

COMENTARIO

**LA REFORMA EN SALUD MENTAL EN ARGENTINA:
UNA ASIGNATURA PENDIENTE.**
SOBRE EL ARTÍCULO: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA
EN SALUD MENTAL

*Silvia Chiarvetti**

1.1.- Rescatar la Historia

El autor parte de algunas afirmaciones con las que acuerdo: “el camino de la reconstrucción es posible” y su referencia a “la rica historia de la Salud Mental en nuestro país”. Su referencia a las persecuciones sufridas por el sector en las distintas dictaduras merece quizás un análisis más puntual, porque en cada una de ellas se dieron situaciones diferentes en relación al campo de la salud mental.

Discrepo, sin embargo, en las expresiones acerca de que en algunos casos hubo “falta de políticas” o “ausencia de acciones”. Para dar cuenta de la discrepancia es conveniente realizar un recorrido por el punto del artículo del autor sobre “Historia de las Políticas de Salud Mental”. También es la ocasión para realizar un desarrollo más amplio acerca de la acción de Ramón Carrillo, que se menciona en el texto.

a.- La gestión de Ramón Carrillo (1946-1954) durante los dos primeros gobiernos de Juan Perón

Entre los siete índices que Carrillo tomaba en cuenta para conocer si un país tenía un buen estado sanitario incluía “el máximo de enfermos mentales, cuando no pase de 1 por 1000” (Carrillo, 1974). Sustituye el vocablo “alienados” por el término “enfermos mentales” y pretende hacer del manicomio un hospital, ya que “la forma en que son estibados en ellos los enfermos, obliga a calificar, en muchos casos, a esos establecimientos como reducidos humanos” (Carrillo, 1974).

Desde su política sanitaria basada en la justicia social consideraba que había muchas personas afectadas sin asistencia y que se necesitaban en el país 40.000 camas más de las 20.000 existentes. Es evidente que, en su contexto de época, Carrillo no cuestionaba la existencia del hospital psiquiátrico; sin embargo ya pensaba que el anexo para enfermos mentales en los hospitales comunes era la solución que le permitiría en poco tiempo disponer de camas para agudos. Decía: “No existe ninguna incompatibilidad funcional con los hospitales generales. Los inconvenientes sólo existen en la cabeza de los clínicos que no saben psiquiatría. Se puede, pues, tener enfermos mentales internados en una sala especial sin ningún inconveniente y a muy bajo costo” (Carrillo, 1974).

Pero Carrillo avanza mucho más y plantea una estructura novedosa: los Centros de Psiquiatría Preventiva, que consideraba el órgano técnico para la profilaxis de las enfermedades mentales*. Definía que “pueden ser independientes del hospital común o anexos a él, son centros de diagnóstico y tratamiento clínico ambulatorio y, como tales, deben proveer al tratamiento externo de los enfermos mentales, ya sea como centros de consejo psicológico, ya como centros de cuidado de los enfermos dados de alta” (Carrillo, 1974).

Estos Centros de Psiquiatría Preventiva, como servicio auxiliar de los hospitales mentales, debían proveer lo que Carrillo llamaba el servicio prehospitalario: “la preparación del paciente y de su familia ante la nueva situación creada, ejercer vigilancia sobre los enfermos dados de alta y tener una relación directa con todos los problemas del servicio social (...) se trata de un centro médico cuya acción no se cumple dentro de sus muros sino fuera de ellos, en el ámbito economicosocial y familiar” (Carrillo, 1974).

* Silvia Chiarvetti
Secretaría de Ciencia y Técnica.
Universidad ISALUD.
Buenos Aires.
E-Mail: schiarvetti@isalud.edu.ar
REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVII p.p. 173-182
© 2008 Fundación AIGLE.

(*) Nótese que hace esta propuesta 14 años antes de la Ley de Estados Unidos de creación de los Centros de Salud Mental Comunitarios. Sin embargo, conocía la Ley de Higiene Mental de 1946 de ese país que mencionaba la creación de Clínicas de Higiene Mental como servicios separados.
2002 -2010: Subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención” Financiado por UBACyT, con sede en la Facultad de Psicología de la UBA. Ambos bajo mi dirección.

La obra de Carrillo, inconclusa por cuestiones de orden político que en julio de 1954 lo alejaron del Ministerio de Salud de la Nación, es frecuentemente olvidada o negada. He dedicado este espacio al reconocimiento de su pensamiento como un antecedente significativo cuando se discute acerca de la Reforma en Salud Mental.

b.- Configuración del campo de la salud mental en la Argentina

Resulta sorprendente el salto que se produce en el texto del autor cuando afirma que, a partir de 1956, no se producen cambios sustanciales, pasando luego directamente al año 1966.

En el marco del gobierno de facto de la llamada Revolución Libertadora, con el auge del desarrollismo en América Latina, se podujeron tres hechos fundamentales: 1º Creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), 2º Creación de las primeras Carreras de Psicología en el país (Universidad Nacional del Litoral, Rosario, en 1956 y Universidad Nacional de Buenos Aires en 1957) y 3º Creación de uno de los primeros servicios de Psicopatología en un hospital general (Policlínico de Lanús).

b.1.- La creación del INSM

Siguiendo el modelo de Estados Unidos, el gobierno creó en 1957 mediante el Decreto Ley Nº 12.628**, el Instituto Nacional de Salud Mental como organismo descentralizado, entre cuyos fines figuraban: prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas; prestar asistencia integral a los enfermos que padecen afecciones neuropsiquiátricas y contribuir a la recuperación y rehabilitación social de estos enfermos. La dirección técnica y administrativa del organismo sería ejercida por el Consejo Nacional de Salud Mental (CNSM). Se creaba, también, una Comisión Nacional Asesora de Salud Mental (CNASM) con atribuciones para elaborar y actualizar permanentemente un programa de atención de la Salud Mental para todo el territorio de la Nación. Las recomendaciones de esta Comisión Asesora no podían ser rechazadas por el Consejo Nacional sin el debido fundamento. En caso de no llegar a un acuerdo la cuestión debía elevarse al Ministro de Asistencia Social y Salud Pública.

