

“Atención Primaria de la Salud y Salud Mental : la articulación entre dos utopías”

...”nunca como en estos tiempos, el futuro de la salud mental y la organización disciplinaria de sus cuidados dependen de los rumbos del Estado, de la conformación de lo público y de la respuesta que la sociedad y la cultura tengan para estas direcciones”....

Emiliano Galende (1997)

Alicia Stolkiner astolkiner@unla.edu.ar¹
Romina Solitario rsolitar@fibertel.com.ar

Introducción

El padecimiento mental constituye un problema de reconocimiento creciente. Los desórdenes mentales suman el 12% de la carga global de morbilidad a nivel mundial. Se calcula que en 2020 el 15% de los años de vida sin discapacidad perdidos serán atribuibles a problemas mentales y que los países en vías de desarrollo verán incrementada la carga de morbilidad debida a ellos en las próximas décadas (WHO, 2003). En la producción de este tipo de problemática operan las articulaciones entre la economía, las formas institucionales societales y la vida cotidiana de las personas, en rápida y dramática transformación en el período (Stolkiner, 1994). El incremento de la brecha de desigualdad en la distribución de la riqueza social, la pobreza, la precarización de las condiciones en las que se ancla la seguridad e identidad en las personas (Feijoo,2001) y los fenómenos consecuentes de desafiliación (Castel,1997) complejizan la producción de padecimiento en las dimensiones subjetivas del proceso de salud/enfermedad/atención (Desjarlais,R. et al, 1997; Stolkiner A,2001).

Los costos sociales y económicos de estos problemas son altos, particularmente porque afectan a personas jóvenes en edad productiva y porque la situación suele implicar e insumir recursos y esfuerzos de las unidades familiares en forma prolongada. A estos costos directos se suman los indirectos por pérdidas de producción que exceden a los directos en una proporción de dos a seis veces mayor (OMS, 2003). Es aún más grave el hecho de que las personas que padecen problemas tradicionalmente abordados por la psiquiatría son víctimas de exclusión y de falta de garantía de derechos (OMS,1996; Dunn 2000) agregando a los costos económicos los costos sociales y simbólicos de naturalizar procesos segregativos.

Frente a estos problemas crecientes, existe una brecha importante de atención y acceso a los servicios de salud mental, que en los países de América Latina superaría

¹ Agradecemos a Emiliano Galende la lectura y comentarios del texto previo a su publicación.

el 50% de las personas afectadas (Kohn et al, 2004). Según un estudio de la OMS (Proyecto ATLAS 2000-2001) el 41% de los países no tiene definida una política de salud mental; sólo el 28% destina un presupuesto especial para el área y de ellos el 36% le asigna menos del 1% de su presupuesto total en salud. El 37 % carece de centros de atención comunitaria de salud mental, la provisión de psicofármacos esenciales en el primer nivel es baja y el 65% de las camas destinadas a salud mental se encuentran en hospitales psiquiátricos monovalentes (OMS, 2002)

En los países donde no se han implementado los procesos de reforma de los servicios de salud mental, la atención suele tener consecuencias altamente iatrogénicas, llegando a producir --el modelo de internamiento prolongado-- más daño que la enfermedad misma.

Por las razones expuestas, la reforma y provisión de servicios de salud mental es considerada una necesidad. La OMS plantea la urgencia de analizar, reevaluar y reformar los servicios de salud mental aún con recursos limitados. Los lineamientos generales de tales transformaciones serían:

- cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos,
- desarrollo de servicios comunitarios de salud mental,
- disponibilidad de medicamentos psicotrópicos esenciales,
- creación de vínculos entre el sector salud y otros sectores,
- garantía de accesibilidad y equidad (OMS, 2001).

Simultáneamente plantea abogar por la defensa de los derechos de los pacientes y la disminución del estigma, base de las situaciones de exclusión (Link, 2001, OMS 2002).

En América Latina hay un profundo debate sobre los efectos y resultados, en la salud de la población y en los sistemas de atención en salud, de las reformas promercados consecuentes a la aplicación de los principios del Consenso de Washington en el subcontinente. El debate promueve la revisión de los efectos de tales reformas sectoriales. Los principios que las fundamentaron, actuaron sobre los postulados de las reformas psiquiátricas imprimiéndole una particular centralidad a la toma de decisiones en función del análisis de costo efectividad y a la necesidad de disminuir los gastos de los estados. Al final de estos procesos, los sistemas de salud de la región distaban de ser equitativos y de garantizar el acceso a todos los ciudadanos. En cuanto a las reformas psiquiátricas, la propuesta de la Declaración de Caracas (1990) no es todavía aplicada como sería de esperar a más de quince años de su enunciación.

La revitalización de la estrategia de atención primaria de la salud en este nuevo período (OPS/OMS, 2005) abre una oportunidad para retomar y profundizar los objetivos de las reformas en salud mental. En la base de esta posibilidad está la ligazón entre los principios y componentes de la APS y los postulados y requerimientos de las reformas en salud mental de enfoque comunitario. Al revitalizarse las políticas que hacen énfasis en la responsabilidad social y estatal sobre la efectivización de derechos de ciudadanía social, se generan condiciones de posibilidad para retomar los rumbos de las reformas psiquiátricas incluyentes. Desde hace décadas se sabe lo que es necesario hacer tanto en APS como en salud mental, el desafío es cómo concretar estas transformaciones que operan con el atractivo de las utopías y con la dificultad de los cambios que requieren la ruptura de prácticas institucionalizadas cuyos actores tienden a mantenerlas en función de intereses sectoriales o corporativos.

