Carpintero, Enrique y Vainer, Alejandro, *Las Huellas de la Memoria II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970-1983*, Topia Editorial, Buenos Aires, 2005.
- Castel, Françoise; Castel, Robert; Lovell, Anne, *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*, N° 20, Editorial Anagrama, Barcelona, 1980.
- Castellanos, Pedro Luis, “Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar”, borrador de trabajo, OPS/OMS, 1991.
- *Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, Editorial Bregna, Buenos Aires, 1996.
- Dirección de Salud Mental, *Plan de Salud Mental 2002-2006*, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Director: Ricardo H. Soriano.
- *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona, 1995.
- Galende, Emiliano, *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Paidós, Buenos Aires, 1994.
- Galende, Emiliano, *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Paidós, Buenos Aires, 1997.
- Galli, Vicente, “Salud mental, una prioridad”, *Revista Medicina y Sociedad*, vol. 7 N° 5, Buenos Aires, 1984, pg. 167-172.
- García, Rolando, “Interdisciplinariedad y sistemas complejos” en E. Leff, comp., *Ciencias sociales y formación ambiental*, Gedisa, Barcelona, 1994.

- Goldenberg, Mauricio, "Estado actual de la asistencia psiquiátrica en el país", *Acta Neuropsiquiátrica Argentina* 4, Buenos Aires, 1958, pg. 401-410.
- Goldenberg, Mauricio, "La Psiquiatría en el Hospital General", *El médico práctico*, Año XX, Nº 255, Buenos Aires, 1966, pg.5-8.
- *Ley de Salud Mental Nº 448*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2000.
- *Ley Básica de Salud Nº 153*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999.
- OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, Ginebra, 2001.
- Rodríguez Gómez, Gregorio; Gil Flores, Javier; García Jiménez, Eduardo, Metodología de la investigación cualitativa, Ediciones Aljibe, Málaga, 1996.
- Ros, Cecilia, *Las representaciones de los profesionales efectores de servicios en salud mental sobre las prácticas y los problemas de salud mental de las poblaciones que atienden*, Informe Final Proyecto Joven 1998-99, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires, 2000.
- Rosendo, Ernestina, *Motivos de Consulta y Prácticas en Salud Mental en Centros de Atención Primaria de la Ciudad de Rosario: Descripción y análisis cualitativo de la perspectiva de los consultantes y de los profesionales psicólogos*. Tesis de Maestría en Salud Pública, Instituto de la Salud Juan Lazarte, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, 2002.
- Samaja, Juan, *La reproducción social y las condiciones de vida y la Salud*, OPS/OMS, Washington, 1994.
- Samaja, Juan, *Pasos para una ontología transdisciplinaria*, 2000. (Mimeo).
- Samaja, Juan, Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2004.
- Sautú, Ruth, Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación, Lumiere, Argentina, 2003.
- Stolkner, Alicia, "Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental" en O. Saidón y P. Troianovski Comps., *Políticas en Salud Mental*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994.
- Testa, Mario, *Pensar en salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.
- Visacovsky, Sergio, *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2002.
- WHO, *Mental Health Policy, Plans and Programmes*, World Health Organization, Suiza, 2004.