Posteriormente, se reglamentó el Decreto sobre la base de un Proyecto aprobado por la mayoría absoluta de los miembros de la Comisión Nacional Asesora y la unanimidad de los miembros del Consejo Nacional.

Es interesante el dato de que la nota mediante la cual se eleva al Ministro la propuesta está firmada por tres Consejeros de la Comisión Asesora: Mauricio Goldenberg, Jorge García Badaracco y Raúl Usandivaras. Esto revela la relación existente entre el INSM y un actor social que se constituye en ese período: la Comisión Argentina Asesora en Salud Mental.

En la Introducción del libro “De la Psiquiatría Asilar a la Psiquiatría Social”*** se explica que “un centenar de psiquiatras venidos de todos los rumbos de la patria alumbraron en Paraná el nacimiento de la Comisión Argentina Asesora en Salud Mental***. La idea de agruparse para provocar un cambio radical en las condiciones de asistencia venía siendo elaborada desde tiempo atrás por un conjunto de especialistas del interior y de la Capital Federal. En 1957 se dieron circunstancias especiales para que fructificara ese propósito”. Ya en 1956 se había reunido en Buenos Aires el primer Congreso Argentino de Psiquiatría que había fortalecido la idea de otorgar prioridad en la preocupación psiquiátrica al problema asistencial. Esta Comisión inaugura una etapa de gran dinámica por parte de los psiquiatras que no habían acompañado las propuestas de Ramón Carrillo y que encontraron en los “nuevos aires” que les traía el gobierno de facto la oportunidad para llevar adelante sus propuestas.

Esta Comisión Argentina Asesora –organismo de carácter privado diferente de la Comisión Nacional Asesora de Salud Mental del INSM– aceptó la idea de constituir el INSM y se convirtió en promotora del mismo, participando en reuniones en las que consiguieron introducir reformas que tornasen más operativa la labor futura de ese organismo, como la creación como órgano de gobierno del Comité Permanente de Delegados Provinciales, que considero el antecedente del actual Consejo Federal de Salud Mental.

Esta Comisión Argentina Asesora realizaba Conferencias de Asistencia Psiquiátrica anuales y en la primera de ellas, en Paraná en 1957, se advertía el propósito de superar la vieja psiquiatría asilar “para penetrar en extensión en el seno de las colectividades en la búsqueda de aquellos factores que gravitan negativamente sobre la personalidad (...). La idea de instalar consultorios psiquiátricos en los Hospitales Generales respondía a ese anhelo (...).**** Se torna evidente la intención de “rescatar la especialidad de la segregación manicomial que la mantenía arbitrariamente separada del cuerpo general de la medicina” y, al mismo tiempo, facilitar la apertura a la labor preventiva.

(*) Poder Ejecutivo Nacional, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública: Decreto-Ley Nº 12.628/1957. Argentina, 1958.

(**) “De la Psiquiatría Asilar a la Psiquiatría Social”. De esta obra faltan los datos acerca de sus autores y de la fecha de publicación, pero por su contenido, que tiene por propósito exhibir la labor de once años de existencia de la Comisión Argentina Asesora en Salud Mental se puede inferir que se trata de una publicación de dicha Comisión y su fecha de publicación es alrededor de 1968.

(***) Op. cit. pág. 10.

(****) Op. cit. pág. 15.

A la propuesta de la creación de los servicios psiquiátricos en los hospitales generales y la instalación de consultorios de psiquiatría infantil en las salas de pediatría, agregaron la necesidad de contar con una clasificación única de enfermedades mentales y de un censo nacional de enfermos.* No se había aplicado la clasificación que en 1947 había dispuesto el Ministro Carrillo, a la que Gregorio Bermann califica de “extraña y profusa” (Bermann, 1965). En agosto de 1962 el INSM adoptó las normas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.) pero se tardaba en aplicarlas.

La intervención del INSM en diciembre de 1963 por parte del Ministerio, provocó una respuesta de la Comisión Argentina Asesora de evitar la colaboración si no contaban con el previo conocimiento de los planes y objetivos de la Intervención y, además, declinaban dicha colaboración si esos planes y objetivos estaban en pugna con lo sostenido por la Comisión.**

Esta Comisión Argentina Asesora en Salud Mental dio nacimiento en San Luis en 1959, en ocasión de su Tercera Conferencia, a la Federación Argentina de Psiquiatras (F.A.P.). En la Cuarta Conferencia realizada en Buenos Aires en 1960 se aprobaron sus estatutos y se eligió la primera Comisión Directiva, entre cuyos miembros figuraban Omar Ipar, Enrique Pichón Rivière, Mauricio Goldenberg, Gregorio Bermann y Jorge Thenon.

Otras cuestiones comenzaron a complejizar la situación, tal como lo señalan Enrique Carpintero y Alejandro Vainer (2004): “Este grupo de psiquiatras reformistas tenía sus propios límites. (...) fueron renuentes a aceptar la práctica de otros profesionales, especialmente de los psicólogos, actuando corporativamente, detentando el poder en la Salud Mental, lo que llevó a que transformaran la lucha por la Salud Mental en una interna psiquiátrica. Y que no pudieran contar con los apoyos de otras profesiones que estaban entrando al campo.” Es así que luego en la FAP van ocupando espacios los psiquiatras más progresistas. Emiliano Galende define a esta organización como el “primer movimiento científico-gremial masivo que encara políticamente la reforma en Salud Mental” (Galende, 1990).

