



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Galende, Emiliano

Memoria: el pasado nos debe enseñar algo sobre el presente

Salud Colectiva, vol. 10, núm. 2, 2014, pp. 265-278

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73131881010>

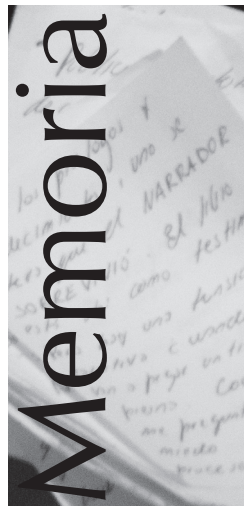
- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Memoria: el pasado nos debe enseñar algo sobre el presente

Memory: the past should teach us something about the present

Galende, Emiliano¹

RESUMEN Este artículo evoca el contexto histórico, profesional e intelectual en el que la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP) elaboró la “Carta de Mendoza de los Psiquiatras Argentinos”, en el marco de la II Conferencia Nacional sobre Problemas Gremiales y Profesionales de los Psiquiatras, que tuvo lugar en la ciudad de Mendoza, los días 18 y 19 de junio de 1972. Se analiza la posición de la FAP con respecto a las políticas de salud y, en particular, de salud mental; los vínculos con otros actores sociales, como organizaciones de familiares de pacientes, dirigentes populares y sindicales, y profesionales de diferentes disciplinas, en el marco de los gobiernos de facto de aquellos años. A modo de cierre, se reflexiona sobre el silenciamiento que las dictaduras produjeron sobre el pasado reciente y la necesidad de defender y asegurar la memoria colectiva. El documento reproducido en este artículo fue recuperado del fondo Mario Testa, perteneciente al Centro de Documentación e Investigación Pensar en Salud (CEDOPS) del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús.

PALABRAS CLAVES Historia del Siglo XX; Salud Mental; Psiquiatría Comunitaria; Servicios de Salud Mental; Políticas de Salud; Argentina.

ABSTRACT This article evokes the historical, professional and intellectual context in which the Argentine Federation of Psychiatrists (FAP) [*Federación Argentina de Psiquiatras*] drafted “The Mendoza Letter of Argentine Psychiatrists,” during the 2nd National Conference on Union and Professional Problems of Psychiatrists that took place in Mendoza on July 18 and 19, 1972. The position of the FAP regarding health policies, and especially mental health policies, is analyzed, as are the FAP’s relationships with other social actors such as organizations of patients’ families, community and union leaders, and professionals of different disciplines, within the framework of the de facto governments of those years. As a conclusion, the article reflects on the way the dictatorships were able to silence the recent past and posits the need to defend and safeguard our collective memory. The document reprinted in this article was recovered from the Mario Testa Fund, part of the Research and Documentation Center Pensar en Salud of the Institute of Collective Health of the Universidad Nacional de Lanús.

KEY WORDS History, 20th Century; Mental Health; Community Psychiatry; Mental Health Services; Health Policy; Argentina.

¹Médico Psiquiatra. Director, Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. egalende@unla.edu.ar

LA “CARTA DE MENDOZA DE LOS PSIQUIATRAS ARGENTINOS”

...analizar los problemas de salud mental y actualizar su actividad dentro de los procesos de cambio existentes en la sociedad argentina [...] La salud y la enfermedad son función del proceso de organización o de deterioro social, y los problemas específicos de salud mental que hoy enfrentamos son su consecuencia (1).

Este fue el eje de la convocatoria a la II Conferencia Nacional sobre Problemas Gremiales y Profesionales de los Psiquiatras, que marcaba una unidad entre los problemas de salud mental de la población y aquellos de los profesionales de la psiquiatría. Cuando varios cientos de psiquiatras nos reunimos en aquella conferencia realizada en la ciudad de Mendoza, en junio de 1972, para reflexionar y discutir sobre nuestra situación profesional en el contexto argentino y latinoamericano, lo hacíamos con la convicción de que esta situación era la misma que afectaba a la salud de la población. No cabía separar el problema gremial del problema más amplio de la salud mental de la población que atendíamos. Había transcurrido un año de la I Conferencia realizada en Córdoba, en 1971, y casi dos años del XI Congreso Médico Social Panamericano, que había reunido en La Paz, Bolivia, a profesionales de la salud de varios países de América Latina, al que asistimos junto con un grupo numeroso de psiquiatras asociados a la Federación Argentina de Psiquiatras. La “Carta Médica de La Paz” (2), documento final que emitió el XI Congreso, señalaba las condiciones de deterioro de los servicios de salud en los países de América Latina y los obstáculos que se interponían a los intentos de generar políticas de salud de los gobiernos que apuntaran a resolver este deterioro. Las razones, se decía en el documento, se vinculaban con los *“compromisos adquiridos por nuestros gobiernos con las grandes potencias”* (2). Entre el grupo de psiquiatras que asistieron surgió la idea de organizar la II Conferencia Nacional.

En ambos eventos, concebíamos que la práctica psiquiátrica no podía entenderse por fuera, o de un modo diferente, del conjunto de las prácticas de salud. Defendíamos que los pacientes

con trastorno mental merecían los mismos resguardos éticos, el mismo respeto a su dignidad, y los mismos derechos que exigíamos para todos los individuos que recurrían a los servicios de salud en busca de atención. Sin duda contradecíamos, y de esa manera nos oponíamos, a la histórica separación entre los servicios de psiquiatría y los hospitales monovalentes, y el resto de los servicios de salud y hospitales generales. Era un tiempo de compromiso con nuestras sociedades, de integrar nuestra Federación a los movimientos sociales y políticos que luchaban por un mejor sistema de salud, con equidad y respeto en el trato al paciente y de cobertura universal. Sin duda, teníamos claro que los resguardos éticos y el respeto de los derechos de los pacientes eran también las condiciones de nuestra dignidad y de respeto a una ética profesional. Denunciábamos con firmeza que la política de los hospitales psiquiátricos, las condiciones de encierro compulsivo, los servicios orientados más al control del paciente que a la atención de las razones de su trastorno violentaban, al mismo tiempo, la dignidad y los derechos de los pacientes tanto como los de los profesionales.