En este trabajo trataremos de reflexionar sobre las articulaciones posibles entre la Atención Primaria de la Salud, en sus diversas interpretaciones, y la salud mental comprendida como un campo de prácticas sociales. Para ello el desarrollo seguirá los siguientes pasos:

- Historizar y ubicar conceptualmente el campo de la salud mental y el nacimiento de las políticas en salud mental.
- Diferenciar la estrategia de APS en el contexto de sistemas universalistas de salud (APS Integral) de la derivación focalizada de APS como coberturas básicas o esenciales (Atención Primaria Selectiva).
- Diferenciar entre Salud Mental en Atención Primaria de la Salud y Enfoque de Atención Primaria en Salud Mental.
- Debatir las estrategias que se derivan de las distintas articulaciones posibles entre los tipos de APS y la salud mental.
- Reflexionar sobre las perspectivas actuales.

I: La Configuración del Campo de la Salud Mental: Del modelo asilar manicomial a las políticas en salud mental-razones de estado.

La psiquiatría nace como rama de la medicina a fin de responder a una demanda de época consecuente al nacimiento de los estados modernos. Esto es lo que Michel Foucault (Foucault M, 1967) conceptualizó como su nacimiento político, en el contexto de la Revolución Francesa. En una ciudad pensada para el libre deambular de los ciudadanos en los espacios públicos, y en una sociedad donde se suponía que los sujetos regidos por la razón realizaban las elecciones necesarias para posicionarse libre e individualmente, fue necesario definir un espacio material y simbólico para alojar la “locura” y tutelar a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse “alienados”.

Se suponía una sociedad compuesta por sujetos racionales que tomaban decisiones en función del máximo beneficio al menor costo --el sujeto por definición de la economía clásica y neoclásica— y que se desarrollaba armónicamente por el motor de la competencia mercantil. El estado era el garante del cumplimiento de este contrato y debía también definir los espacios para quienes resultaban disruptivos o fracasaban, de allí el nacimiento de instituciones asistenciales fundadas en la lógica filantrópica², y sostenidas en una articulación entre ciencia y moral. A la par que se establecía la representación de sujeto de derechos ciudadanos, se delimitaban todas las excepciones al ejercicio de estos. La privación de derechos, en la institución de la tutela, pasó a ser encubierta por el supuesto de cuidado o de curación. “La compasión por el que sufre estableció una nueva relación social que no se fundamentó en la reciprocidad sino en la subordinación. Se instauró una relación de tutela en la que se basó toda la política asistencialista, según la cual los niños, los locos y también las mujeres —que estaban sometidas a la autoridad paternal o marital— sufrían una minoría social, no eran sujetos de derecho.” (Bayón, S. 2000, pag.228)

² La filantropía según J. Donzelot es una estrategia despolitizante que ocupa una posición neurálgica equidistante entre la iniciativa privada y el estado en el establecimiento de servicios colectivos. Su esencia consiste en que la asistencia brindada no genere derecho (Donzelot, 1977).

En este contexto, la nueva rama de la medicina —la medicina “mental”— instituyó los que anteriormente eran establecimientos de reclusión como espacios de curación. Al respecto dice Emiliano Galende: “El gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia a un tratamiento compulsivo de los enfermos”. (Galende, E., 1990). En esta confluencia se consolida la institución asilar-manicomial que será el paradigma de la medicalización de la locura.

La medicalización no fue privativa de la psiquiatría. Es una faceta de un proceso en el cual la ciencia moderna, supuesta de producir un conocimiento objetivo y verdadero, externo a los intereses y ópticas —eventualmente contrapuesto— de los diversos sujetos sociales, se instituyó como razón de poder reemplazando el lugar de la religión. El positivismo como pensamiento hegemónico planteó la ciencia como garante de la racionalidad del orden social.

La medicina fue llamada a ejercer un papel de ordenador en nombre del bien de los sujetos y del desarrollo de la sociedad. Esto es lo que Jaques Donzelot muestra en su análisis del policiamiento de la familia:” hay un *polo médico higienista* que no trata de contener la demanda inflacionista del papel del Estado, sino, al contrario, de utilizarla como instrumento directo, como *medio material* para conjurar el peligro de la destrucción de la sociedad por el debilitamiento físico y moral de la población.....la tendencia médica es la consecuencia necesaria de la tendencia industrial, ya que la influencia que esta última ha ejercido sobre la salubridad está fuera de toda duda, en el sentido que ha multiplicado el número de peligros a los que las poblaciones manufactureras están, por lo general, mucho más expuestas que las poblaciones agrícolas” (Donzelot, J.,1979, pag. 59).

El modelo médico alienista conjugó estos intereses políticos con los de una corporación naciente que se delimitó como “especialidad médica”: ...” el triunfo histórico del alienismo se debe a que supo aunar ---o más bien no disociar— un entramado médico, garantía de respetabilidad científica, y un entramado social, el de los filántropos y reformadores del período posrevolucionario a la búsqueda de nuevas técnicas asistenciales” (Castel R., 1980).

A principios del siglo XX este modelo comienza a ser cuestionado por el Higienismo Mental naciente. En 1909 Clifford Beers funda el Comité Nacional de Higiene Mental en USA. Las transformaciones de la psiquiatría bajo el influjo del higienismo son descritas así por Leo Kanner :..” lo que solía ser considerado como una entidad patológica circumscripita se miraba ahora como la actividad nociva de una persona, a veces de fundamento orgánico reconocido, a menudo sin esa etiología ...pero siempre impregnada por los factores de personalidad y el medio. La psiquiatría salió de los manicomios, se divorció de las restricciones impuestas al concepto legal de insania de encierro y se dedicó a atender toda clase de conducta humana defectuosa, de cualquier intensidad”... (Kanner L., 1971, pag 43).