El objetivo por los cuales he desplegado estos puntos consiste en mostrar que este periodo histórico está atravesado por cambios sustanciales que inician el pasaje de la psiquiatría a las políticas en salud mental y que de ningún modo puede ser considerado como vacío de contenidos significativos. Es más, estos cambios configuraron el campo de la salud mental en Argentina.

No me detendré, por razones de espacio, en la creación de las Carreras de Psicología y la creación del Servicio de Psicopatología en el hospital de Lanús –construido en el período Carrillo– de cuya jefatura se hace cargo, por concurso, Mauricio Goldenberg el 1º de octubre de 1956, con la responsabilidad de organizar su estructura y funcionamiento. Sólo mencionaré que Goldenberg se proponía “hacer otra psiquiatría y, más aún, ampliar el campo para trabajar en “salud mental” (...) a partir de un Servicio (abierto) de Psiquiatría en un Hospital General, con todos los recursos terapéuticos disponibles, integrando los aportes de la psiquiatría dinámica, la psicología social y la psiquiatría clínica” (Goldenberg, 1983). Entre todas las innovaciones desarrolladas, merece destacarse la experiencia de Psiquiatría Social, experiencia pionera comunitaria en *prevención primaria* y *secundaria*, según la conceptualización de Gerald Caplan, vigente en ese entonces.

c.- Otros momentos de la historia en Salud Mental

c.1.- La dictadura de la Revolución Argentina

Ya durante la dictadura de Onganía se revitaliza el INSM con la dirección del coronel Estévez “que promueve el Plan de Salud Mental de 1967, con la incorporación de Comunidades Terapéuticas en los asilos (paradojas nacionales: el primer intento de reforma democrática en Salud Mental lo lleva a cabo una dictadura militar), se abren las colonias de alienados del interior del país a la participación de los psicólogos, (...) se sancionó la ley 17.132, que pretende instaurar el poder de lo médico en la distribución de funciones y reconocimientos en el nuevo campo de lo mental” (Galende, op. cit. pág. 253).

El modelo de Comunidades Terapéuticas se implementó en algunos lugares como “experiencia piloto”. Dos de las experiencias más conocidas sufrieron vicisitudes diferentes: la de Raúl Camino en Colonia Federal (Entre Ríos), iniciada en 1967 duró hasta ya iniciada la dictadura de 1976; la de W. Ricardo Grimson en el Hospital Estéves de Lomas de Zamora (Provincia de Buenos Aires) fue abortada violentamente a principios de 1971 por la dictadura de Levingston. Resulta evidente que los principios de las Comunidades Terapéuticas (democratización, permisibilidad, libertad de comunicación) y la instancia terapéutica clave (la asamblea comunitaria) no resultaban compatibles con el autoritarismo del gobierno de facto.

(*) Op. cit. pág. 11

(**) Documento “Frente a la Intervención del Instituto Nacional de Salud Mental (1963)”. En *De la Psiquiatría Asilar a la Psiquiatría Social*.

En abril de 1972 se constituye la Coordinadora de Trabajadores en Salud Mental (CTSM) y su Centro de Docencia e Investigación (CDI), “como expresión del debate generado en el campo de la Salud Mental por las luchas contra la dictadura militar y lo que se anticipaba como su final” (Galende, E., op. cit. pág. 260). La CTSM estaba integrada por la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA), la Asociación de Psiquiatras de Buenos Aires, la Asociación de Psicopedagogos de Buenos Aires y la Asociación Nacional de Profesionales del Servicio Social en Salud Mental*. Dice Galende: “(...) la Coordinadora se proponía una intervención política orgánica en la problemática del sector Salud Mental en su relación con lo social (...) apuntaba a asumir en los hechos el surgimiento en Argentina de este nuevo sector llamado de la Salud Mental, e intervenir en la definición de las nuevas relaciones que se establecían con el Modelo Médico, con el aparato público de salud, y las políticas generales en que se pensaba se definían tanto las condiciones de la salud psíquica del pueblo como el tratamiento de la enfermedad” (Galende, op. cit. pág. 260). La represión, a partir del golpe militar de 1976, “impidió el desarrollo de esta experiencia y por lo mismo valorar su capacidad de construcción de un modelo alternativo en Salud Mental”.**

c.2.- La reapertura democrática: el gobierno de Alfonsín

Vicente Galli ocupó el cargo de Director en la Dirección Nacional de Salud Mental –creada durante la última dictadura militar-, entre marzo de 1984 y agosto de 1989. En un documento de 1986 (Galli, 1986), entre las estrategias generales que planteaba para Salud Mental, incluía: a) la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud; b) la integración intersectorial; c) la ampliación de la cobertura, incluyendo acciones de promoción y prevención, de manera que la misma fuera equitativa para toda la población; d) la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades, estrategias y asignaciones de recursos; e) el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud y el incremento de presupuestos para ello y nunca para incrementar prácticas y sistemas custodiales, segregacionistas y/o exclusivamente asistencialistas; f) la transformación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados que

funcionaran similarmente; g) el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental.

Se planteaba, además, la necesidad de una re-conversión profunda de la formación de recursos humanos nuevos y de transformación de tendencias de los ya formados.