El documento que se aprobó al final de esa II Conferencia titulado “Carta de Mendoza de los Psiquiatras Argentinos” (1) (Figura 1), reunió lo central de los debates que se habían realizado durante este encuentro y se siguió de una Resolución disponiendo, como plan de acción, que esta declaración sirviera como documento para convocar e incluir en este debate a diversas organizaciones de salud, sindicatos, organizaciones populares, disponiendo a su vez que se organizaran encuentros en los distintos servicios de salud mental del país para discutir, entre todos, lo planteado en la declaración. Toda esta actividad convergía hacia el V Congreso Nacional de Psiquiatría, que se realizaría en Córdoba, a fines del año 1972, en la sede del Sindicato de Luz y Fuerza (a), que por entonces presidía Agustín Tosco (b). Este líder del movimiento sindical argentino, que estuvo presente en la sede del Congreso, había salido de prisión unos meses antes, en agosto de ese mismo año, y ya le habían diagnosticado una grave enfermedad que provocaría su muerte tres años después. En este Congreso participaron, además de profesionales de diferentes disciplinas (que por entonces nos llamábamos “trabajadores de la

salud mental”), organizaciones de familiares de pacientes, junto a dirigentes sindicales y otros de varios movimientos sociales.

El objetivo de estas actividades, que podemos llamar “político-técnicas”, era articular y potenciar a los diversos actores que intervienen en salud y salud mental, tanto los diversos profesionales como los del campo de la sociedad, la política, el mundo del trabajo y sus organizaciones, convocando a una ampliación del campo de debate de los problemas de salud mental en el contexto real del país. Como señala la Carta: “sentar las bases de un gran debate nacional y de acciones concretas en defensa de la salud mental de nuestro pueblo” (1). Estábamos convencidos de que el problema de la salud y, más aún, el de la salud mental, debía ser abordado por el conjunto de la sociedad y el protagonismo de las organizaciones sociales y sindicales, era esencial.

Hoy este objetivo puede parecer lejano. En aquel tiempo, 1972, el gobierno de la dictadura militar de Juan Carlos Onganía (1966-1970), sucedido por los de Roberto Marcelo Levingston (1970-1971) y Alejandro Agustín Lanusse (1971-1973), estaba en retirada por el avance y la presión de los movimientos populares y todo estaba dado en el país para avanzar hacia su logro. Había ocurrido el “Cordobazo” (c), y movilizaciones similares en la provincia de Corrientes y la ciudad de Rosario, y la Federación Argentina de Psiquiatras había convocado, por primera vez en la historia de los psiquiatras, varias manifestaciones en las calles de Buenos Aires y ciudades del interior del país, que reunían a los profesionales con sectores de la dirigencia popular en los reclamos de una atención más digna y amplia de la salud mental, en oposición al encierro manicomial. Los militares en el gobierno reprimían estas manifestaciones y perseguían (como siempre), a sus líderes más notorios. Pero esta vez los movimientos populares estaban logrando forzar una salida democrática al país, que llegaría poco más de un año después.

En verdad, la situación de Argentina durante esa dictadura de 1966-1973 era que carecía de una política en salud, más bien se avanzaba en sentido contrario al potenciar una supuesta descentralización de los servicios junto a un avance de la privatización, empobreciendo al sector público. Con sus diferencias en áreas específicas, la salud pública en Argentina seguía varias de las

coordinadas que señalaban las conclusiones del Congreso Médico Social Panamericano reunido en La Paz respecto al contexto latinoamericano:

...una elevada tasa de mortalidad infantil y de mortalidad general, una pobre expectativa de vida al nacer, mínimos y mal administrados recursos para la salud, poblaciones sin médicos y médicos sin pacientes [...] renta nacional por cápita cada vez más alejada de las correspondientes a los países altamente desarrollados, distribución de la renta nacional a favor de sectores minoritarios, falta de desarrollo de industrias básicas, concentración de la tierra en poder de irritantes minorías, estructura productiva orientada a satisfacer los requerimientos de materias primas por las grandes metrópolis; fuerte deterioro de los términos de intercambio, por ausencia de políticas que afirmen las soberanías nacionales; bajos salarios con tendencias decrecientes en cuanto a su poder adquisitivo; elevadas tasas de analfabetismo neto y grandes contingentes de analfabetos relativos por deserción escolar y, finalmente, compromisos adquiridos por nuestros gobiernos con las grandes potencias... (2)

El problema en Argentina, en el sector salud, y aún más agudo en el de salud mental, no era muy diferente al contexto latinoamericano descrito por este Congreso. La “Carta de Mendoza” decía que “dentro de un contexto de un proceso político inestable y no definido [...] debe señalarse la total carencia de una política sanitaria en la República Argentina” (1). Luego del golpe de Estado de los militares, conducidos por el General Onganía, en el Ministerio de Bienestar Social, del cual dependía la Secretaría de Salud Pública, se tomaron decisiones dirigidas a empobrecer aún más al sector público de salud. En 1967, se dicta la Ley 17132 que regula las incumbencias profesionales en salud, y que establece la hegemonía del médico en todas las acciones y sitúa a los demás profesionales como meros auxiliares del médico, entregando de este modo todo lo referido a la organización y gestión de salud a la Medicina. Se disminuyó al extremo el presupuesto del Instituto Nacional de Salud Mental que, como establecía su Estatuto (sancionado por otra dictadura, la del