Aunque el Higienismo Mental criticó las condiciones del modelo asilar, no logró modificar los principios de privación de derechos o el modelo de la reclusión que lo caracteriza, no obstante dio los primeros pasos para abrir las perspectivas de las prácticas tradicionalmente circumscripitas al asilo. Pese a ello, recién en la segunda

mitad del siglo XX -- en la posguerra-- se inician los procesos de reforma psiquiátrica en el marco del nacimiento de las políticas en salud mental.

A partir de la crisis del 30, la reformulación del Estado bajo el influjo del keynesianismo generará --para las prácticas y las concepciones en salud-- un contexto de profundas transformaciones con el nacimiento de las políticas sociales universales, en reemplazo de la filantropía de los estados liberales. A los fines de este trabajo importan las políticas en salud y en relación a ellas las políticas en salud mental. Los Estados Sociales o de Bienestar, tuvieron su mayor desarrollo en los países centrales en el período que va de la posguerra hasta la crisis de mediados de los 70. En ese período, y durante uno de los procesos más sostenidos de expansión económica capitalista, el mundo se reorganizaba de manera bipolar y surgían las Naciones Unidas como organismo internacional de negociación y búsqueda de consenso.(Stolkiner, A,2003/2004).

Esta nueva concepción del estado y de los derechos, se refleja en la definición de salud que enuncia la Organización Mundial de la Salud en su nacimiento (1946): "Salud es estado de completo bienestar: físico, psíquico y social, y no solamente ausencia de enfermedad". Se trata simultáneamente de una definición teórica y política que, en la fundación de un organismo de concertación internacional, propone asumir la salud como un objeto complejo y como una responsabilidad social. Señalemos, casi anecdóticamente, que si se omite las palabras "de completo", salud se define como "estado de bienestar" o welfare-state.

Varios fueron los factores que confluyeron y posibilitaron estas reformas:

- La necesaria y acelerada reconstrucción de los servicios de salud devastados tras la guerra, incorporando coberturas universales y estructuración de los sistemas,
- El crecimiento de las posiciones humanistas surgidas tras la guerra, que revalorizaron la defensa de los derechos humanos,
- la entrada en la escena política de sectores populares, progresistas y democráticos que se mostraron dispuestos al cambio (Galende E., 1994),
- El acelerado desarrollo de la psicofarmacología que proveyó una herramienta inédita para controlar, en el doble sentido del término, la sintomatología psiquiátrica que fundamentaba la reclusión, privándola de un soporte argumental (Stolkiner, 2003).

Las políticas en salud mental, emergentes en este período, propugnaban la desaparición de la internación prolongada, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad. Su meta era evitar los probados efectos iatrogénicos del confinamiento y atender la enfermedad en el contexto social de la persona, resguardando sus derechos. No es tampoco ajeno a estas transformaciones el hecho de que, al configurarse los sistemas universales de salud, la presencia de numerosas camas hospitalarias ocupadas infructuosamente --desde la lógica curativa-- por pacientes psiquiátricos apareció visiblemente como un problema.

En 1953 la OMS recomendó la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, adoptando el modelo propuesto por Inglaterra. (Galende, E., 1990). Simultáneamente se desarrollan experiencias alternativas en diferentes países.

Sobre este proceso dice Emiliano Galende (1990) : "En los años cincuenta... se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. I.Goffman muestra en E.E.U.U. la creación de una nueva patología por el internamiento. Crecen en todo el

territorio norteamericano las socioterapias y las comunidades terapéuticas. Cuando llega la ley Kennedy en 1963, con el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria, el terreno estaba abonado. En Francia, a partir de Saint-Alban y con el apoyo del Frente Patriótico, se promulga la reforma sanitaria y la creación del Sector como, como nueva política en Salud Mental. En Italia..., el Frente Democrático ..reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas ,para luego, con Basaglia, desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de salud mental. *Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que , por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas en salud mental”* (Galende E. ,1990, pag 146).

Las políticas en salud mental resultaron tan diversas como lo son los contextos y estados en que se desarrollaron, en la mayoría subyacía también la necesidad de mantener dentro de los límites del ordenamiento los conflictos que se generan por las tensiones propias de la sociedad. No obstante hay algunas tendencias que, en términos generales, pueden señalarse como implícitas o deseables en las propuestas de reformas psiquiátricas:

- Centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no en el de enfermedad mental.
- Romper el supuesto o representación de peligrosidad asociado a la reclusión. Modificar las reglas jurídicas al respecto.
- Proponer formas ambulatorias e integradas a la sociedad de atención a las patologías psiquiátricas tradicionales.
- Trabajar sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social comunitaria en actividades de promoción de la salud.
- Incorporar la conceptualización de ciudadanía y de derechos como componente de la práctica curativa y preventiva.
- Reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Además de estos enunciados y propósitos, debe reconocerse que al campo de la salud mental al configurarse como tal desarrolló actores y conflictos específicos que debe ser considerados estratégicamente cuando se piensa en los procesos de reforma³.

Teniendo en cuenta sus coincidencias, resultó “natural” que los postulados de las nuevas políticas en salud mental confluyeran con las propuestas de Atención Primaria de la Salud. En 1990, la Declaración de Caracas, conclusión de la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina de la OMS/OPS, planteaba la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud. Pero las vicisitudes de ambas propuestas: la de atención primaria de la salud y la de las reformas psiquiátricas producirían distintos modelos de aplicación y diversas posibilidades de enlace en las décadas siguientes.