Independientemente de los debates y polémicas que despertaron estas propuestas –sobre todo las referidas a APS-, considero que durante el alfonsinismo hubo una política de salud mental claramente formulada y la implementación de acciones acordes con ella, que daban cuenta de su congruencia.

Recordemos, en principio, que en esa época, los únicos efectores propios de la Dirección eran los Hospitales Psiquiátricos Borda, Moyano y Tobar García y las Colonias Montes de Oca y Diamante. Sólo en seis provincias había organizaciones específicas de Salud Mental dentro de los Ministerios de Salud provinciales. Galli reconoce que “la vidriera para una Dirección Nacional que tiene como únicos efectores a los manicomios, son los manicomios y, por más transformaciones que se hicieron en los grandes psiquiátricos, éstos siguieron padeciendo los problemas manicomiales, así se mejoraran muchas o pocas cosas” (Fernández Mouján, 1991). Reconoce que los cambios de fondo en el Borda no existieron, a pesar de la intervención***, y explica que “no se puede cambiar el funcionamiento de un hospital psiquiátrico si no cambia toda la estructura de concepción y de organización de la red de salud mental en conjunto”.

Es decir, Vicente Galli no pudo con los grandes hospitales psiquiátricos en la ciudad de Buenos Aires, pero desarrolló una intensa actividad con las provincias–sobre todo las gobernadas por el radicalismo–, logrando que al finalizar su gestión casi todas las provincias del país tuvieran la organización de una conducción de Salud Mental diferenciada al interior del área de Salud, que salud mental fuera reconocida como una problemática importante para las políticas provinciales y que se conociera que las soluciones tradicionales eran injustas y poco efectivas. Por otra parte muchas provincias crearon en sus propios hospitales programas de resocialización de pacientes y sistemas alternativos a los vigentes. **** Hubo, también, provincias que encararon importantes cambios legislativos, como Río Negro *****, Santa Fe ***** y Entre Ríos *****.

(*) Estatuto de la Coordinadora de Trabajadores de la Salud Mental.

(**) *Ibidem*.

(***) El Ministro de Salud y Acción Social, Dr. Aldo Neri, nombró interventor al Dr. Héctor Luna. El objetivo era “adaptar el funcionamiento de esta clase de establecimientos asistenciales a las normas fijadas por la OMS”. Diario Clarín, 25 de febrero de 1984. Recordemos que la OMS fijaba un máximo de 400 pacientes para ellos.

(****) *Ibidem*.

(*****) Concretado en la Ley Nº 2.440/91, “Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento psíquico”, ley pionera en legislar sobre la “desmanicomialización”.

(***** Ley Nº 10.772/91, “Ley de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe”.

(***** Ley Nº 8.806/94, Ley “Enfermos mentales”.

La Ley de Río Negro legalizó lo que las prácticas ya habían legitimado como alternativa al encierro y que tuvo como uno de sus hitos el cierre del único neuropsiquiátrico de la Provincia en octubre de 1988. La Ley promueve un sistema de salud que garantiza el tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad con sufrimiento mental. Prohíbe “la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios de la ley”. La internación se concibe como último recurso terapéutico y en caso de que sea imprescindible debe lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona en el mínimo tiempo posible”.*

La Ley de Santa Fe establece que se privilegiarán las alternativas que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social. La internación se producirá si las circunstancias del caso no permiten el uso de otras alternativas menos restrictivas de la libertad y estará orientada a la recuperación y al egreso del internado en el tiempo más breve posible. Se establece un plazo máximo de tres (3) años para la transformación de los establecimientos de internación. “El Estado arbitrará los medios conducentes al objetivo fijado y promoverá la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas, servicios de salud mental en hospitales generales, con y sin internación, atención domiciliaria en salud mental, servicios de emergencia en salud mental, centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, hospitales o casas de medio camino, talleres protegidos, etc. Deberá asimismo reconocer como propuestas válidas los recursos propios de la comunidad”.**

En la Ley de Entre Ríos se establece que hasta que se produzca su reconversión definitiva, los establecimientos psiquiátricos públicos ya existentes continuarán funcionando con el sistema de puertas abiertas. En las normas transitorias se establece que el Poder Ejecutivo “tomará los recaudos necesarios a fin de implementar la reforma del sistema asistencial psiquiátrico de la Provincia, tendiendo a una progresiva desmanicomialización en todo el territorio” en un plazo máximo de dos (2) años a contar desde su promulgación. Por cada cama de breve estadía que se implemente en los Centros Departamentales de Salud Mental, se darán de baja cinco (5) camas psiquiátricas de los hospitales psiquiátricos. La protección del Estado a los residentes en estos hospitales en razón de desamparo socio-familiar, pasará del área de Salud a la de Acción Social, mediante la creación de casas de medio caminos, viviendas comunitarias

u otras alternativas que faciliten la desaparición del manicomio tradicional.***

Es decir, que de una manera más taxativa en las provincias de Río Negro y Entre Ríos se está apuntando a la sustitución de los manicomios, y en Santa Fe a su transformación.