general Aramburu en 1957), estaba encargado de traer al país muchos de los principios de las Resoluciones de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1953 (d), de reestructuración de los servicios de psiquiatría hacia los cuidados de la salud mental. Se resolvió una descentralización de los hospitales, en verdad dirigida a disminuir el presupuesto nacional en el sector salud y dar comienzo a una privatización progresiva de la atención. Fue el comienzo simultáneo de las empresas de medicina prepaga con los seguros de enfermedad, la regulación de las obras sociales sindicales, el arancelamiento de los hospitales públicos, y el crecimiento de los sanatorios privados como empresas rentables que contratan a los médicos y regulan sus ingresos. La "Carta de Mendoza" alude a esto al señalar "la proletarianización" de la profesión médica. Tal como se detalla en el documento, entre los años 1966 (año de instalación de esa dictadura) y el año 1972, mientras en Defensa y Seguridad aumentaron su presupuesto de 17,31% a 18,40%, del presupuesto nacional, en Salud se pasó de 3,08% en 1966 al 1,90% en 1972 (1). En salud mental, el gobierno del General Alejandro Agustín Lanusse (1971-1973) proyectó la creación de una gran colonia psiquiátrica en un área rural del sur de la provincia de Santa Fe, proyecto denunciado como "ciudad de locos" por la FAP ya que estaba a contramano de los principios de la reforma que con apoyo de la OMS avanzaba en todo el mundo. Este proyecto finalmente no se concretó por las resistencias que había generado. Sí se concretó el traslado de 200 pacientes internados en el Hospital Borda de Buenos Aires, a unos establecimientos en el municipio de Federal, pleno monte de Entre Ríos, que habían sido desocupados por el Ejército, con la idea de desarrollar allí una suerte de comunidad terapéutica bajo extraños designios de reforma psiquiátrica ejecutada con principios militares. Los 200 pacientes fueron trasladados de noche desde Buenos Aires a Federal, primero en camiones del ejército y luego en un tren militar, acompañados por un psiquiatra (también militar) y un grupo de enfermeros. Se había fundado así en Argentina una "comunidad terapéutica", tal como recomendaba hacerlo la OMS en 1953, claro que bajo otros criterios. Constituía un escándalo que esta estrategia de atención, respaldada por la OMS, y basada en principios de democratizar la

vida de los internados en los manicomios vinculándolos con el exterior y la sociedad, fuera organizada y regida bajo los criterios autoritarios de una dictadura militar. La Federación Argentina de Psiquiatras denunció esta contradicción e intentó visualizar públicamente el escándalo que representaba, pero debemos reconocer que esta experiencia fue ignorada por muchos profesionales del área que la respaldaron.

Esta II Conferencia en Mendoza, y pocos meses después el V Congreso Argentino de Psiquiatría, reunido en Córdoba, encuentros multitudinarios en los cuales se plasmaron muchos de los principios de integración de los psiquiatras con otras disciplinas, la presencia de líderes sociales y sindicales, bajo el entusiasmo protagónico de casi dos mil participantes, marcaba el comienzo de un tiempo de vincular a la salud mental del país con los avances de la llamada "reforma psiquiátrica" que recorría Europa y ya era asumida por colegas de América Latina. Al V Congreso asistió, como invitado por la FAP, el Doctor Carlos Castilla del Pino, psiquiatra español, miembro del Partido Comunista de España, quien jugara un rol protagónico en la denuncia de la "masacre de Atocha" (e). También participaron colegas de Chile, que estaban vinculados a la gestión en salud del gobierno de Salvador Allende. Las luchas sociales contra las dictaduras en América Latina, incluida la vigente y agónica en Argentina, la más antigua dictadura, también en caída, en una España a la espera de la muerte del dictador, se unían al optimismo de los avances de la reforma psiquiátrica y las denuncias del autoritarismo y la represión que representaban los manicomios.

En 1958, año de la elección de Arturo Frondizi como presidente de Argentina, el Instituto Nacional de Salud Mental había conformado una Comisión Nacional Asesora en Salud Mental, que integraban los directores de las once grandes Colonias de Alienados del país. Organismo en gran parte burocrático, sin posibilidad de encarar la propuesta reforma de la atención psiquiátrica en el país dado sus funciones en las instituciones asilares más regresivas, esta Comisión organizaba en esos tiempos unas jornadas anuales en diferentes sedes del país, a la cual convocaba a los psiquiatras. En ocasión de uno de esos encuentros, realizado en Río Tercero, Córdoba, en 1965, se había conformado el grupo que poco

después constituyera la Federación Argentina de Psiquiatras con la participación y el compromiso militante de una amplia mayoría de jóvenes, cuyo entusiasmo hacía suponer que estábamos cerca de lograr un gran cambio en la salud mental en el país. Al mismo tiempo la Asociación Psicoanalítica Argentina, que reunía a los psicoanalistas acreditados, había resuelto colaborar en 1967 con Mauricio Goldemberg, director del Servicio de Psicopatología del Hospital Dr. Gregorio Araoz Alfaro de Lanús, junto al reconocido sanitarista Abraam Sonis en el programa de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Este programa creó los servicios de psicopatología en los hospitales de la ciudad y dos centros de salud mental, siguiendo el modelo norteamericano de la Ley Kennedy (f). Este programa para la ciudad tenía sentido progresista, avanzaba en el camino de la reforma, pero su sanción por la dictadura de Onganía generaba muchas dudas sobre su implementación.

Ya en los años setenta la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), como parte de la Asociación Internacional de Psicoanálisis (IPA), enfrentaba una crisis interna por la formación de un grupo disidente de la institución internacional, que se autodenominó Plataforma Internacional. Mayoritariamente, los psicoanalistas de este grupo disidente (en realidad dos grupos denominados Plataforma y Documento en el caso de Argentina), se integraron a la organización de la FAP y participaron de sus actividades. El Segundo Congreso Argentino de Psiquiatría, realizado en el teatro El Circulo de Rosario, en mayo de 1970, en el cual se elegía por voto en Asamblea General a su Comité Ejecutivo, fue sorprendido por dos motivos: primero, por la concurrencia masiva de jóvenes psiquiatras, médicos residentes, psicólogos, terapeutas ocupacionales, y otras profesiones y, segundo, porque por primera vez se produjo la integración al Congreso de un número destacado de psicoanalistas, algunos de los cuales fueron elegidos para integrar su Comité Ejecutivo. Desde entonces la presencia y la pasión de los jóvenes fue una constante en todas las actividades que la FAP programara. En la Región Capital se constituyó una organización, la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental, que integraron las federaciones de psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos y terapeutas ocupacionales, además de algunos sociólogos y profesionales de la literatura. La participación de psicoanalistas

destacados como José Bleger (miembro del Comité Ejecutivo de FAP), Emilio Rodríguez, Marie Langer, Fernando Ulloa, Rafael Paz, y muchos otros psicoanalistas más jóvenes, significó un fuerte empuje a las actividades para crear un amplio frente profesional para la reforma de la atención y los servicios psiquiátricos.

