



Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
ISSN: 1851-1686
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL. UN ABORDAJE HISTORIOGRÁFICO DESDE LA PSICOLOGÍA

Campodónico, Nicolás

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL. UN ABORDAJE HISTORIOGRÁFICO DESDE LA PSICOLOGÍA

Anuario de Investigaciones, vol. XXV, 2018

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369162253032>

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL. UN ABORDAJE HISTORIOGRÁFICO DESDE LA PSICOLOGÍA

Public policies in the field of mental health. A historiographic approach from psychology

Nicolás Campodónico nicolas_campodonico@hotmail.com
*Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología de La Plata,
Argentina*

Anuario de Investigaciones, vol. XXV,
2018

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Recepción: 04 Abril 2018
Aprobación: 18 Octubre 2018

Redalyc: [https://www.redalyc.org/
articulo.oa?id=369162253032](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369162253032)

Resumen: Se reconoce que en la actualidad nuevas condiciones históricas hacen de la Salud Mental un tópico de creciente preocupación tanto a nivel de política pública como de orientaciones teóricas. En el contexto de los cambios actuales, las políticas sociales, y las de salud en particular, se transforman en la redefinición de las funciones del Estado. Entonces, se propone analizar los avatares y contextos sociales, políticos, culturales, económicos, por los que ha atravesado en la historia de Argentina, las formulaciones y aplicaciones de políticas públicas en salud mental, tomando como período desde 1954 la profesionalización de la Psicología hasta la formulación de la Ley de Salud Mental en 2010, para de esta forma historizar las implicancias que se suscitaron en este período.

Palabras clave: Salud Mental, Política Pública, Influencia cultural, Historia.

Abstract: We recognize that currently new historical conditions make Mental Health a topic of growing concern both at the level of public policy and theoretical orientations. In the context of current changes, social policies, and health policies in particular, are transformed into the redefinition of the functions of the State. Then, it is proposed to analyze the avatars and social, political, cultural, and economic contexts, through which Argentina's history and formulations and applications of public policies in mental health have gone through, taking as a period since 1954 the professionalization of Psychology until the formulation of the Mental Health Law in 2010, in order to historicize the implications that arose during this period.

Keywords: Mental Health, Public Policy, Cultural Influence, History.

Introducción

En el contexto de los cambios actuales, las políticas sociales y entre ellas las de salud en particular se ven severamente transformadas en la redefinición de las funciones del Estado. Las prácticas en salud mental son, obviamente, atravesadas por estas políticas que generan preocupaciones y ocupaciones, análisis y reflexiones e implican movimientos y transformaciones constantes en dicho campo. Es en este sentido que apuntaremos a plantear el impacto de la articulación de las políticas públicas y las prácticas profesionales dentro del campo de la salud

mental, y para ello proponemos una producción historiográfica a fin de dar cuenta de los antecedentes de dicha articulación.

Para aproximarse a la trama de la historia de la psicología académica y profesional en Argentina, con sus personajes, sus instituciones, el juego de intereses, las transformaciones ideológicas, la diferenciación de períodos y procesos, es necesario acudir a los diferentes trabajos específicos en el tema de autores como Klappenbach, Rossi, Vezzetti, Vilanova, entre otros

Caracterizamos a la configuración del campo de la salud mental como un proceso que se fue dando a través del pasaje de un modelo asilar-manicomial hasta llegar a las importantes políticas en el campo de la salud mental que se desarrollan en la actualidad. Estas políticas en salud mental plantean a su vez hablar del recorrido desde el paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos. (Arriaga, Ceriani, & Monópoli, 2013) Ante la crítica al sistema asilar-manicomial, la generación de propuestas asistenciales diversas a ésta, es posible de ser situada en los comienzos de los años cincuenta en el siglo pasado. La redistribución operada por las políticas sociales en esa época tendía a proveer márgenes de salud y bienestar a la población y a mantener los límites de los conflictos sociales dentro del dominio del saber técnico-administrativo. Podemos mencionar que la mayoría de las transformaciones en salud mental se englobaron en reformas sanitarias más extensas. Tal es el caso de la psiquiatría comunitaria inglesa, la Reforma psiquiátrica Italiana, entre otras. Sin embargo, con excepción de la experiencia Italiana, todas estas experiencias terminan coexistiendo con los manicomios y, en algunos casos, viendo reaparecer los supuestos objetivantes y segregativos en el interior de prácticas supuestamente innovadoras. (Chiarveti, 2008)