Otros dos aspectos de la gestión Galli merecen destacarse: la valiosa tarea de transmisión de conocimientos y formación de recursos humanos en salud mental, desarrollada a través de los Cursos para los niveles de conducción y los niveles operativos, los Seminarios Nacionales de Salud Mental, la creación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM) y las Reuniones Nacionales de Autoridades y Equipos de Conducción en Salud Mental (Ferro, 1989).

c.3.- La Salud Mental durante la implantación del neoliberalismo en salud

En el primer momento del gobierno de Carlos Menem, cuando Matilde Menéndez era Subsecretaria de Salud y Ángel Fiasché el Director Nacional de Salud Mental, se intervinieron a fines de 1989, los tres hospitales psiquiátricos (Borda, Moyano y Tobar García). En junio del año siguiente estalló la denuncia sobre las muertes de 32 pacientes del Hospital Moyano, supuestamente a causa de desnutrición. Esta denuncia estuvo promovida por la Comisión Interna de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), cuyos dirigentes eran los que aún hoy continúan siéndolo y, dato interesante, se han opuesto a la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, defienden la permanencia de los hospitales psiquiátricos y cuestionan todo atisbo de transformación en ellos. La denuncia provocó la caída de Menéndez y la renuncia de Fiasché y de la interventora del Moyano.

El Dr. Fiasché relata que la política que pensaba llevar adelante “(...) para lograr un cambio estructural era un plan de externación nacional –capacitarlos con un oficio, conseguirles trabajo, buscarles familia o alojamiento, alfabetizarlos, procurarles salud física que permitiera fragmentar este sistema de almacenes donde se juntan enfermos psiquiátricos con pacientes geriátricos y asilados que no tienen dónde vivir y pasan ahí toda su vida–. Con los recursos que tiene la psiquiatría, no tendría por qué haber una admisión más en estos hospitales” (Selser, 1990). Pero Fiasché conocía la resistencia de los gremios –UPCN y ATE– a cualquier innovación y denunciaba aquello que retorna siempre que estos hospitales son cuestionados. Decía: “Los sindicatos no han ayudado. Sus intereses

(*) Ley N° 2.440 de la Provincia de Río Negro.

(**) Ley N° 10.772 de la Provincia de Santa Fe.

(***) Ley N° 8.806 de la provincia de Entre Ríos.

estuvieron siempre por encima de la transformación de los hospitales”. * Resistencia que resultaba desmedida, en una primera impresión, tomando en cuenta que en un documento de la época, la propuesta de transformación no iba más allá de plantear la recuperación de un habitat digno, como “el primer paso de una modificación profunda que opere luego en los criterios asistenciales poniéndose el énfasis en la resocialización y la evitación de la cronificación de los pacientes” **. Pero puede resultar tal resistencia más inteligible ya que sus actores saben que, de manera progresiva, con el tiempo, pueden dejar de ser necesarias ante algún movimiento que se despliegue en estas instituciones. ¿Cómo conservar entonces el poder concentrado en ellas?

Frente a este poder de los sindicatos las gestiones de Galli y de Fiasché no supieron construir un poder que equilibrara la correlación de fuerzas.

Posteriormente al episodio Fiasché, en el marco de la llamada Reforma del Estado del menemismo –que implementó los principios del neoliberalismo derivados del Consenso de Washington y cuyos lineamientos para las reformas en salud se ocupó de difundir el Banco Mundial–, se le quitó a la Dirección Nacional de Salud Mental su jerarquía pasándola a ser una Dirección a secas. Luego se reflató el Instituto Nacional de Salud Mental, aquél creado en 1957.

Del período menemista a la Ciudad de Buenos Aires, le quedó una herencia pesada. En junio de 1992 mediante un acuerdo entre el presidente y el intendente Grosso, se produce la transferencia de los hospitales nacionales a la jurisdicción municipal, por cuestiones absolutamente ajenas a políticas sanitarias. Según refiere Ricardo Soriano –por entonces Director de Salud Mental de la Municipalidad de Buenos Aires–, esto impactó de una manera muy importante sobre el sistema de Salud Mental de la Ciudad y para el trabajo de organización del mismo en Red que se estaba realizando. En la ciudad irrumpieron 3000 camas de los hospitales Borda y Moyano (Soriano, 1994).

En 1998 el Ministerio de Salud y Acción Social dicta la Resolución 245/98 Plan Nacional de Salud Mental, que -se dice en su texto- haber sido consensuadas sus pautas básicas con las jurisdicciones provinciales. Entre los Propósitos de este Plan se menciona: “Optimizar las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales a través de estrategias de descentralización, educación y participación comunitaria y construcción

colectiva, tendiendo paulatinamente a la atención del paciente en su propia comunidad, conservando sus vínculos familiares y con su medio social.”*** Entre los Objetivos del Plan considero necesario destacar, a los fines de este trabajo, el que plantea: “Estrategia de desmanicomialización mediante la adecuación paulatina de los hospitales psiquiátricos consolidando otras estrategias alternativas a los mismos. (...) Esta reconversión paulatina y gradual de los establecimientos manicomiales neuropsiquiátricos se extiende a otros sistemas hospitalarios y sanatoriales públicos y privados en la medida del progreso en la incorporación de otras diferentes alternativas y modalidades de tratamiento que eviten el aislacionismo y la cronificación”****.

He considerado particularmente esta Resolución pues, aunque no dejó demasiadas huellas concretas, parece haberle servido en algo a la gestión del autor, ya que la ha retomado durante la misma.

De este recorrido histórico que he realizado en función de cuestiones aludidas en el texto del autor, quisiera destacar que es desde la experiencia de Río Negro que comienzan a plantearse alternativas más importantes de reformas en Salud Mental en nuestro país, acompañadas del discurso acerca de la *desmanicomialización*. Pero es dable indicar que las críticas al modelo manicomial estaban presentes desde mediados de la década del '50.

2.- Año 2002, Primeras Propuestas

El autor enmarca la propuesta presentada por la Unidad Coordinadora Ejecutora en Salud Mental y Comportamiento Saludable a su cargo desde el año 2002, que continúa desde su inicio en el gobierno de Eduardo Duhalde, en las 10 Recomendaciones Generales de la OMS (2001, pág. 110), que transcribe extensamente.