³ Bourdieu define el campo de la siguiente manera:“En las sociedades altamente diferenciadas , el cosmos social está constituido por el conjunto de estos microcosmos sociales relativamente autónomos, espacios de relaciones objetivas que forman la base de una lógica y una necesidad específicas que son irreductibles a las que rigen los demás campos” (Bourdieu, 1995)

II. Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: articulaciones posibles.

Cuando en 1978 se enuncia la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Alma-Ata, los procesos de reforma psiquiátrica se encontraban en curso en varios países capitalistas desarrollados. En ese mismo año, en Italia, se aprobaba la ley de Salud Mental, por la que se suprimían las internaciones prolongadas y compulsivas, instalando formas descentralizadas y comunitarias de atención y reinserción de los pacientes. La psiquiatría democrática italiana fue, probablemente, la transformación más radical de los modelos de atención psiquiátrica en ese período, y evidencia el carácter político de todo proceso de reforma.

Estas reformas se enmarcaban, en los países europeos, en la consolidación de los estados sociales y el desarrollo de políticas en salud universalistas. Los sistemas de atención en salud hospitalocéntricos, con asignación prioritaria de recursos a la atención de la enfermedad y escasas estrategias de promoción y prevención, eran cuestionados tanto en las políticas en salud mental como en las nuevas formas de asistencia en salud cuyos postulados se reflejarían en la estrategia de Atención Primaria.

Pero también, desde mediados de los 70, había comenzado la crisis que derivaría en las propuestas de transformación pro-mercado de las sociedades, y en una variación del modelo de relación entre estado mercado y sociedad civil. Desde este punto de vista, la estrategia de APS enunciada en Alma Ata, reflejaba más el ideario de un período que se cerraba, el de los estados sociales, y habría de ser reinterpretada a la luz de las propuestas de reforma del estado y sus funciones que serían hegemónicas en las décadas siguientes.

Las metas de Alma Ata para el año 2000 no se lograron. Refiriéndose a la implementación de la estrategia de APS en el cuarto de siglo siguiente a su enunciación afirma un documento de OPS/OMS: "En diferentes grados los países adoptaron este modelo. Aunque no todos revisaron sus modelos de atención, se aproximaron más a las realidades epidemiológicas y demográficas de sus poblaciones en un intento de organizar la prestación de servicios de salud, y en algunos casos, desarrollaron procesos importantes de ampliación de las coberturas, básicamente a través de programas verticales. Estos esfuerzos fueron distraídos sin embargo por los procesos de reformas sectoriales, que al hacer énfasis en la disminución del tamaño del Estado, en la separación de funciones, la modernización y descentralización y en el cambio de filosofía financiera, disminuyeron el énfasis en los aspectos de extensión de la cobertura que se venían dando" (OPS/ OMS,2003).

Los enunciados de Alma Ata concretaban tendencias existentes de ampliación de cobertura e incremento de la participación, pero eran lo suficientemente amplios como para prestarse a diferentes interpretaciones y aplicaciones. Al amparo de las propuesta de reforma sectorial inspiradas en los lineamientos de los organismo financieros internacionales durante el período de endeudamiento, los principios de la APS quedaron subsumidos a la tendencia a reducir la responsabilidad del estado a la provisión de paquetes básicos o esenciales –de altas externalidades positivas-- y dejar el resto de las prestaciones libradas a la provisión del mercado (Homedes y Ugalde, 2005). Estas ideas, que comenzaron a desarrollarse luego de la crisis de los 70, fueron sistematizadas en el "Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud" del

Banco Mundial , que sería el norte de orientación de las reformas sectoriales en el período. Vale citar algunas afirmaciones de este documento:

- ... “Más allá de un conjunto claramente definido de servicios esenciales, el papel de los gobiernos en la esfera de los servicios clínicos debería limitarse a mejorar la capacidad de los mercados de seguros médicos y de atención en salud para prestar servicios discrecionales”....(pag. 58)
- ...“La prestación de servicios de salud estatales en un entorno no competitivo probablemente resulte ineficiente o de baja calidad”... (pag. 59)
- ..“Incluso las unidades familiares pobres están dispuestas a pagar por servicios de salud de mejor calidad y más confiables...el financiamiento comunitario en forma de cargo a los usuarios se ha convertido en una necesidad en los países de ingresos bajos”.. (pag. 165).
- .. “para prestar servicios clínicos esenciales es necesario dedicar una proporción mayor del presupuesto público de salud a los establecimientos de nivel más básico y, en especial, a las partidas ordinarias distintas de los sueldos” (pag. 163)...

(Banco Mundial, 1993)

Ya en 1979 la Fundación Rockefeller había promovido un encuentro sobre salud, población y desarrollo, que convocó a las principales agencias financiadoras. Este tomó como punto de partida el documento “Selective Primary Health Care and Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries” de Julia Walsh y Keneth S. Warren. Sin criticar de manera explícita a los postulados de Alma Ata, en la conferencia se hizo especial énfasis en el planeamiento basado en la evaluación costo-efectividad y se introdujo el término Atención Primaria Selectiva como alternativa (Cueto M,2004). En la APS selectiva se incorporaba como premisa la bondad del subsidio a la demanda en lugar de a la oferta. Este principio sostenía que, aún para estas prestaciones esenciales, era mejor someterlas a la competencia mercantil. Para ello el estado debía proveer vales o recursos para que las poblaciones pobres eligieran los servicios entre oferentes que podían ser estatales, organizaciones de la sociedad civil o privados. De esta manera aún la asistencia esencial creaba la posibilidad de producir ganancia privada a partir de fondos sociales, un objetivo claro de las reformas de políticas sociales del período.