Psicopatología y Campo de la Salud Mental

Resulta necesario plantear las coordenadas del surgimiento de la psiquiatría, que 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 (1967) conceptualizó sobre su nacimiento político en el contexto de la revolución francesa. En una ciudad pensada para el deambular por los libres ciudadanos en los espacios públicos, y en una sociedad que 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 a 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 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 dentro de este esquema. De allí el nacimiento de instituciones asistenciales fundadas en la lógica filantrópica, y sostenidas en una articulación entre ciencia y moral. En este contexto, la nueva rama de la medicina, la medicina “mental”, instituyó lo que anteriormente eran

establecimientos de reclusión como espacios de curación. La privación de derechos, en la institución de tutela, pasó a ser encubierta por el supuesto de cuidado o de curación. Al respecto nos dice Emiliano Galende (1990): “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” (p. 134). En esta confluencia se consolida la institución asilar-manicomial que será el paradigma de la medicalización de la locura. Podremos situar que, en primer lugar, en un comienzo “el loco” estaba a cargo del discurso jurídico quien realizaba un abordaje social y no terapéutico, ubicándolo junto al marginal, criminal, entre otros, constituyendo de esta forma un grupo indiferenciado que atentaba contra el orden material y social de la familia y el Estado. Todo ello bajo el paradigma de la peligrosidad. La presencia de la medicina en el tratamiento de la locura, permitió extraer al loco de este grupo, para brindarle una categoría fuera del discurso social y jurídico. Es necesario aclarar, en este punto, que la medicalización no fue privativa de la psiquiatría. Es una faceta de un proceso en el cual la ciencia moderna, que supuestamente produce un conocimiento objetivo y verdadero, externos a los intereses y ópticas 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. En ese preciso lugar, la medicina fue llamada a ejercer un papel ordenador en nombre del bien de los sujetos y del desarrollo de la sociedad.

A principios del siglo XX, este modelo comienza a ser cuestionado por el higienismo mental naciente. De esta manera vemos que el concepto de “campo de salud mental”, tan importante hoy, tiene su historia particular. Se encuentra situado como heredero del higienismo, movimiento que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios en el conjunto social. La Higiene Mental surgió como movimiento en un momento y en un lugar determinado: a principio del siglo XX en Estados Unidos. Sus protagonistas buscaban el cambio de la situación de las terapias, de los hospitales y de los enfermos internados en las instituciones asilares, enfatizando la necesidad de la prevención. Este higienismo se oponía al alienismo y al monopolio de las respuestas que daban la psiquiatría y su institución, el manicomio. Las transformaciones de la psiquiatría bajo el influjo del higienismo son descriptas así por Leo Kanner: “lo que solía ser considerado como una entidad patológica circunscripta 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 insanía, de encierro y se dedicó a atender toda clase de conducta humana defectuosa, de cualquier intensidad”. (Kanner, 1971, p. 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 caracterizaba.

No obstante, podemos decir que dio los primeros pasos para abrir las perspectivas de las prácticas tradicionalmente circunscriptas 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 públicas en salud mental.

Es a partir de las crisis de la década del '30, con la reformulación del Estado bajo el influjo del keynesianismo que se 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 con 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 desde la posguerra hasta la crisis de mediados de los '70. (Stolkiner, 2003-2004)

Esta nueva concepción del Estado y de los derechos se refleja directamente en la definición de salud que enuncia la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nacimiento en 1948: "Salud es estado de completo bienestar: físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". Se trata de una definición que propone asumir a la salud como objeto complejo y como una responsabilidad social. Entonces podemos señalar en esta definición que se trataría de ver a la salud como un estado de bienestar, completo, eficaz y eficiente.

En los años cincuenta se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. Goffman muestra en los Estados Unidos 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 abandonado. 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 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 de salud mental. (Galende, 1990; Garrabé, 2002)

Las políticas en salud mental resultaron tan diversas como los contextos y Estados en que se desarrollaron. No obstante, hay algunas tendencias que, en términos generales, pueden señalarse como implícitas o deseables en las propuestas de reforma:

1. Centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no el de enfermedad mental.
2. Romper el supuesto o representación de peligrosidad asociado a la reclusión. Modificar las reglas jurídicas al respecto.
3. Proponer formas ambulatorias o integradas a la sociedad de atención de las patologías psiquiátricas tradicionales.

4. Trabajar sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social comunitaria en actividades de promoción de la salud.