Asistíamos a los logros del gobierno socialista en Chile (g) y nos vinculábamos con reformistas de ese país, de Brasil y de Europa. Poco antes, Basaglia había visitado Argentina y luego del V Congreso Argentino de Psiquiatría realizado en Córdoba, en 1972, vino al país David Cooper, uno de los líderes de la antipsiquiatría de Inglaterra. Creíamos estar en la puerta de un camino promisorio para el país y de una reforma profunda en salud y salud mental, junto a las vanguardias que tanto en Europa, como en Chile y en parte en Brasil, protagonizaban esta transformación. No era un optimismo ingenuo, sabíamos de las amenazas políticas de regresión y represión que se acercaban. A finales de 1973, luego del golpe de Estado del 11 de septiembre, la dictadura instalada en Chile hizo que muchos colegas perseguidos en su país se exiliaran en Argentina y varios de ellos se integraran al trabajo con la FAP en nuestro país. Dos años después la dictadura se instaló también en Argentina, la oscura noche de persecución y terror, los secuestros y asesinatos de líderes sociales y, entre ellos, de muchos compañeros de salud y salud mental, nos hizo más visible que nunca que la lucha por una salud equitativa e igualitaria y una salud mental respetuosa de la dignidad y los derechos humanos de los pacientes, forma parte de las luchas sociales y políticas y debe confrontar siempre con el poder represivo que intenta la dominación de los cuerpos y las conciencias de quienes anhelan una sociedad más justa e igualitaria.

LA MEMORIA DICTA CONDICIONES AL FUTURO

La última dictadura militar (1976-1983), como todas las anteriores, se propuso un corte radical con el pasado, aniquilar la memoria de los que lucharon por una sociedad más justa e igualitaria, sin vacilar en recurrir al genocidio de la población que pudiera acompañar estos anhelos. El

pasado que acabo de sintetizar en salud mental, no fue ajeno a esta destrucción de la memoria colectiva. Los ideales de aquella II Conferencia en Mendoza, como los principios que sentaron para la salud mental del país los Congresos Argentinos de Psiquiatría hasta 1975, permanecieron bajo tierra, invisible como esos bulbos de las plantas florales, en espera de la primavera. Esta llegó en los años ochenta. Pero casi todo había cambiado: nuestra sociedad, los colegas, los antiguos compañeros, los que habían luchado dentro del país, los que regresaron del exilio, no permanecieron indemnes a este ataque y destrucción de la memoria. Un efecto claro del daño infligido a la memoria de muchos colegas, psiquiatras y psicólogos, se expresó en la organización, en 1984, de un Congreso Nacional de Psiquiatría, bajo el amparo del "retorno de la democracia": se habían realizado hasta 1976 siete congresos y, a este, que le hubiera correspondido ser el octavo, se lo llamó "Primer Congreso Argentino de Psiquiatría".

Se borraba así la memoria de una historia plena de logros y avances en la organización de la salud mental en el país, a la vez que se renegaba de formar parte de esa historia. Debieron pasar más de dos décadas para que los gérmenes sembrados en la década del setenta finalmente comenzaran una nueva floración. La Ley 26657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental (sancionada el 25 de noviembre de 2010), recogió muchos de los principios y esperanzas de aquellos años setenta y, como había ocurrido entonces, una gran cantidad de jóvenes profesionales retornaron a una política de principios con los cuidados de la salud mental y de un compromiso militante con los derechos de los pacientes. Defender y asegurar la memoria colectiva es sin duda dotar de fundamentos a los proyectos de futuro. La experiencia argentina ha demostrado que esta memoria colectiva es un campo privilegiado de la lucha por una sociedad más justa e igualitaria, principios troncales de la política de salud mental.

NOTAS FINALES

a. Fui elegido Secretario General del Comité Ejecutivo de la FAP en el Congreso realizado en Córdoba, en la sede del Sindicato de Luz y Fuerza (que agrupa a los trabajadores de las empresas de energía eléctrica) en noviembre de 1972. Ese Comité Ejecutivo estuvo integrado por: Dra. Marie Langer, presidenta; Dr. Paulino Moscovic, vicepresidente; Emiliano Galende, secretario general; Juan Carlos Risau, secretario gremial; Dr. Guillermo Bigliani, secretario científico. De esos miembros, Juan Carlos Risau fue secuestrado en 1975 y está desaparecido; y tanto Marie Langer, Guillermo Bigliani como Paulino Moscovic, marcharon al exilio a finales de 1975. Ninguno de ellos tenía militancia en partidos políticos, su compromiso político era el que se desprendía de su militancia en la FAP.

b. Agustín Tosco (1930-1975) fue un líder sindical combativo que representó a toda una vanguardia sindical y estudiantil en la resistencia a la dictadura militar de 1966-1973. Sufrió por esto la persecución y la cárcel de los militares en el gobierno. De su última detención salió en libertad en agosto de 1972, pero hubo de mantenerse en cierta clandestinidad hasta su muerte, en 1975, ya que seguía amenazado por la dictadura.

c. Recordemos que el movimiento estudiantil junto a gremios obreros convirtieron en un bastión de lucha y debate al barrio del Hospital de Clínicas

y luego al centro de la Ciudad, generando una rebelión popular en contra de la dictadura militar.