Es necesario remarcar que la Recomendación 3, Prestar Asistencia en la Comunidad, es el eje central de cualquier proceso de Reforma en Salud Mental, ya que en ella se explicita “(...) que los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales”.***** Sin embargo, cuando se analizan los documentos presentados en este artículo de Di Nanno, no se encuentran señales contundentes de tal objetivo por parte de su gestión.

(*) *Ibidem*.

(**) Dirección Nacional de Salud Mental. “Lineamientos en Salud Mental”. Buenos Aires, 18 de septiembre de 1989. Mimeo.

(***) Resolución Ministerial Nº 245/98 “Plan nacional de Salud Mental”

(****) *Ibidem*.

(*****) *Ibidem*

Por ejemplo, el Plan Nacional de Salud Mental de la Resolución 245/98 que hemos ya mencionado, ha sido retrabajado con las provincias por la autoridad nacional en La Falda, Córdoba, en noviembre de 2004. Esta reformulación del Plan –que aún no ha obtenido formalización en una Modificatoria– se encuentra transcrita al final del texto del Dr. Di Nanno y que él señala considerar la Base del Plan Federal de Salud Mental.

Señalaré las modificaciones que me parecen más significativas, surgidas de la comparación de ambos documentos:

1) En los Antecedentes se alude al proceso de cambio y transformación de los modelos sanitarios producido en los últimos años y que tienden a la transformación de las “prácticas tradicionales” (sin aclararlas) hacia un modelo de atención comunitaria. Menciona la incorporación de nuevas prácticas y avances científicos en cuanto a técnicas de abordaje (sin aclarar a qué se refiere) y sí introduce la “psico-farmacología”.

2) Se sustituyen los conceptos “trastornos mentales” y “enfermo mental” por el de “personas con padecimientos psíquicos”.

3) Se sustituye la “estrategia de desmanicomialización” por “estrategias transformadoras de los dispositivos existentes”, aunque propone la sustitución de las prácticas manicomiales. En esta Modificatoria no se propende, por lo tanto, a la “reconversión paulatina y gradual de los establecimientos manicomiales neuropsiquiátricos”, como sí lo hace la Resolución.

El autor transcribe luego textualmente un documento del año 2002, publicado en la página web del Ministerio de Salud de la Nación, donde se exponen los Propósitos, Objetivos y la Estrategia e Implementación del Plan de Acción.* En este texto, en los Propósitos se incluye la “reformulación de instituciones psiquiátricas y asilares”, sin explicitar en qué dirección se orientará la misma. Entre los Objetivos se encuentra “Promover la transformación de las actuales instituciones asilares y psiquiátricas del país, propiciando el desarrollo de estrategias de reinstitucionalización y/o desinstitucionalización de la atención procurando la reformulación de los modelos tradicionales”. Resulta difícil comprender qué significa la reinstitucionalización y/o desinstitucionalización si no se explicita con claridad de qué se trata. Luego, cuando se describe la Etapa 3 de la Estrategia e Implementación del Plan de Acción, no se utiliza lo que allí se expresa correctamente para definir cuál es el pensamiento de la Coordinación con respecto al resultado final acerca de los hospitales psiquiátricos.

Digo todo esto porque es necesario abordar la más polémica de las cuestiones en debate en el sector de la Salud Mental: la asignatura pendiente que implica la Reforma del sector en nuestro país.

Es indispensable que la autoridad nacional en el área fije una posición clara al respecto, aunque en respeto al federalismo busque acuerdos con las provincias y debata con ellas. La función de rectoría que le corresponde le otorga la autoridad suficiente para expresar qué espera del diseño de la política en salud mental y coadyuvar en la definición de la misma.

3.- Las acciones y la construcción de un plan

En relación a este punto, coincido con el autor cuando, al final del mismo manifiesta que en la Ciudad de Buenos Aires no hubo “decisión política de las autoridades de salud de apoyar un verdadero proceso de reforma”. Sin embargo, asombra el desconocimiento que efectúa sobre el proceso político iniciado en la Ciudad de Buenos Aires a partir del cambio de estatuto jurídico de la misma, otorgado por la Reforma de la Constitución Nacional de 1994. Resultado de este proceso político es la Ley N° 448/2000 de Salud Mental de la Ciudad, que se dictó luego de un fuerte debate y con la participación de los actores sociales, aún de aquellos que se oponían y se siguen oponiendo a la misma, como los gremios de trabajadores de los grandes hospitales y de las organizaciones médicas como la Federación Médica de la Capital (FEMECA) y la Asociación de Médicos Municipales (AMM). Importa señalar que la Ley deviene de lo que indican la Constitución de la Ciudad y la Ley Básica de Salud: la desinstitucionalización progresiva creando redes de servicios y de protección social.

En este punto de su texto, Di Nanno expresa lo que él piensa como lo más adecuado: que las instituciones asilares sean reconvertidas en centros sanitarios, quizás tomando como modelo la transformación llevada a cabo en la provincia de San Luis, que transformó el Hospital Psiquiátrico en un Hospital Escuela de Salud Mental. Pero recordemos que ese hospital tenía 100 camas y no había red de salud mental. Los grandes manicomios exigen revisar todas las experiencias y sacar conclusiones. En todo caso conviene aclarar que lo que parece ser su pensamiento no coincide con lo que proponen las Recomendaciones Generales de la OMS, en las que ha afirmado basar su propuesta.