5. Incorporar la conceptualización de ciudadanía y de derechos como componente de la práctica curativa y preventiva.

6. Reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

En los últimos tiempos, nuevas condiciones y concepciones históricas hacen de la salud mental un tópico de creciente preocupación y ocupación. En consonancia con esta realidad, en el año 1996 se desarrolló la Conferencia Internacional de Salud Mental, y el documento final de esa reunión, en acuerdo con la tendencia general en salud destacó la necesidad de reorientar los esfuerzos desde el ámbito institucional hacia el comunitario, y de incluir los servicios de salud mental en los programas de seguro médico. Se estimuló, además, la creación de programas destinados a asegurar el desarrollo social de los niños y los derechos de las personas con discapacidad mental. El 2002 es declarado por la OMS Año, Internacional de la Salud Mental y como parte de ello se anunció el Programa Mundial de Acción en Salud Mental.

En nuestro país, en el Plan Federal de Salud 2004-2007 estructurado en función de la Atención Primaria de la Salud, el Ministerio de Salud de la República Argentina plantea a la Salud Mental como una de las áreas importantes sobre las cuales es necesario implementar acciones específicas; pero denuncia a la vez “la ausencia de información para establecer líneas de base en algunos de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina” (Consejo Federal de Salud, 2004, p. 27). De esta manera y en función a la importancia de atender este campo que cobra cada vez mayor relevancia, se recrudece la implementación de programas y planes en el campo de la salud mental desde la llamada Atención Primaria.

Cierta aproximación a las propuestas teóricas sobre Atención Primaria permite pensar que no existe actualmente una definición unívoca sobre el término. Hay distintas acepciones, condicionadas por los diferentes enfoques teóricos propios de las disciplinas de la salud que lo implementan. Desde cierta perspectiva, se piensa entonces, el trabajo en este nivel de atención como llevado a cabo por distintos profesionales que trabajan las problemáticas de salud desde equipos interdisciplinarios, siendo su objetivo la atención integral de las problemáticas que la comunidad y los sujetos que la componen presentan. Sin embargo, se configura una diferenciación de la prevención de la atención en salud basada en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. La Atención Primaria de la Salud tiene como objetivo la promoción y protección de la salud de la población, una forma de anticiparse a la enfermedad desde acciones preventivas. Entre ellas se encuentran la Educación de la Salud, las Inmunizaciones y el Saneamiento Ambiental. Se realiza esencialmente en los Centros de Salud del Área Programática y los Servicios de Promoción y Protección de la Salud de los hospitales públicos. Constituye el primer nivel de atención de la salud. La Atención

Secundaria de la Salud, esta representada por la asistencia ambulatoria de enfermos en Consultorios Externos, hasta los casos que necesitan internación clínica y/o quirúrgica de patologías comunes. Constituye el segundo nivel de atención de la salud. La Atención Terciaria de la Salud, es el nivel de máxima complejidad médica, ya sea por la patología que presentan los pacientes como de los recursos técnicos de diagnóstico y tratamiento necesarios. Son pacientes que están internados en Unidades de Terapia Intensiva y/o Unidad Coronaria, como otros servicios como Neurocirugía. Constituye el tercer nivel de atención de la salud.

En este sentido es que la Atención Primaria de la salud (APS) es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. Es allí que la Atención Primaria de la Salud fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. (OMS, 1978)

Analizando el concepto de APS, Yamila Comes afirma que “...los organismos internacionales sólo postulan definiciones amplias y muchas veces difusas. La forma en que cada gobierno interpreta lo que es la Atención Primaria de la Salud hace al modelo de Salud Pública en el cual se inscribe”. (Stolkiner, 2009) Otros autores piensan el trabajo en Atención Primaria desde una óptica distinta. Uno de los criterios, es la igualdad en la calidad de atención (Galende, 1990); lo que supone pensar que el trabajo en este nivel de atención no es solo “la puerta de entrada al sistema de salud ni es la medicina para los pobres” (Galende, 1990, p. 222) sino que supone asegurar la cobertura en salud a todos los ciudadanos del territorio sin importar su clase social. Se trata de que la cobertura sea para todos. Esta aproximación a las propuestas teóricas sobre Atención Primaria permite pensar que hay distintas acepciones, condicionadas por los diferentes enfoques teóricos propios de las disciplinas de la salud que lo implementan.