d. En la Duodécima Sesión que se celebrara en Ginebra entre el 28 y el 30 de mayo de 1953, se aprobaron dos Resoluciones sobre salud mental, una ratificando al Comité Mixto de Expertos en Salud Mental (3) y, otra, aprobando el Informe de este Comité (4). Ambas resoluciones fueron aprobadas luego por la Asamblea General (5).

e. Se trató de un ataque armado de fuerzas fascistas del franquismo durante una reunión sindical que se realizaba en Madrid, en la que murieron asesinados un número importante de dirigentes gremiales. Castilla del Pino, cuya militancia republicana en la clandestinidad era desconocida, ya que aún España vivía bajo la dictadura del General Franco, integró la Junta que atendió a las víctimas y sus familiares y luego intervino en el histórico juicio penal.

f. La Ley Kennedy hace referencia a la Public Law 88-164 del 31 de octubre de 1963 (6) que establece subvenciones para la construcción de centros de investigación y centros de salud mental comunitarios y asistencia para mejorar la salud mental.

g. Salvador Allende recibió en el Palacio de la Moneda al Comité Ejecutivo de la FAP en diciembre de 1972 y, en el verano de 1973, fui enviado por la FAP a colaborar con el programa chileno de Salud Mental, permaneciendo en Santiago por varios meses.

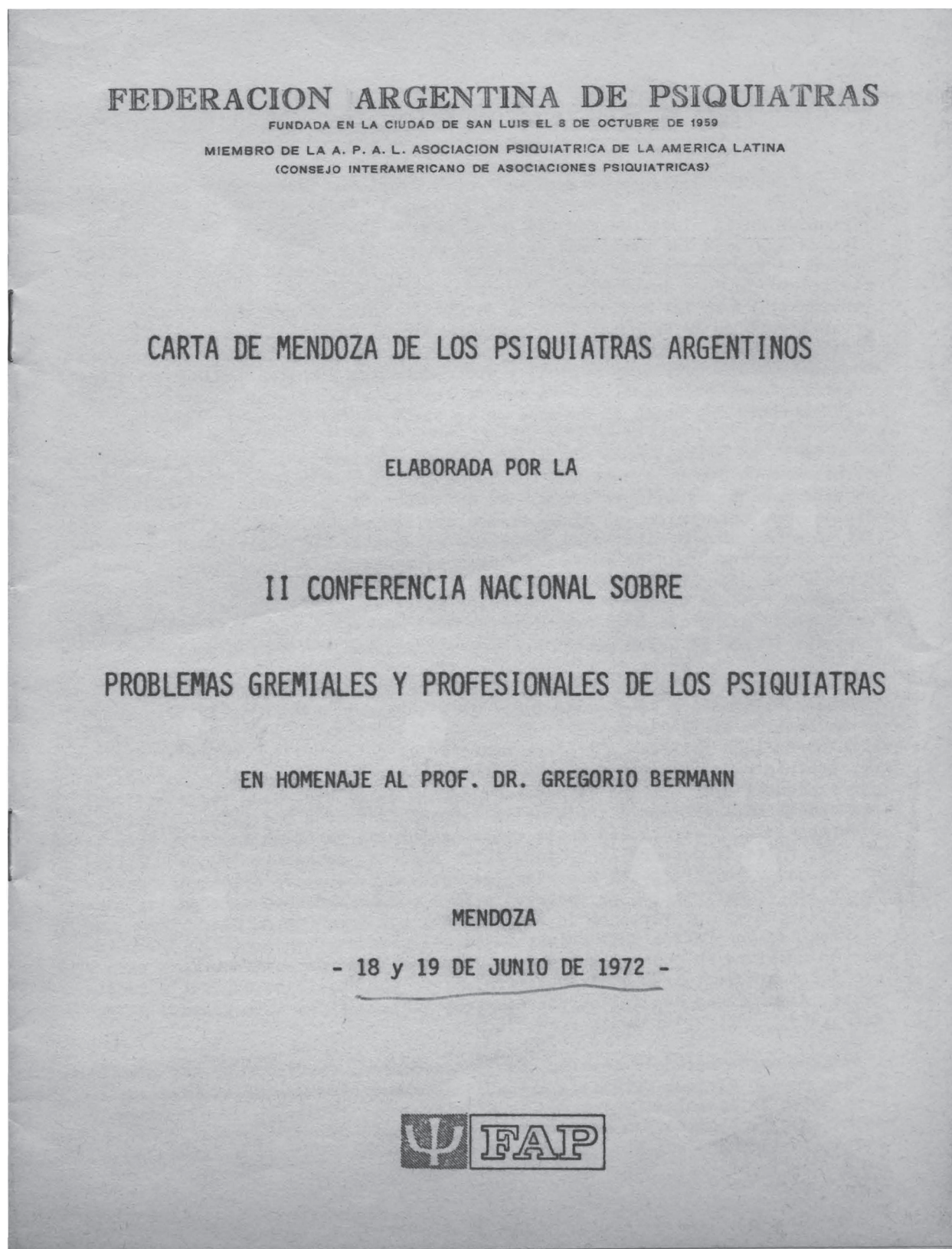


Figura 1. Carta de Mendoza de los psiquiatras argentinos. 1972.

Fuente: Centro de Documentación e Investigación Pensar en Salud (CEDOPS), Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

CARTA DE MENDOZA DE LOS PSIQUIATRAS ARGENTINOS

La Segunda Conferencia Nacional sobre Problemas Gremiales y Profesionales de los Psiquiatras, convocada por la Federación Argentina de Psiquiatras y reunida en la ciudad de Mendoza en el mes de junio de 1972, con el propósito de analizar los problemas de la salud mental y actualizar su actividad dentro de los procesos de cambio existentes en la sociedad argentina, ha resuelto emitir este documento que denomina Carta de Mendoza. Tiene como intención orientar las actividades de la F.A.P. hasta la realización del V Congreso Argentino de Psiquiatría y pretende ser llevada a la discusión de sus distintas filiales, de los diversos servicios, en los contactos y acciones comunes con las entidades médicas y profesionales, con los sindicatos y otras organizaciones populares. Quiere sentar las bases de un gran debate nacional y de acciones concretas en defensa de la salud mental de nuestro pueblo.