Hasta aquí he procedido a efectuar una lectura crítica del texto que se me ha solicitado comentar. A

(*) Propuesta para una Política en Salud Mental. 2002. Suscripto por el Ministro de Salud y Ambiente de la Nación y publicado en www.msal.gov.ar/htm/site/salud_mental_propuesta.asp.

continuación expondré brevemente mis ideas y posicionamiento ante la Reforma en Salud Mental.

4.-De qué se trata la Reforma en Salud Mental

Se trata de *la transformación organizativa* en materia de salud mental que, en sus etapas más avanzadas, con el desarrollo de programas y estructuras alternativas a la institución manicomial, y con su gradual sustitución y progresivo desmantelamiento por innecesariedad, la Salud Mental Comunitaria culmina la renovación de la vieja psiquiatría asilar, iniciada en la segunda mitad del Siglo XX. Estoy dando una definición que implica una toma de posición: el desmantelamiento del hospital psiquiátrico cuando ya no hace falta, porque se han creado todas las instancias alternativas para la atención de las personas, no solamente con trastornos mentales sino con sufrimiento psíquico en un sentido amplio, y se hacen innecesarias ese tipo de estructuras.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, la mayor parte de los países desarrollados iniciaron un proceso de transformación de las viejas estructuras custodiales de la psiquiatría asilar, en un nuevo y heterogéneo dispositivo de servicios de salud mental que fueron constituyendo un nuevo modelo de atención en salud mental basado en la comunidad. Cuando se hace referencia a atención basada en la comunidad a veces no se entiende bien qué quiere decir esto; por ejemplo, un servicio de salud mental en un hospital general lo es, así como lo es un centro de atención primaria. Son estructuras articuladas, territorializadas en la comunidad, que implica que las personas pueden ser atendidas, aún si necesitan una internación breve, sin sufrir el desarraigo de su lugar habitual.

Las experiencias pioneras en la transformación fueron las Comunidades Terapéuticas en Inglaterra, la Política del Sector en Francia, la Psiquiatría Democrática en Italia –quizás la más conocida, llevada a cabo con el liderazgo de Franco Basaglia y que culminó con la Ley de Salud Mental N° 180 en 1978, y que ha funcionado como un cierto modelo y ejemplo en relación a otros países– y la Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos.

El movimiento italiano es actualmente el realmente consolidado, pues en Estados Unidos los manicomios siguen existiendo y Francia sigue teniendo hospitales psiquiátricos. Italia es el país que más ha avanzado en el cierre de estos hospitales; también se está dando este proceso de transformación en España

desde los años 1985-86. En Latinoamérica es Brasil el país, que con un movimiento social previo, viene llevando adelante un movimiento de reforma, que obtiene su legislación en el año 2001.

Los movimientos institucionales del siglo XX resultan, como lo señala E. Galende, de los *modos históricos* en que los problemas de Salud Mental se han planteado y fueron abordados (Galende, 1990), tanto por motivos teóricos, políticos y prácticos. Esto ¿qué quiere decir? Que es a partir de mediados del siglo XX, con el auge y reconocimiento de los derechos humanos y sociales como efecto de la Segunda Guerra Mundial, comienzan a instalarse estas cuestiones frente a la dificultad de la psiquiatría para dar respuesta a los nuevos problemas que se le presentaban y, además, por el cuestionamiento surgido en la sociedad respecto de estas instituciones que el nazismo ayudó a develar; es decir, las relaciones de poder que se producen en las instituciones asilares, similares en algún punto a las de los campos de exterminio. Por eso, dice Galende, hay que partir de la idea de que estos movimientos institucionales no son una continuidad de la psiquiatría en la llamada Salud Mental ya que es el momento en el que se comienza a producir el pasaje de la psiquiatría positivista a las políticas en salud mental, como políticas dirigidas a un sector de las problemáticas humanas.

Es en este contexto donde deberían tener plena vigencia los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que los organismos internacionales han promovido desde 1948 y que nuestro país ha incorporado al rango constitucional desde la reforma de la Constitución Nacional en 1994. De allí que, a partir de la incorporación de estos Pactos y Tratados Internacionales sobre Derechos, se agudice la crítica al modelo de atención custodial.

Tal como lo resume Alfredo Kraut (2006), “En 1990, en la Declaración de Caracas, se exhortó a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los parlamentos, los sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y a los medios de comunicación de cada Estado, a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica, asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la región”.

En dicha Declaración, resultado de la Conferencia impulsada por la Organización Panamericana de la Salud, se reconocieron los derechos de las personas con discapacidades mentales a partir de considerar que “la atención psiquiátrica convencional” no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa,

(*) Se refiere al hospital psiquiátrico o manicomio.

integral, continua y preventiva” (González Uzcátegui y Levav, 1991).

Sintetizando, la Declaración de Caracas plantea que es necesaria la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; propicia la internación psiquiátrica en hospitales generales, propende a la permanencia del enfermo en su medio comunitario y que los cuidados y tratamientos provistos estén basados en criterios racionales y técnicamente adecuados.

Entre el conjunto de recomendaciones que esta Conferencia Regional elaboró destacaré las número 15 y 19, referidas a que se considere el reemplazo gradual del hospital psiquiátrico como centro hegemónico de la asistencia y se dirija a lograr su inserción en el sistema general de atención de salud de la población y que la legislación desaliente o evite la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, la ampliación de los existentes y la utilización de estructuras de alta concentración de plazas (camas).