Por consiguiente, podemos reconocer que cada época tiene una forma particular de producción de padecimientos y de responder ante ellos también. Siguiendo esta idea, Galende (1992) plantea, como hipótesis, que en las actuales condiciones es esperable un crecimiento de lo que se engloba bajo la denominación de patologías narcisistas: trastornos del carácter, perversiones, enfermedades funcionales, padecimientos psicosomáticos y adicciones, así como un incremento de la violencia familiar y los suicidios. Conjuntamente con el aumento de las depresiones de diversa índole. No obstante, algunos de estos problemas ya eran relevantes con anterioridad y su aparente aumento en términos relativos, puede provenir de su salida de un espacio de invisibilidad social. El

ejemplo más claro es el del maltrato a la mujer, no se puede evaluar su incremento por el de la demanda de asistencia. Como indicador epidemiológico, la demanda es de poco valor dado que hasta hace unos años no existían servicios que brindaran asistencia a este problema y se lo ubicaba consensualmente en la esfera de lo íntimo, no trascendiendo del espacio doméstico. Quizás las modificaciones de representaciones de género y de situación de la mujer tienden a facilitar su corrimiento de la esfera doméstica e íntima y favorecer la aparición del mismo en la esfera pública. Quizás uno de los efectos de la crisis sea transparentar situaciones, desinvisiblecer procesos y desafiar a revisiones teóricas a fin de ajustar las herramientas a las problemáticas. Probablemente haya que pensar en nuevas categorizaciones en función de las nuevas formas de producción de padecimiento. En estas nuevas categorizaciones no puede quedar afuera, también, el malestar difuso (y eventualmente asintomático) de la crisis de las instituciones. (Galende, 1992)

Para las políticas de salud mental se mantienen permanencias de objetivos y formulaciones fundacionales, enriquecidas con los avances en las experiencias de sus realizaciones y del afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la salud mental. Entre ellas las que han tenido un significativo desarrollo en estas décadas son las que vienen impulsadas por las jurisprudencias y las políticas que tienen que ver con los derechos humanos y sociales que replican modelos internacionales de legislación. Si bien desde los principios de salud mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los “locos” y sus familias, o sobre las personas alcohólicas o con problemas de drogas, es simultáneamente con el incremento mundial y nacional de las luchas por esos derechos que se comienza a visibilizar las problemáticas del sufrimiento mental y sus maneras culturales de trato inhumano como un problema que necesariamente debe ser visibilizado como violación a derechos fundamentales. Con lo que se fueron produciendo marcos legales en consonancia con numerosos principios, acuerdos, declaraciones internacionales y recomendaciones de organismos internacionales, a los que nuestro país adhirió y que en algunos colaboró en redactar, comprometiéndose a utilizarlos como orientadores para la planificación de políticas públicas.

La psiquiatría en Argentina

En 1854 se creó el Hospicio de Mujeres, hoy “Braulio Moyano” y en 1863 el de Hombres, actualmente Hospital “José T. Borda”, en la ciudad de Buenos Aires. Enmarcado en una visión de la salud de carácter individualista, sostenido por la iniciativa y la dádiva de las sociedades de beneficencia y a menudo dirigido por poderes confesionales. En el caso de los primeros manicomios, en poco tiempo reflejaban imágenes del gran encarcelamiento, desatendiendo las condiciones especiales con las cuales debía contar el alienista para producir el denominado “tratamiento moral”.

Esta situación fue aliviada parcialmente por el alienista Domingo Cabred que creó la Colonia Nacional de Alienados “Open Door” en 1899, y en 1906 la Dirección de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. Cabred presidió la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales entre 1906 y 1929 (año de su muerte) . Por gestión de Cabred se habilitaron 10.755 camas en asilos abiertos, hospitales y otras instituciones. A partir de 1906 se institucionaliza esta política. (Malamud, 1972) En 1920, Cabred promovió la construcción de numerosas colonias y asilos, y llevó adelante una serie de reformas que estaban en las intenciones de algunos alienistas progresistas. Cabred pretendía extender este sistema (Open Door) a todo tipo de alienado y remarcaba que la función de los asilos colonia era la de dar asistencia y educación. Prácticamente no había fugas, debido al bienestar que tenía en enfermo. Sostuvo la importancia de un tratamiento donde el enfermo desarrollara tareas variadas al aire libre, con la mayor cantidad de libertad compatible con su estado y con la posibilidad de realizar también un sinnúmero de tareas complementarias que canalizaran habilidades laborales. (Falcone, 2013)

Sin embargo, las transformaciones de la situación social del país comprometieron este panorama. El modelo agro-exportador y el fomento de las inmigraciones implicó un desplazamiento de población hacia las ciudades, que crecieron rápidamente y produjeron nuevos problemas sociales y sanitarios. De ese modo se incorporaron las nacientes ideas del “Higienismo”, que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios (desde epidemias hasta delitos) en el conjunto social.