El nuevo planteamiento despojaba a la APS de sus conceptos clave al esconder la insistencia en el desarrollo social y económico con equidad; al descartar la participación de la comunidad en la planificación y control del proceso estratégico; y al relegar a un segundo plano la colaboración y coordinación intersectorial. Esta APS despojada de su fuerza política (y por tanto inofensiva) se redujo a unas pocas intervenciones tecnológicas y puntuales de alta prioridad, determinadas por expertos internacionales en salud y no por la propia comunidad. La APS selectiva recibió apoyo financiero de los países más desarrollados y fue entonces aceptada por los organismos (Werner y Sanders,2000).

Bajo la influencia del pensamiento económico neoclásico, la Atención primaria de la Salud fue equiparada a un primer nivel de prestaciones esenciales para pobres : ...”el financiamiento por el sector público de la asistencia clínica esencial se justifica en razón del alivio de la pobreza y puede adoptar varias formas : subvenciones a los proveedores privados y a las ONG que prestan servicios de salud para los pobres, vales para que esas personas puedan pagar a los proveedores que ellas elijan , y prestación a los

pobres de servicios de salud públicos de forma gratuita o por debajo del costo”...(Banco Mundial , 1993, pag 5).

Los servicios clínicos esenciales recomendados en el documento de Banco Mundial no incluían ninguna acción destinada a las problemáticas clásicas de salud mental. En el caso de países que “que cuenten con recursos financieros y voluntad política para ir más allá del conjunto mínimo de servicios esenciales” proponen la posibilidad de ampliar el paquete básico, incluyendo “intervenciones cuya eficacia en función de los costos sería ligeramente menor a la de los servicios mínimos”, entre ellas el tratamiento medicamentoso de la esquizofrenia y la enfermedad maníaco depresiva (pag 118).

Esta interpretación de la Atención Primaria de la Salud como un primer nivel esencial para poblaciones desfavorecidas con prestaciones de bajo costo, fuertemente sostenidas en la colaboración voluntaria de miembros de la comunidad –especialmente de las mujeres-- fue considerada por algunos críticos de la propuesta como “medicina barata para pobres” o “atención primitiva” (Testa, M., 1985).

También en las políticas de salud mental impactaron estas ideas. Las instituciones asilares manicomiales son notablemente poco costo-efectivas, en un momento en que ese principio –el de costo efectividad—regía las decisiones sanitarias. La propuesta de hacer recaer en las unidades familiares , e indirectamente en las comunidades, una buena parte de las acciones que antes financiaba el estado, fundamentaba la externación de los pacientes psiquiátricos, pero no contemplaba la generación de servicios ambulatorios adecuados para la contención de la problemática. Casi como muestra del impacto de este ideario, el editorial de una revista científica planteaba que los manicomios desaparecerían cuando el estado los pusiera en manos de “empresarios audaces” capaces de “explotar la parte sana del enfermo psíquico crónico” (Vidal G,1986).

En base a los distintos momentos, se produjeron básicamente dos implementaciones de la atención primaria de la salud: una de sustento neoliberal que la definiría como un primer nivel de servicios esenciales o básicos, que fuera denominada Atención Primaria Selectiva (Cueto M, 2004) y una –con más ideario keynesiano, contenida en el documento original de Alma Ata-- que la considera una estrategia reordenadora de los sistemas con lógica universalista y basada en la idea de derecho , que suele denominarse Atención Primaria de la Salud Integral. La primera hacía desaparecer el componente participativo y político que estaba potencialmente contenido en la propuesta de Alma Ata, reduciendo la práctica a la aplicación tecnocrática de recetas sencillas de bajo costo.

En su documento de 2005 destinado a redefinir la Atención Primaria de la Salud en las Américas, la OPS/OMS reconoce cuatro enfoques de la Atención Primaria :

- APS Selectiva
- Atención Primaria
- Alma Ata- APS ampliada
- Enfoque de salud y derechos humanos

A los fines de este trabajo preferiremos considerar las dos posibilidades más excluyentes desde el punto de vista sustantivo: la APS selectiva y la ampliada.

Entendemos que la ampliada necesariamente incluye la de derechos humanos y que la selectiva suele subsumir a la que en el documento se menciona como Atención Primaria.

A su vez, la relación entre APS y Salud Mental reconocía dos enfoques posibles: el de la promoción de la salud mental y la integración de la misma en acciones generales de salud, y el de la respuesta al núcleo duro de las políticas en salud mental -- la persistencia de las internaciones prolongadas y crónicas— la atención comunitaria de las patologías psiquiátricas clásicas y la generación de programas de descentralización de los hospitales psiquiátricos. Puede hablarse de incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de atención primaria de la salud para el primer caso y de aplicación de los principios de la APS a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica para el segundo. Ambas posibilidades no son excluyentes. “Cuando la promoción de la salud mental tiene el objeto de mejorar la salud mental positiva en la comunidad , también podrá tener el resultado secundario de disminuir la incidencia de trastornos mentales....sin embargo los trastornos mentales y la salud mental positiva no se pueden describir como extremos diferentes de una escala lineal, sino más bien como dos componentes superpuestos e interrelacionados de un solo concepto de salud mental “...(OMS,2004).

Podemos sintetizar –con bastante esquematismo— en el cuadro siguiente las posibles concepciones de APS (numeradas como 1 y 2) y las dos posibilidades de relación entre APS y Salud Mental (numeradas como 3 y 4) a fin de considerar sus articulaciones.