En estas recomendaciones no se propicia el cierre de los hospitales psiquiátricos, sino su reemplazo como centro hegemónico de la atención, es decir, integrarlo al sistema de salud mental; pero en las Recomendaciones Generales de la OMS en 2001 (pág. 110) ya se produce un cambio fundamental. Hemos mencionado ya la Recomendación 3: *Prestar Asistencia en la Comunidad* que dice que “los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria...”. Y agrega: “Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido”. Es decir, si uno analiza esto en profundidad, nos vamos dando cuenta que el sector de la Salud Mental no es el único responsable de producir los grandes cambios, sino que hay sectores vinculados a las políticas sociales que deben coadyuvar en este proceso.

En este Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, dedicado a la Salud Mental, la OMS señala que la *desinstitucionalización no es sinónimo de deshospitalización* y dice: “Cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro deben hacerse a un tiempo, por etapas bien coordinadas. Un proceso de desinstitucionalización correcto tiene tres componentes esenciales:

- la prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios.

- el reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados y

- el establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados” (OMS, 2001, pág. 51).

Me interesa mencionar lo que, ya en 1985, planteaban en España la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica –notemos que se había organizado una Comisión que estaba preparando los temas vinculados a la reforma psiquiátrica–, cuando hacían referencia a las bases, principios y objetivos de la Reforma; es decir, qué elementos la definen:

- Integración en el sistema general de servicios sanitarios;

- La territorialidad, accesibilidad y continuidad asistencial;

- La interdisciplinariedad;

- La organización comunitaria, predominantemente ambulatoria en una red integral de servicios de salud mental, con suficientes recursos y lo más completa posible para dar respuesta a las necesidades y demandas preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras de los enfermos mentales;

- La defensa de los derechos de los enfermos, punto central de una reforma;

- La desinstitucionalización, elemento esencial de la Reforma. Sin el desmantelamiento del manicomio, mediante programas de reinserción y estructuras residenciales y rehabilitadoras alternativas, no existe Reforma Psiquiátrica propiamente dicha.

Y afirman: “El asilo no es el complemento posible de una organización psiquiátrica comunitaria. Sería infravalorar la capacidad de autoalimentación del poder asilar y de su lógica * (...) La persistencia del asilo es la persistencia de la psiquiatría asilar, la continuidad de las relaciones de poder y la dinámica interna de la organización, la reforma aparente del mismo modelo de servicios, sin ninguna clase de cambios importantes en la distribución de los recursos y los presupuestos” (González de Chávez, 1993).

Este es el debate que atraviesa el campo de la Salud Mental en Argentina y no debe ser eludido. Pero este debate no atraviesa al conjunto de la sociedad argentina. La acción de la autoridad nacional podría, si fuera su propósito, aportar a la inclusión del tema en la agenda social y construir apoyos para

(*) Ésta era una de las cuestiones que planteaba Franco Basaglia cuando decía que, de permanecer los hospitales psiquiátricos, la lógica de estas estructuras terminaría fagocitando al resto de las alternativas preparadas.

su gestión, logrando incluirlo también con fuerza en la agenda del Estado.

BIBLIOGRAFÍA

- Bermann, G. (1965). *La Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós, 1ª. ed.
- Carpintero, E. y Vainer A. (2004). *Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I: 1957-1969*. Buenos Aires: Topía. 1ª. ed.
- Carrillo, R. (6 de octubre de 1949). El problema de la asistencia de los enfermos mentales. Conferencia pronunciada en el Congreso de Psiquiatría de La Plata. En Ramón Carrillo, (1974). *Clasificación sanitaria de los enfermos mentales*. Obras Completas, Tomo V. Buenos Aires: Eudeba.
- Carrillo, R. (12 de febrero de 1951). Introducción al conocimiento de la Salud Pública. Conferencia pronunciada en el Colegio Nacional de Buenos Aires. En Ramón Carrillo, (1974). *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Obras Completas, Tomo II. Buenos Aires: Eudeba.
- Dirección Nacional de Salud Mental (1989). *Lineamientos en Salud Mental*. Buenos Aires: Mimeo.
- Fernández Mouján, P. (1991). Balance de gestión. Entrevista con Vicente Galli. *Semanario Debates. Psicología y Psicoanálisis*. I, 4 -5.
- Ferro, R. (1989). *Análisis y Evaluación del Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud Mental en Argentina 1983-1989*. Buenos Aires: OPS/OMS-Dirección Nacional de Salud Mental.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. 1ª. ed. Buenos Aires: Paidós.
- Galli, V. (1986). *Salud Mental: definiciones y problemas*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental.
- Goldenberg, M. (1983). Relato de mi más querida experiencia docente-asistencial. En Luis Horstein, *Introducción al Psicoanálisis*. Buenos Aires: Trieb.
- González de Chávez, M. (1983). Posibles indicadores para el análisis de las reformas psiquiátricas. En Víctor Aparicio Basauri, (Coord.). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- González Uzcátegui, R. y Levav, I. (1991). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su implementación. Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración Psiquiátrica realizada en Caracas, Venezuela, del 11 al 14 de noviembre de 1990*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud-
- Kraut, A. (2006). Derechos Humanos y salud mental en Argentina. En Emiliano Galende y Alfredo Kraut (Eds), *El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2002). *Propuesta para una Política en Salud Mental*. www.msal.gov.ar/hm/site/salud_mental_propuesta.asp,
- OMS (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Autor.
- Poder Ejecutivo Nacional, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (1958). *Decreto-Ley N° 12.628/1957*. Buenos Aires: Autor
- Selser, C. (12 de julio de 1990). Todo es kafkiano y no tuve apoyo político. (Entrevista a Ángel Fiasché). *Diario Página 12*, p.8.
- Soriano, R. (1 de septiembre de 1994). *La política en Salud Mental hoy*. Mesa Redonda, organizada por la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.