La salud mental, como actividad interdisciplinaria de la medicina constituye uno de los problemas más complejos en el mundo moderno. Confluyen a su elucidación situaciones vinculadas con aspectos culturales, económico-sociales y de desarrollo, al mismo tiempo que las situaciones particulares de los enfermos en los diferentes contextos existentes. De ahí que el tratamiento de estos problemas no pueda considerarse fuera del marco social y económico de las diferentes sociedades y, en particular, de las condiciones de dependencia creadas en el continente latinoamericano. La salud y la enfermedad son función del proceso de organización o de deterioro social y los problemas específicos de salud mental que hoy enfrentamos son su consecuencia.

Distintos documentos se han hecho eco de esta problemática. Entre ellos, merece consideración lo expresado por el XI Congreso Médico Social Panamericano, reunido en La Paz en 1970: "...una elevada tasa de mortalidad infantil y de mortalidad general, una pobre expectativa de vida al nacer, mínimos y mal administrados recursos para la salud, poblaciones sin médicos y médicos sin pacientes (por efectos de contradicciones en el sistema), renta nacional per cápita cada vez más alejada de la correspondiente a los países altamente desarrollados, distribución de la renta nacional a favor de sectores minoritarios, falta de desarrollo de industrias básicas, concentración de la tierra en poder de irritantes minorías, estructura productiva orientada a satisfacer los requerimientos de materias primas por las grandes metrópolis; fuerte deterioro en los términos de intercambio, por ausencia de políticas que afirmen las soberanías nacionales; bajos salarios con tendencias decrecientes en cuanto a su poder adquisitivo; elevadas tasas de analfabetismo neto y grandes contingentes de analfabetos relativos por deserción escolar y, finalmente, compromisos adquiridos por nuestros gobiernos con las grandes potencias..."

Esta carta reconoce también como antecedentes, entre otros, las conclusiones de los últimos Congresos Argentinos de Medicina Social, el programa aprobado en la Asamblea General de la FAP (Rosario, 1970), la Ira. Conferencia sobre Problemas Gremiales de los Psiquiatras (Córdoba, 1971) y, en general, las declaraciones de los organismos centrales de la FAP y de sus Regionales.

Figura 1. Continuación.

Fuente: Centro de Documentación e Investigación Pensar en Salud (CEDOPS), Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

LA SITUACION SANITARIA ARGENTINA

El problema argentino en materia de salud pública y de salud mental no es fundamentalmente diferente al resto de Latinoamérica, aunque existen características que en esta Carta queremos destacar.

El deterioro económico-social y su repercusión en materia de salud se refleja a través de determinados signos e indicadores: la dependencia económica exterior se ha acentuado en las últimas décadas y resulta visible en la devaluación de la moneda y en que, de las catorce más grandes empresas instaladas en el país sólo dos son argentinas; la mortalidad infantil y general fluctúa a partir de 1955 alrededor de cifras y tasas relativamente estables; no hay progreso en la alfabetización de la población y aumenta la deserción escolar (el 58% para todo el país); simultáneamente se da un desplazamiento de la población a las áreas urbanas, acentuando el déficit de viviendas y promoviendo áreas de "villas miserias" donde se agrupan aproximadamente 300 mil familias. Son estos datos básicos alrededor de los cuales deben considerarse en la Argentina los problemas de salud pública y de salud mental.

¿FALTA DE POLITICA SANITARIA O COHERENCIA DE UNA POLITICA?

Dentro de un contexto de un proceso político inestable y no definido --sólo en períodos cortos se precisaron algunos planes de salud-- a la fecha debe señalarse la total carencia de una política sanitaria en la República Argentina. Esto adquiere validez a partir de 1966, particularmente con lo ocurrido bajo la conducción del Ministerio de Bienestar Social en materia de salud pública. La conducción del Ministro Manrique y sus antecesores inmediatos se caracterizó por buscar soluciones oportunistas, tratando de encauzar las organizaciones preexistentes --Ministerio de Salud Pública, obras sociales, mutuales y sindicales-- dentro de una concepción de libre empresa para la salud. Tomamos como indicadores de esa política:

- La incidencia decreciente en el Presupuesto Nacional de las erogaciones en Salud Pública:

ANOS	1966	1971	1972
DEFENSA	13,38%	14,66%	14,80%
SEGURIDAD	3,93%	4,23%	3,60%
	17,31%	18,89%	18,40%
SALUD PUBLICA	3,08%	2,30%	1,90%

- La desjerarquización del Ministerio de Salud Pública que ha pasado a ser Subsecretaría del Ministerio de Bienestar Social.

Figura 1. Continuación.

Fuente: Centro de Documentación e Investigación Pensar en Salud (CEDOPS), Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