En las siguientes décadas se produjo una transición que fue desnudando los límites de las políticas de alienistas e higienistas debido a la indigencia estructural, propia de la lógica manicomial; y por la insuficiencia crónica de recursos que negaban las clases dominantes.

En 1931 el destacado psiquiatra Gonzalo Bosch publicó un texto sobre “El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina”, en el cual criticaba a un Estado que fracasaba, a una crisis de legitimación en la psiquiatría y a sus deudas respecto a la resolución del problema de la psiquiatría en la Argentina. Sin embargo, se crearon nuevas instituciones de asistencia social de grupos vulnerables que fueron paralelas a las ofertas de los primeros servicios de internación psiquiátrica privada: los Institutos Frenopáticos. Mientras los locos pobres tenían que ir a las instituciones públicas abandonadas, los que contaban con recursos económicos podían acceder a lugares de mayor confort y comodidad.

En la Argentina, las organizaciones mutuales habían pasado en las décadas del 20 al 40, del agrupamiento por nacionalidad de origen, al ordenamiento por rama de la producción, vinculadas a las respectivas organizaciones gremiales. Esas organizaciones mutuales, formadas por los sindicatos sobre bases de asociación voluntaria, habían sido alentadas desde el poder político, durante el período 1945-55. Por ese motivo, paulatinamente fueron transitando desde la voluntariedad a la obligatoriedad, a través de Convenios Colectivos de Trabajo. De tal modo que, hacia fines de la década del '50, crecía la expectativa

de que constituyeran la base institucional de un sistema integral de Seguridad Social. Aunque habían sido creadas con objetivos amplios de ayuda social (consultorios propios, proveedurías, colonias de vacaciones, campos de esparcimiento, planes de vivienda), a partir de ese momento la política gubernamental les asignará como misión nuclear, financiar atención médica bajo la denominación genérica de Obras Sociales.

Desde la década del '40 se afianzó el Estado de Bienestar en la Argentina, de característica populista, mediante el surgimiento y consolidación del peronismo. La creación desde el estado de organizaciones burocráticas sindicales que comienzan a administrar las recién nacidas obras sociales, desembocó, para Carpintero (2011), en la alianza de este nuevo actor del campo de la salud con los psiquiatras manicomiales en su defensa del dispositivo asilar. El ministro de salud desde 1946 a 1952 fue el neurólogo Ramón Carrillo. En salud mental intentó dar soluciones materiales a problemas tales como la falta de capacidad hospitalaria y de coordinación entre distintas jurisdicciones responsables del tratamiento de la locura. Así se reformaron e inauguraron nuevos lugares de atención, tales como los nuevos Hospicios construidos por pabellones. En el ámbito de la psiquiatría fue controvertido. Por un lado encontró apoyos en los psiquiatras nacionalistas de los Hospitales y Colonias, especialmente en el Hospicio de Hombres. Estos, junto con los burócratas sindicales, fueron los que echaron a Enrique Pichón Rivière del hospital acusándolo de “comunista” y de “promover la homosexualidad” por haber comenzado a implementar grupos terapéuticos con los pacientes. Pero el gremio médico y la mayor parte de los psiquiatras ligados al Higienismo no apoyaron las reformas de Carrillo. Para el autor, en esos años del gobierno peronista el deterioro de la situación en los manicomios se mantuvo.

En nuestro país, a mediados de la década del '50 las tareas por realizar eran enormes debido a las condiciones desastrosas de los hospicios. Durante el año 1957, en la Argentina, con la imposición del desarrollismo como estrategia económica, política y social en el período del gobierno de Frondizi y durante la dictadura de Onganía se producen tres hechos determinantes para reafirmar en nuestro país el “campo de la salud mental”:

1°) se crea el Instituto Nacional de Salud Mental.

2°) el Dr. Mauricio Goldemberg funda el primer servicio de psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir, fuera de un hospital psiquiátrico

3°) se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Ya no era solamente el psiquiatra el único responsable de la salud mental, también aparecieron otros actores, en especial los psicólogos que, a pesar de tener severamente limitada la práctica clínica, fueron ganando importantes espacios en los hospitales y centros de salud mental, aunque en muchos casos debían trabajar gratis. Durante estos años se crearon las primeras residencias de salud mental, las salas de internación en hospitales generales, los hospitales de día y las comunidades terapéuticas. A la vez se difundieron los abordajes terapéuticos que mostraban los beneficios

potenciales de extender los límites del Psicoanálisis: los tratamientos grupales, familiares e institucionales, el psicodrama, la psicología social y el Psicoanálisis de niños.