Concepto de APS	Relación entre APS y Salud Mental
1. APS Selectiva :como primer nivel básico de atención esencial o Enfoque de focalización	3. Incorporación de salud Mental en APS : acciones integrales, promoción de la salud mental. (OMS,1990, 2004).
2. APS Integral : como estrategia reordenadora del sistema de salud en enfoque universalista	4. Aplicación de los componentes de APS a la atención en salud mental con eje en la desinstitucionalización

Las articulaciones posibles dentro de los componentes de este cuadro muestran las concepciones que se derivan en distintas propuestas, incluyendo diferencias que van desde los postulados sobre derechos hasta la asignación de recursos :

La articulación entre la opción 1 con las 3 y 4, derivará en:

1-3 Habilitación de agentes de la comunidad y agentes generales de salud para actuar sobre los nuevos problemas (violencia, consumo de sustancias, problemáticas de la niñez y adolescencia, detección y apuntalamiento de familias en riesgo etc) en programas específicos dirigidos a poblaciones “de riesgo”.

1-4 Provisión de medicamentos esenciales para patologías psiquiátricas en el primer nivel de atención. Externación de pacientes para liberar camas hospitalarias. Como se propone que los recursos economizados de esta manera sean *posteriormente* destinados a los servicios comunitarios la asignación de recursos para el soporte ambulatorio de los pacientes externados es escasa. Estas acciones se incorporan en programas focalizados a poblaciones pobres o fuera de cobertura de seguros. No implica necesariamente una reforma jurídica de fondo con respecto a la atención

psiquiátrica, dado que para hacerlo tendría que avanzar regulatoriamente sobre las prestaciones del sector privado y las prácticas corporativas ligadas a ello.

En ambos casos hay un especial énfasis en economizar en salarios de recursos humanos, particularmente los especializados. En las recomendaciones originarias de acción de APS, las resueltas en Alma Ata, se planteaba la necesidad de integrar las acciones de salud mental en la atención primaria, para ello se proponía que en el primer nivel estuvieran a cargo de personal general de salud debidamente capacitado. Para los recursos humanos especializados se reservaban funciones de capacitación y supervisión. En el primer nivel de atención – contando con agentes generales de salud adecuadamente capacitados-- se proponía desarrollar tanto las acciones de promoción de la salud mental como las de prevención y atención de las patologías específicas del campo (OMS, 1990). En el enfoque Atención Primaria Selectiva tales principios son transformados en una reducción casi absoluta de la intervención especializada. La asistencia queda limitada a la provisión de psicofármacos esenciales y al apoyo en educación e información a las unidades familiares y las redes informales comunitarias.

La articulación entre la opción de APS integral (2) con la prevención y promoción en general (3), y con las estrategias de desinstitucionalización (4), hace confluir los postulados más transformadores de la estrategia de APS con los objetivos iniciales de las políticas en salud mental. Según Emiliano Galende :...” la referencia a la Atención Primaria de la Salud para las propuestas que se hacen en Salud Mental implica un compromiso esencial en tres direcciones : a) Integrar un plan general, político, de captación de los problemas de la salud en las condiciones del bienestar general, físico, mental y social; b) integrar a la salud mental en particular a las políticas de una medicina social que sea capaz de llevar adelante, en forma global y abarcativa, no sólo cuidados de la enfermedad sino la promoción de la salud, y c) integrar a la comunidad, a través de sus organizaciones naturales, en todos los niveles de gestión en salud mental” (Galende, 1990,pag 219). Esta perspectiva reincorpora en el núcleo de la atención en salud mental la dimensión política de los derechos humanos y de ciudadanía e instituye una ética que trasciende el modelo de toma de decisiones basadas primordialmente en los cálculos económicos.

La articulación entre 2 y 3 permite pensar la incorporación de prácticas de salud mental en las acciones generales de salud a fin de reincorporar la dimensión subjetiva generalmente eludida en los modelos de atención, humanizandola. También incorpora la promoción y prevención relacionada con problemas psicosociales complejos en una perspectiva necesariamente intersectorial. En 2004 la OMS plantea:...” Los trastornos mentales están inseparablemente vinculados al tema de derechos humanos. El estigma, la discriminación y las violaciones de derechos humanos que sufren las personas y las familias afectadas por trastornos mentales son intensos y profundos.....Sin embargo, los problemas de derechos humanos van más allá de las violaciones específicas a las que están expuestas las personas con trastornos mentales. En efecto, las limitaciones en los derechos humanos básicos de individuos y comunidades vulnerables, pueden actuar como poderosos determinantes de los trastornos mentales. Por lo tanto no es de sorprender que muchas de las medidas de prevención efectivas estén en armonía con los principios de igualdad social, igualdad de oportunidades e igualdad de atención de los grupos más vulnerables.....*No se debe permitir que la búsqueda de mayor evidencia científica sobre la efectividad y la rentabilidad, se convierta en una excusa para dejar de implementar la urgente necesidad de políticas sociales y de salud’....(OMS, 2004, pag7).*

La articulación entre 2 y 4 deriva en políticas de desinstitucionalización dirigidas a recuperar la capacidad de ejercicio de ciudadanía por parte de los pacientes. Se trata de modelos en los que se generan dispositivos adecuados a la vulnerabilidad de las personas que padecen de dolencias psíquicas, y a las necesidades de los que deben superar los efectos de un proceso de institucionalización. Tales dispositivos deben ser espacios de subjetivación y por lo tanto romper con la objetivación disciplinaria de los pacientes. Debemos detenernos en este punto para señalar que la existencia de programas integrales no garantiza, de por sí, la ruptura de la objetivación del otro. Para ello es necesario un paso más en el reconocimiento de los límites del saber técnico disciplinario y la limitación del uso de dicho saber como herramienta de normatización.