Serie de Documentos en Políticas Sociales

1. Kliksberg, Bernardo. **Repensando el rol del Estado para el Desarrollo Social.**
2. Tonucci, Francesco. **La ciudad de los niños.**
3. Rotelli, Franco. **Empresas sociales en Italia.**
4. Ramos, Cleide. **La televisión en el s.XXI y los jóvenes.**
5. Di Marco, Graciela; Carranza, Hugo; Grillo, Oscar; Primavera, Heloisa. **Descentralización y Políticas Sociales.**
6. Pszemiarower, Santiago; Pochtar, Nora; Finkelstein, Susana. **Los adultos mayores y sus derechos.**
7. Murtagh, R.; Mitzubuti, S.; Daza, Rubén; y otros. **Cooperación intermunicipal en el marco de la integración regional.**
8. Riverón y otros. **Discriminación contra los extranjeros.**
9. Aguiar, E.; Lapaccó, C.; Dizenfeld, R.; Brenner, Viviana. **Los derechos humanos en la Argentina de hoy I.**
10. Viaggio, j.; Recalde, H.; Zamorano, C. **Los derechos humanos en la Argentina de hoy II.**
11. Redín; M.E.; Bravo, Ema; Suárez, María y otros. **Redes sociales y redes institucionales.**
12. Chitarroni, Horacio. **Estudios sobre la estructura social de la ciudad.**
13. Castells, Manuel. **Productividad, competitividad en la sociedad de la información.**
14. Pochtar, Nora; Pszemiarower, Santiago. **La gran temida ancianidad.**
15. Fleury, Sonia. **Política social, exclusión y equidad en América latina en los años 90.**
16. Palomino, Héctor; Moro, Javier; Mercado, Pampa. **Políticas sociales y derechos humanos.**
17. Kliksberg, Bernardo. **Desigualdad y desarrollo en América Latina; el debate postergado.**
18. Kliksberg, Bernardo. **Seis tesis no convencionales sobre participación.**
19. Calcagno, Luis. **Los que duermen en la calle: un abordaje de la indigencia extrema en la Ciudad de Buenos Aires.**
20. Merklen, Denis. **La cuestión social en el sur desde la perspectiva de la integración: políticas sociales y acción colectiva en los barrios marginales del Río de la Plata.**
21. Di Marco, Graciela; Colombo, Graciela. **Las mujeres en un enfoque alternativo de prevención.**
22. **Lo público y lo privado.** Compartiendo estrategias para la construcción de la paridad en las relaciones de género.
23. Palomino, Héctor. **La crisis del mercado de trabajo y los distintos enfoques sobre la solución del desempleo.**
24. Kliksberg, Bernardo. **La situación social de América Latina y sus impactos sobre la familia y la educación.**
25. Vacatello, Liliana. **Una aproximación diagnóstica de la problemática habitacional de los hoteles y pensiones ubicados en los barrios de Balvanera y Recoleta.**
26. Groba, Gabriela; Fustinoni, Alberto. **Población vulnerable en la Ciudad de Buenos Aires. Hogares de día para la tercera edad.** Un estudio de caso.
27. Kliksberg, Bernardo. **Diez falacias sobre los problemas sociales de América Latina.**

28. B.A.P. **Personas sin techo**. Algunas consideraciones psicológicas preliminares en el abordaje del trabajo en calle.
29. Borja, Jordi. **Ciudadanía y globalización**.
30. **Ateneo de Políticas Sociales**, organizado por la Secretaría de Desarrollo Social.
31. **Encuentro de capacitación para dirigentes de ONG**, organizado por el programa de Voluntariado Ser Solidario del GCBA.
32. **El sostén de los hogares**. Trabajo, participación y relaciones de género. Ateneo organizado por la Dirección General de la Mujer del GCBA.
33. Furlong, Liliana. **Relevamiento de familias bajo la modalidad de alojamiento en hoteles del GCBA**. Informe final.
34. **Niñez y adolescencia en contexto de pobreza**. Concepciones y abordajes.
35. Kornblit, Ana Lía. **Prevención del VIH-SIDA**.
36. Arroyo, Daniel. **La política social frente a los nuevos desafíos de las políticas públicas**.
37. Bombarolo, Félix; Pauselli, Emilio. **Programas sociales. Construcción de identidad y paradigma de la “intervención social”**.
38. Ostuni, Fernando. **Del Fonavi al “Federal”**. Transformaciones socio-urbanas y respuestas estatales. Algunas reflexiones sobre la política habitacional.
39. Bonaldi, Pablo. **La larga historia de una política social. Disputas y tensiones en la ejecución del Programa de Apoyo a Grupos Comunitarios de la Ciudad de Buenos Aires, 1986-2003**.
40. Incarnato, Mariana; Palmieri, María Paz. **Políticas de desinstitucionalización en la Ciudad de Buenos Aires-Argentina. Una experiencia de restitución de derechos con jóvenes**.
41. Mariluz, Gustavo Rodolfo. **Estado, política y vejez. La política social para la tercera edad en Argentina desde el Virreynato del Río de la Plata hasta el año 2000**.
42. Rosendo, Ernestina. **Los olvidos de la salud mental en los procesos de desinstitucionalización: antecedentes históricos, formación universitaria y abordaje social. La Ley de Salud Mental (Nº 448), un ejemplo paradigmático**.



Buenos Aires
Gobierno de la Ciudad

Ministerio de Desarrollo Social

México 1661, planta baja, (C1100ACA)
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
ciobadigital@buenosaires.gob.ar
www.desarrollosocial.buenosaires.gob.ar