Sin embargo, la estructura manicomial siguió vigente apoyada por los diferentes poderes políticos que atraviesan las décadas del '60 y '70 los cuales prohibieron y reprimieron algunas experiencias. Las reformas de esta época han quedado como el testimonio de experiencias parciales que no fueron integradas a un plan Nacional de Salud Mental.

La dictadura cívico-militar de 1976 instala finalmente el Terrorismo de Estado. Se destruyen los servicios de salud mental ya que las instituciones fueron intervenidas por una burocracia cívico-militar en el marco de un proyecto abocado a llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional. En este momento empieza a afianzarse una política privatista decidida en el campo de la salud. Es decir, si hasta ahora el Estado se había desentendido de la Salud Mental, empiezan a tomar poder los grupos privados para poner el campo de la Salud Mental al servicio de sus intereses económicos.

Cuando a principios de los ochenta se inicia el período de transición democrática, se intenta generar una política en Salud Mental para recuperar los espacios destruidos por la dictadura. Desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud se realizan experiencias como la del Plan Piloto de Salud Mental y Social (La Boca-Barracas), que se agotan rápidamente por la falta de un presupuesto adecuado y una decisión política para continuarlas. Nuevamente se comienza con planes pilotos que finalizan al breve tiempo por no contar con un apoyo del Estado. En tal sentido, Enrique Carpintero (2011) enfatiza que la historia de nuestro país es la historia de planes pilotos y la continuidad de los manicomios desde fines del siglo XIX. El mayor logro, en esta época, fue la reforma antimanicomial realizada en la Provincia de Río Negro. Si bien la ley 2440 se sanciona en 1991 y el proceso de reforma de Río Negro es uno de los más importantes por su difusión nacional e internacional. Entre 1993 y 2006 se desarrolló en la Provincia de San Luis un proceso de reforma psiquiátrica exitoso que sustituyó un viejo asilo psiquiátrico de 120 camas por un Hospital Escuela y dispositivos comunitarios. Una ley de desinstitucionalización se sancionó al final del proceso de reforma.

Finalmente, en los '90 se reafirma una política neoliberal capitalista regida por la desregulación, la privatización y la competencia. La salud queda principalmente en manos del mercado. Es decir, los grandes laboratorios y empresas de medicina. Como señala Maitena María Fidalgo (2008): "El panorama general del sector salud muestra una aguda crisis de seguridad social, desprestigiada y desfinanciada; un sector público que mantiene un presupuesto estable ante una demanda cada vez mayor; un sector privado que atiende las necesidades de los sectores con determinado poder adquisitivo, fragmentando, y diferenciando planes de salud de acuerdo a la capacidad de pago. Así, el ámbito sanitario se consolidó como un mercado más, radicalizándose la puja distributiva que se registraba desde hacía décadas". Su consecuencia es una derechización de la gestión de las crisis sociales que modificará las reglas de juego en el campo de las políticas sanitarias. El Estado desaparece en su función social de atender

la salud pública para servir a los intereses privados. De esta manera, se produce el desmantelamiento de las instituciones públicas ya que la salud queda en manos de la iniciativa privada cuyo eje ordenador es la relación costos-beneficios. El proceso de globalización capitalista trae aparejado la exclusión y desafiliación de amplios sectores de la población que quedan así desplazadas a los márgenes de la sociedad.

Conclusión

Es así que nos encontramos con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26627, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada en diciembre del mismo año, y es a partir de ésta que se genera un marco de referencia en el cambio de las viejas prácticas socio-sanitarias y de internación propias del siglo XIX. Por otra parte, en dicha Ley, el artículo 3° reconoce a la Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Ley Argentina de Salud Mental, 2010, p. 9) Se puede ver como la concepción teórica que subyace a las prácticas de Atención Primaria de la Salud Mental, descansa en una dimensión bio-psico-social, en donde lo psíquico aparece como paralelo al organismo que sufre las consecuencias del ambiente o los factores externos y los factores biológicos. La Ley Nacional de Salud Mental ha instalado un indispensable debate público respecto de la protección de los derechos cívicos, sociales y culturales en la atención de los enfermos mentales. Además de su relevante dimensión simbólica, la ley expresa una decidida voluntad social por transformar un campo de prácticas que, surcado por tensiones políticas de muy diverso tipo, se ha planteado altamente refractaria al cambio y en el cual se ha naturalizado históricamente la violación de los derechos humanos de las personas asistidas. Una de las cuestiones que ha favorecido el nuevo paradigma en salud mental se vincula a la revisión de los tradicionales supuestos de la ética aplicada a la salud a partir de la emergencia de una perspectiva fundada en los principios de la autonomía, la dignidad y la equidad social.