La articulación entre el enfoque integral de APS y la salud mental, requiere de la decisión de establecer políticas explícitas en el área. La existencia de un plan de salud mental es considerado un elemento fundamental (WHO, 2005). En lo relativo a recursos y financiación, se reconoce que para el logro de los objetivos es necesario reservar asignaciones específicas. La OMS señala “tres recomendaciones clave en materia de financiamiento: 1. Liberar recursos para el desarrollo de los servicios comunitarios mediante el cierre parcial de hospitales, 2. Financiar provisionalmente la inversión inicial en nuevos servicios para facilitar el paso de la atención de los hospitales a la comunidad 3. Mantener fondos paralelos a fin de seguir financiando cierto nivel de atención institucional incluso después de establecidos los servicios de base comunitaria. Los fondos que se desvían de la desinstitucionalización rara vez bastan.” (OMS, 2001).

El debate sobre los recursos humanos se mantiene y adquiere complejidad. Persiste la propuesta inicial de capacitar al personal general de salud en la prevención y asistencia de problemáticas de salud mental, pero se amplía la perspectiva de lo que es necesario como asistencia específica. La propuesta de capacitar personal general de salud, tuvo el sentido de integrar los cuidados de salud general -- especialmente en países que no contaban con psiquiatras-- a partir del recurso existente, sin generar nuevos especialistas⁴. La situación de la Argentina es particular en este aspecto y amerita un debate profundo.

El planeamiento de estos procesos es estratégico. La transformación de las prácticas en salud mental no sólo implica cambiar representaciones sociales sino también tener en cuenta que existen actores que entrarán en conflicto con la propuesta, por ejemplo es frecuente la resistencia de algunas formas corporativas profesionales.

III. Perspectivas actuales:

El siglo XXI se inició con una nueva crisis en la que se revisan los resultados y consecuencias de las dos décadas anteriores. En un contexto de expansión de la economía mundial se produce un agotamiento de la confiabilidad en las reformas promercado y en la prescindencia de intervención regulatoria del estado, cuya función rectora se reflota, y reaparecen postulados de un discurso keynesiano redistributivo.

Como signo de esta fase, la “Declaración del Milenio” (Resol 55/02 del PNUD) pone en escena el problema de la inequidad y la pobreza y plantea objetivos (Objetivos del

⁴ La especialización o no de los recursos humanos en salud mental había sido ya tema de debate en la propuesta de Basaglia.

Milenio) dirigidos a fundamentar las políticas de los países miembros con miras a disminuir la desigualdad, la inequidad y atender a los problemas prioritarios que éstas han generado.

Este nuevo escenario va a coincidir con la propuesta de retomar y revitalizar la estrategia de Atención Primaria de la Salud como una condición esencial para alcanzar tales objetivos. En el documento de la OPS donde se plantea la revitalización de la APS para América Latina se reconoce : “Las prácticas de ajuste económico, las presiones de la globalización y el impacto de algunas políticas económicas neoliberales, junto con otros factores que se dieron durante la pasada década, son aspectos que han contribuido a las disparidades de la salud y del estatus social y de poder, dentro y entre los países de las Américas” (OPS/OMS, 2005 pag 7). Consecuentemente se apela a la noción de determinantes sociales en salud y se vuelve sobre conceptos integrales de la Atención Primaria.

Esta APS reformulada define **valores, principios y elementos** esenciales a todo sistema de salud basado en ella (OOS/OMS 2005):

Valores:	Principios:	Elementos:
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho al nivel de salud más alto posible • Solidaridad • Equidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar respuesta a las necesidades de la población • Orientación hacia la calidad • Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos • Justicia Social • Sustentabilidad • Participación • Intersectorialidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso y cobertura universal • Atención integral e integrada • Énfasis en promoción y prevención • Atención apropiada • Orientación familiar y comunitaria • Mecanismos de participación activa • Organización y Gestión óptimas • Políticas y programas pro-equidad • Primer contacto • Recursos humanos apropiados • Recursos adecuados y sostenibles

		<ul style="list-style-type: none"> • Acciones intersectoriales.
--	--	---

Simultáneamente a esta revitalización de la Atención Primaria de la Salud, hay desde la OMS una importante producción sobre salud mental. El 2002 es declarado por la OMS Año Internacional de la Salud Mental y como parte de ello se anuncia el Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Para estos años también, se elaboran un Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental, destinadas a fortalecer y promover la implementación de cambios y acciones en los países miembros.

En este mismo período, por otra parte, se comienza a propagar un neobiologismo extremo que intenta reducir todos los padecimientos subjetivos a problemas de origen genético o disfunciones comprensibles por las neurociencias. Ambas disciplinas —la genética y las neurociencias— han tenido un importante desarrollo y sus aportes pueden ser muy importantes para abordar las patologías del campo. Sin negar su valor, hay que reconocer que su utilización reduccionista tiene una función política: produce o propugna una representación hegemónica de la enfermedad mental descontextuada y ahistórica. En consonancia con ella la terapéutica sería esencialmente medicamentosa. De este modo, tal constructo de representaciones confluiría con ese actor poderoso del campo de la salud que es la industria químico farmacéutica que, a su vez, ha establecido múltiples lazos con las corporaciones profesionales y con gobiernos.