- La tendencia a la liquidación del Instituto Nacional de Salud Mental que, aún con su estructura burocrática y vertical, constituye un ente específicamente referido a la salud mental.
 - La tendencia a la privatización de los hospitales, promovida por la Ley 19337, que bajo la consigna de la descentralización hospitalaria acentúa la política de arancelamiento directo o indirecto de los servicios y hace "engordar" artificialmente los escuálidos hospitales con el aporte directo de los pacientes, o indirectamente, a través de los contratos con las mutuales de obreros y empleados.
 - La prescindencia, por parte del Estado, de la consulta a las organizaciones de los profesionales y trabajadores de la salud en la elaboración de las medidas que se han tomado.
 - El estímulo estatal a la anarquía de los tres sistemas (hospitalario, mutualizado y privado) que coexisten y que han llegado a ser incompatibles entre sí en el plano médico, financiero y de la planificación.
 - La creación de un complicado cuerpo de decretos y leyes que se superponen, contradicen y anulan unas a otras: ley 17102 de "hospitales de la comunidad", ley 18610 de creación del INOS, ley 19302 de servicios sociales para jubilados, ley 18912 derogada por la reciente ley 19710, etc., etc.. Los resultados más evidentes de esta legislación son:
- a) el desplazamiento de la financiación del sector asistencial público a los usuarios a través del rodeo de las obras sociales, que recogen sumas astronómicas del salario de los trabajadores (2% directamente y 2% en forma indirecta);
 - b) las obras sociales y mutuales, a través del INOS y de la ley 19710, contribuyen a la financiación y al enriquecimiento del sector privado, constituido por "entidades comerciales" de la salud, por los dueños de políclínicos y de sanatorios que, a su vez, explotan la "mano de obra barata" de los médicos que emplean;
 - c) el manejo político de la organización de la asistencia médica del país por parte del Ministerio de Bienestar Social y el Ministerio de Trabajo que se erigen demagógicamente en árbitros de situaciones sanitarias, médico-gremiales, etc., y que ejercen el control sobre los jefes sindicales a través del manejo de los fondos mutuales.
 - d) la distorsión de la asistencia por una reforma hospitalaria --Ley 19337-- a través de la cual el Estado se desentiende de sus obligaciones de protección y fomento de la salud de los habitantes de la Nación, que significa la desaparición de la carrera médico-hospitalaria y que anarquiza aún más nuestra estructura asistencial.

Esta política es la negación histórica de la responsabilidad que asumió el Estado Argentino en materia de salud pública, que desde la Colonia y la Independencia ya entendía que atender a los enfermos era función del Estado. La nueva política instaurada en esta materia obedece, sin duda, a intereses definidos dentro del campo empresario, que restringe totalmente el significado social que históricamente tuvo la constitución de las organizaciones médicas en la República.

Figura 1. Continuación.

Fuente: Centro de Documentación e Investigación Pensar en Salud (CEDOPS), Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

LA SITUACION SANITARIA EN SALUD MENTAL

- En el contexto de las necesidades de salud, acentuadas por la situación económico-social y política, se advierte la falta de un plan de salud en general y más aún de un plan de salud mental.

- El análisis de los recursos físicos, humanos y financieros demuestra la inexistencia de una planificación coherente que responda en cantidad suficiente y en calidad adecuada a los requerimientos actuales. Mencionemos sólo que el 66% de la población y el 15% de la superficie del país tienen el 88% de las camas psiquiátricas.

- Existe una mala cobertura de la demanda real y un encubrimiento de la demanda potencial. El subdesarrollo económico condiciona el atraso cultural, particularmente en las áreas marginales.

- Los sectores de población sujetos a mayor riesgo, los niños (29% de la población de 0 a 14 años), los ancianos (8,3% de la población de más de 65 años) y las poblaciones marginales están desprovistos, en la práctica, de asistencia en salud mental.

- Los servicios, en particular los hospitales psiquiátricos, funcionan precariamente en instalaciones en general obsoletas.

- Los recursos humanos son insuficientes en número (escasez de profesionales y de auxiliares técnicos), careciéndose de planes racionales y suficientemente amplios de capacitación.

- Los recursos financieros, crónicamente insuficientes y mal distribuidos, han sido devorados por el proceso inflacionario: al promediar el año los establecimientos han agotado sus partidas presupuestarias.

- La calidad de las prestaciones es pobre, limitándose en los hospitales psiquiátricos al cumplimiento de una función custodial y a la administración de terapias biológicas y psicofármacos (cuando los hay) y, en los servicios externos, a algunas entrevistas luego de largas listas de espera. Este panorama no varía, en lo fundamental, por la existencia de servicios aislados donde, con grandes dificultades, se intenta aplicar métodos terapéuticos avanzados.

- Frente a esta situación, las estimaciones realizadas sobre la base de estudios epidemiológicos parciales indican que el 1/5 de la población está necesitada de atención en salud mental por la alta incidencia de neurosis, trastornos psiquiátricos infanto-juveniles y de la ancianidad, alcoholismo y crecida prevalencia de psicosis y demencias.

- La política tradicional de salud, que ve en la psiquiatría una especialidad de bajo rendimiento, destinada a aislar al enfermo de la sociedad, no puede enfrentar ni resolver esta ingente demanda que transforma a la salud mental en un problema altamente prioritario.

LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS PSIQUIATRAS

Para la psiquiatría la situación comentada es grave y la más comprometida. Influyen en su gravedad y compromiso el nuevo rol del psiquiatra en la sociedad contemporánea y su papel como agente positivo en la salud de la población. Este es un fenómeno nuevo y conflictivo, que debe ser considerado con originalidad en la Argentina y en Latinoamérica, dentro del contexto cultural, político y social en que se desenvuelve. En el caso particular de la

Figura 1. Continuación.

Fuente: Centro de Documentación e Investigación Pensar en Salud (CEDOPS), Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

Argentina cabe destacar los siguientes aspectos en que contradictoriamente se desarrolla:

1) en las grandes ciudades, la actividad psiquiátrica privada se desarrolla vinculada a grupos de altos recursos, con la utilización de técnicas que dichos grupos están en condiciones de pagar. No son muchos los psiquiatras que trabajan en establecimientos públicos, si bien su número va en aumento. Al mismo tiempo, los psiquiatras rechazamos esta práctica discriminatoria de la medicina.

2) En el interior los psiquiatras se debaten entre puestos públicos mal pagos y una agobiadora demanda por parte de pacientes de obras sociales y mutuales que tampoco reconocen ni arancelan adecuadamente el trabajo de la especialidad.

3) Las acciones emprendidas por el Estado --en esta realidad de dilución de responsabilidades-- no están remuneradas ni organizadas en forma adecuada para atraer a la psiquiatría a la población más necesitada de sus servicios.