Para Carpintero (2011), el contexto político que posibilita la sanción y promulgación de la ley es justamente el del avance de la globalización de la economía de mercado. En tal sentido, el autor señala que los elevados costos de internación de los grandes manicomios serían el impulsor primordial de las recomendaciones de los organismos internacionales como la OMS o la OPS relativas a la desinstitutionalización de la salud mental. La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental es la primera norma legal que da un marco nacional a las políticas en el área. Como señalan Ana Hermosilla y Rocío Cataldo, “inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que, hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental”. (2012, p. 134)

Entre las principales innovaciones, se encuentran:

- El acento puesto en la interdisciplina, la cual debe caracterizar las prácticas de los equipos. Se equipara a los miembros de los mismos en relación a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Incluso los tratamientos psicofarmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios.

- Se establece la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes.

- Disposiciones en relación a las internaciones: se convierten en el último recurso terapéutico, de carácter restrictivo. Por lo tanto, el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario. En relación al tema internaciones, se prohíbe la creación de nuevos manicomios. A su vez los existentes deben adaptarse para seguir los principios que plantea la Ley, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (art. 14, Ley Nacional de Salud Mental, 2010)

- En referencia al impacto en el derecho argentino, modifica el Código Civil al eliminar el concepto de peligrosidad y sustituirlo por el de peligro cierto e inminente como criterio de internación involuntaria. (Carpintero, 2011)

Las principales críticas formuladas a la Ley de Salud Mental han apuntado a la preparación académica de quienes dispongan las internaciones y externaciones, a la imprecisión en la definición del objeto, al riesgo de un cierre definitivo y prematuro de las instituciones monovalentes, a la viabilidad de la ley y a la interdisciplina como práctica cenagosa de escasa factibilidad. Por el contrario, en relación con las críticas válidas, cabe decir que ponen sobre el tapete el problema (y desafío) de delimitar una formación profesional que permita establecer una incumbencia precisa y consistente en cada caso, el problema de los recursos presupuestarios que tornen operativa la ley y la cuestión de la importancia de la especificidad clínica en lo que atañe a la definición del objeto de la Ley de Salud Mental.

Resulta importante subrayar una afirmación incluida en el artículo 3 de la Ley, dedicado a la definición de la Salud Mental. La afirmación a la que me refiero es la siguiente: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010) Esta idea es quizás el eje primordial de la Ley.

A pocos años de la formulación de la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental que los Ministros de Salud de las Américas aprobaron en la Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) de agosto de 2009, y a 6 años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, el campo de la Salud Mental en la Argentina cuenta hoy con una multiplicidad y heterogeneidad. Esto habla de que, si bien se ha avanzado respecto a la legislación y en cuanto a las intenciones de reformar la atención de aquellas personas con padecimiento subjetivo, hay carencias

evidentes en el plano de la planificación, de la gestión y de la formulación de programas que optimicen, distribuyan y den coherencia al sistema. Además, hay muchas veces otra gran brecha, que pocos se animan a saltar. Esta es la que se abre entre la formulación de políticas de Salud Mental y las exigencias de una clínica que sustente las respuestas que los profesionales del campo ofrecen al sufrimiento subjetivo. Otro punto importante a situar es la relación compleja establecida con las políticas y prácticas de Atención Primaria de la Salud, esto es, la complejidad de las relaciones de quienes gestionan, trabajan, planifican en Salud Mental con los que lo hacen desde el campo de la Salud en general.

Observamos también que por la misma diversidad de disciplinas, prácticas y problemáticas que constituyen el dominio de la Salud Mental, se obliga a ensayar opciones de interdisciplinariedad y transdisciplinariedad tanto en cuanto a la hora de elaboración de estrategias, como cuando se trata de la creación de dispositivos alternativos a la ya perimida práctica de encierro manicomial.