Esta concepción representa el otro lado de la escena, los actores que pueden antagonizar (como ya pasó con posterioridad a Alma Ata). Tenemos herramientas y conocimientos como para implementar importantes transformaciones en la atención en salud mental, como un elemento más de la profundización de la vigencia de los derechos. Los valores, principios y elementos de esta APS renovada son un marco absolutamente adecuado para el desarrollo de políticas en salud mental. Una vez más, como cuando la APS fue reducida a una atención mínima, sus planteos pueden ser criticados por idealistas o utópicos. Son el emergente de una faceta del conflicto de esta época, y su futuro dependerá de la estrategia desplegada para su concreción.

En cuanto a salud mental, si se lograra definitivamente la “normalización” de la atención del paciente psiquiátrico tradicional y la integración de las acciones de salud mental en las acciones generales de salud, el objetivo por el cual nacieron las políticas de salud mental habría culminado con éxito. Tal éxito sería, simultáneamente, su extinción como campo específico para integrarse en prácticas sociales y de salud que incorporen la dimensión de la subjetividad.

Bibliografía citada

Banco Mundial (1993) : Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993-Invertir en Salud , Washington.

Bayon, Silvia (2000) : “Las locas en Buenos Aires. Una representación Social de la locura en las mujeres en las primeras décadas del siglo XX” en el libro *La Política Social antes de la Política social*, comp. Jose Luis Moreno, Trama Editorial/Prometeo, Buenos Aires, 2000.

Bourdieu P. Y Wacquant J.D (1995).: "Respuestas-Por una antropología reflexiva" Ed. Grijalbo, 1995, México.

Castel, Robert (1980) : " *El Orden Psiquiátrico- La Edad de Oro del alienismo*" Ediciones de La Piqueta, Madrid.

Castel Robert (1997): "La Metamorfosis de la Cuestión Social-Una crónica del salariado". Ed. Piados. Buenos Aires

Cueto Marcos (2004) : "The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care" American Journal of Public Health | November 2004, Vol 94, No. 11

Desjarlais R.,Eisenberg L, Good B. y Kleinman A (1997) : "Salud Mental en el Mundo-Problemas y Prioridades en poblaciones de bajos ingresos" OPS/OMS.

Dunn Sara (2000): "All the Lonely People" Health Matters 39, England.

Donzelot, Jaques (1979) : *La policía de las familias* Ed. Pre-Textos , Valencia.

Feijoo, María del Carmen (2001): "Nuevo país, nueva pobreza" Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

Galende Emiliano:

- *Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica* Ed. Paidos, Buenos Aires, 1990.
- *De un Horizonte Incierto-Psicoanálisis y Salud Mental en la Sociedad Actual.* Ed. Paidos, Buenos Aires, 1997.

Homedes Núria, Ugalde Antonio : "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America" Health Policy 71 (2005) 83–96 . www.sciencedirect.com 11/4/06

Foucault Michel: *Historia de la Locura en la Época Clásica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1967.

Kanner Leo (1971) : *Psiquiatría Infantil* , Ed. Piados, Buenos Aires.

Kohn R, Saxena S, Levav I, & Sarraceno B (2004): "The treatment gap in the mental health care" Bulletin of the World Health Organization; 82:858-866.

Link B. y Phelan J. (2001): "On stigma and its public health implications". Conferencia: www.stigmaconference.nih.gov/FinalLinkPaper.html 24/03/06

OMS/OPS (1990) : "Declaración de Caracas" Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 11-14 de Noviembre de 1990.

OMS (1990) : " La Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria" Ginebra.

OMS (1996): "Guías Para la Promoción de los Derechos Humanos de las personas con enfermedades Mentales" División de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra.

OMS (2001): "Informe sobre la Salud en el Mundo 2001- Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas esperanzas" Ginebra.

OMS (2002) : "Programa Mundial de Acción en Salud Mental" Ginebra.

OPS/OMS (2003) : "Atención Primaria de la Salud y Desarrollo de Recursos Humanos" Madrid, España , 26 y 27 de Octubre 2003

OMS (2004) : "Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas" (Informe Compendiado del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht) Ginebra.

OPS/OMS (2005) : "Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas" Washington.

WHO (2003): "The Mental Health Context" en Mental Health Policy and Service Guidance Package, 2003.

WHO (2005) : " Mental Health Policy, Plans and Programs" en Mental Health Policy and Service Guidance Package Geneva.

Sarraceno B., Asioli F., Tognoni G. (1994) : "Manual de Saúde Mental- Guia Básico para Atenção Primária" , Editora HUCITEC, Sao Paulo 1994.

Stolkiner Alicia:

- (1994) : "Procesos de Ajuste y Salud Mental" del libro *"Políticas en Salud Mental"* Comp. de Osvaldo Saidón y Pablo Troianovsky - Ed. Lugar Editorial - Buenos Aires,
- (2001) : "Subjetividades de época y practicas de Salud Mental" Revista: Actualidad Psicológica. ISSN: 0325-2590. Año 26. Nro. 293. Buenos Aires, 2001
- (2003): "Nuevos Enfoques en Salud Mental". XIV Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. Buenos Aires, Septiembre de 2003.
- (2003/2004): "De la epidemiología psiquiátrica a la investigación en el campo de la salud mental" Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría, Volumen XIV- No 54, Diciembre de 2003-Enero de 2004, Buenos Aires.

Testa, Mario: "Atención Primaria o atención primitiva". *Cuadernos Médico Sociales*. Nro 34, Rosario, Argentina, 1985.

Vidal, G. : " Editorial" , Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. XXII, No 2, Junio de 1986, Buenos Aires.

Werner, D; Sanders D. (2000) Cuestionando la Solución. Las Políticas de Atención Primaria de la Salud y Supervivencia Infantil. Healthwrights, California.
www.healthwrights.org/publications.htm