El acto médico psiquiátrico, realizado tanto en el sector público como en el mutual o privado, aparece por lo tanto distorsionado por las estructuras socio-económicas subyacentes. Se produce así una contradicción flagrante entre el desarrollo científico-técnico de nuestra profesión, que nos permite conocer y tratar mejor los males de nuestros pacientes, y una práctica que nos empuja acelerada y crudamente al mercado de consumo. Hay una psiquiatría de abundancia y otra de escasez. La calidad de la asistencia está determinada, en general, no por las necesidades del paciente y el criterio clínico del terapeuta, sino por el nivel de sus ingresos, por su pertenencia de clase.

Se produce una degradación del papel del psiquiatra y una deformación de su formación. Esta no se hace de acuerdo a las necesidades y demandas reales y potenciales de la población, sino por los requerimientos restringidos de ciertos sectores del mercado de la enfermedad mental. La pertenencia de los psiquiatras a un sistema asistencial con una mala cobertura de la enfermedad --al punto que los propios profesionales carecen de protección-- conduce a que actuemos más como agentes de enfermedad que como promotores de salud.

QUE SIGNIFICA UN PLAN DE SALUD ?

La situación precedente conduce en general a un proceso de proletarianización de la profesión médica que va dejando de ser privada sin adquirir la jerarquía de socializada. Un verdadero proceso de socialización significa, en primer lugar, la superación de la anarquía de los sistemas asistenciales actuales y su unificación a través de un servicio nacional de salud que abarque a toda la población, proceso que debe cumplirse acompañando los cambios paralelos en la estructura socio-económica y política del país.

En estas condiciones, se establece un falso enfrentamiento entre los médicos y los sectores populares, encubriendo sus comunes intereses; enfrentamiento instrumentado por el gobierno y según el cual los profesionales, explotados por el Estado, los organismos mutuales y los empresarios de la medicina, aparecen como explotadores de los legítimos derechos de la salud de la población.

La persistencia en negar el carácter social del cambio operado en la medicina --servicio social versus apropiación individual de honorarios-- encubre

Figura 1. Continuación.

Fuente: Centro de Documentación e Investigación Pensar en Salud (CEDOPS), Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

intereses espúreos, ligados a los empresarios comerciales de la medicina, por una parte, y el manejo autocrático y demagógico del Estado, por otra. Los médicos, tanto como la clase obrera y el pueblo, somos en igual medida víctimas de esta situación manejada por el Gobierno, los capitalistas de la medicina y los jefes sindicales. Aquél, con toda su potestad y la suma del poder público, ha eludido la imprescindible necesidad de una organización racional e integral de los cuidados médicos, manteniendo el clásico mercado de servicios a nivel local y la división subsectorial a nivel global.

LAS ACCIONES Y LA ORGANIZACIÓN DE LOS PSIQUIATRAS

De lo expuesto surge, ineludiblemente, la clara necesidad de un plan de salud mental incluido en un plan de salud pública. Sostenemos firmemente sin embargo, que dicho plan no ha de ser elaboración impuesta ni producto de escritorios burocráticos. Debe crearse en un proceso de elaboración crítica de nuestra realidad nacional, a través de las acciones de los técnicos y trabajadores de la salud, con la activa participación de amplios sectores populares y de sus organizaciones. Por otra parte, si hemos partido de que la estructura económico-social y la situación política del país tienen una clara incidencia en todo lo que hace a salud mental y salud en general, los psiquiatras, en tanto asumamos nuestro papel de promotores de salud y no de cómplices de la enfermedad, debemos apoyar e incorporarnos a las luchas generales que consideremos justas y en los campos específicos que nos atañen.

Esta Carta, redactada en Mendoza a propósito de la consideración de los problemas de la salud pública y de la salud mental en la Argentina, nos ha permitido valorar los esfuerzos realizados por generaciones de argentinos y de latinoamericanos por asegurar su independencia económica, social, científica y técnica. En la tierra de San Martín, artífice junto con Bolívar de la emancipación sudamericana --que con conocimiento e imaginación irrumpieron audazmente en la conformación de nuestras repúblicas--, su recuerdo nos plantea hoy la prosecución de la lucha por nuestra real y segunda independencia. En el plano médico y psiquiátrico ésta significa, a nivel general y local, una renovación de estructuras, en las cuales la salud sea más un problema de la comunidad que de los individuos, en que no sólo se preste atención al individuo enfermo, sino que la atención médica sea un eslabón que identifique y trate la cadena epidemiológica en su totalidad, incluyendo niveles de prevención y de rehabilitación. Esto hará posible una verdadera política sanitaria.

Mendoza, junio de 1972.-

Figura 1. Continuación.

Fuente: Centro de Documentación e Investigación Pensar en Salud (CEDOPS), Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Argentina de Psiquiatras. Carta de Mendoza de los Psiquiatras Argentinos. II Conferencia Nacional sobre Problemas Gremiales y Profesionales de los Psiquiatras, Mendoza, Argentina, 18-19 jun 1972.
2. Confederación Médica Panamericana. Carta Médica de La Paz, Conclusiones y recomendaciones. XI Congreso Médico Social Panamericano, La Paz, Bolivia, 20-22 oct 1970.
3. World Health Organization. Joint UN/WHO meeting of experts on the mental-health aspects of adoption: Final report [Internet]. Geneva: WHO; 1953 [citado 10 may 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38625/1/WHO_TRS_70.pdf?ua=1.
4. World Health Organization. The community mental hospital: Third report of the Expert Committee on Mental Health. [Internet]. Geneva: WHO; 1953 [citado 10 may 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37984/1/WHO_TRS_73.pdf.
5. World Health Organization. Official records of the World Health Organization No 49: Executive Board Twelfth Session [Internet]. Geneva: WHO; 1953 [citado 10 may 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85648/1/Official_record49_eng.pdf.
6. Congress of the United States of America. Public Law 88-164 [Internet]. Oct 31, 1963 [citado 10 may 2014]. Disponible en: <http://research.archives.gov/description/299883>.

FORMA DE CITAR

Galende E. Memoria: el pasado nos debe enseñar algo sobre el presente. Salud Colectiva. 2014;10(2):265-278.



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.