Finalmente, la época en que vivimos ha modificado y ampliado el panorama de demandas al sistema de salud mental, lo que amerita desde el campo sanitario público el relevamiento de las nuevas problemáticas así como la producción de herramientas de trabajo para dar respuestas eficaces (las cuales se espera).

Y como hemos mencionado, es desde la perspectiva que venimos desarrollando, al poder político, ligado al proceso de mundialización capitalista, no le interesa seguir sosteniendo grandes estructuras manicomiales. Por ello los organismos internacionales como la OMS y la OPS recomiendan la desinstitucionalización de la Salud Mental. Es en este contexto que situamos la sanción por la Cámara de Senadores y Diputados de la Nación, de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Ley que plantea en sus artículos algunas cuestiones cuya importancia implica una ruptura con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y sostiene Derechos Humanos fundamentales de los pacientes.

Consideramos importante entonces analizar lo que ha sucedido en la historia de políticas públicas en salud mental porque aún cuando existe un extendido consenso en la comunidad científica respecto de la necesidad de dar a tales problemáticas una respuesta integral, compleja y centrada en la dimensión histórico-social, la orientación hegemónica en la formación de los recursos humanos y la práctica de los servicios sanitarios continúa siendo individualista, fragmentada, reduccionista y apartada de lo social. Como consecuencia de la primacía de este enfoque, a menudo los programas asistenciales se organizan según una lógica sectorial en las que prima la focalización de los destinatarios y la fragmentación de las acciones, lo cual se expresa directamente en la dificultad de coordinar objetivos, recursos y acciones entre áreas técnicas que responden a distintas dependencias del propio aparato del Estado. Esta fragmentación reproduce una lógica segmentada que dificulta la articulación de las prácticas que los profesionales desempeñan en cada una de las instituciones comprendidas en dichos programas y refuerza algunas limitaciones propias de las políticas públicas, entre las cuales cabe

señalar la concepción acerca de los usuarios como receptores pasivos de la asistencia dispensada. (De Lellis, 2010)

Cabe señalar que el enfoque de la psicología, nuestra profesión, disciplina tradicionalmente excluida del conjunto de los saberes que han operado en el campo de la atención de la enfermedad, presenta indudables potencialidades para sumar su aporte desde una perspectiva que destaque el potencial salutogénico de los individuos y comunidades y no meramente acciones de asistencia o reparación de la enfermedad. Podemos situar este aporte en el marco de lo que actualmente se denomina como política pública saludable. De esta forma el objetivo central se constituye en analizar e historizar los obstáculos materiales y simbólicos, y los diferentes espacios de participación que limitaron, posibilitaron y/o garantizaron el derecho a una atención integral del cuidado de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriaga, M., Ceriani, L., Monópoli, V. (2013). Políticas públicas en salud mental : de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos. Por Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Carpintero, E. (2011). La subjetividad asediada. La medicalización para domesticar al sujeto. Serie Futuro Imperfecto. Fichas para el siglo XXI. Editorial Topía.
- Chiarvetti, S. (2008) La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol XVII (p. 173-182).
- Consejo Federal de Salud. (2004). Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Buenos Aires. Ministerio de Salud de La Nación.
- De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. En *Psiencia*. Revista Latinoamericana de ciencia psicológica. Vol II. N°2. Buenos Aires.
- Falcone, R. (2013). Historia de las prácticas de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis. Resultados de la investigación a partir de casos clínicos (1900-1960). En *Anuario de investigación*. Vol. XX. N°2. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Fidalgo, M. (2008). Adiós al derecho a la salud. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Foucault, M. (1967). Historia de la Locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica. México. 2010.
- Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires. Paidós.
- Galende, E. (1992). Perspectivas en Salud Mental en Argentina para la próxima década. Seminario FLACSO-OPS. Buenos Aires.
- Garrabé, J. (2002). La psiquiatría en el siglo XX. Madrid. Ed. Átopos.
- Kanner, L. (1971). Psiquiatría Infantil. Buenos Aires. Paidós.
- Ley Nacional Argentina de Salud Mental N° 26657. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2011.

- Malamud, M. (1972). Domingo Cabred. Crónica de una vida consagrada a luchar por la atención médico- social de los Argentinos, Buenos Aires, Ministerio de Cultura y Educación.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma - Ata. OMS.
- Stolkiner, A. (2003). Nuevos enfoques en salud mental. Ponencia en XIV Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería. Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2009). Ética y prácticas en Salud Mental. En Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis. Compiladores Juan Carlos Fantin y Pablo Friedman. (pp. 171-186). Buenos Aires. Editorial Polemos.