

PARTE I: CONTEXTOS

Capítulo 1 La desmanicomialización en Río Negro Claudia Gabriela Baffo

El objetivo de esta primera sección es ubicar al lector en el ámbito de estudio, a fin de posibilitar una mejor comprensión de ambas investigaciones y de los resultados obtenidos. Para ello, se utiliza una adaptación del primer capítulo de una de las tesis¹⁷ incluidas en este libro.

Primero se presenta sucintamente el sistema sanitario de la provincia de Río Negro; luego incluimos una descripción de las características técnicas y datos recientes del PSMC (Programa Provincial de SMC). En tercer lugar, realizamos una breve presentación histórica del inicio y avance del proceso de desmanicomialización.

El sistema sanitario de la Provincia de Río Negro.

Al igual que el resto de las provincias del país, RN posee un sistema de salud del que participan tres subsectores: público, privado, y de obras sociales. Las camas disponibles ascienden a 325 por 100.000 habitantes, es decir, un total de 1930 en toda la provincia (Coordinación de SM& OPS, 2008). Nos limitaremos en adelante a describir el subsector público, considerado el más importante por el alto porcentaje de población sin cobertura social,

¹⁷ Baffo C. G. *Desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y nuevos desafíos. La perspectiva de los trabajadores a 25 años de la reforma en salud mental*. Tesis de Maestría. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2011

y porque en la mayoría de las localidades este subsector es el único prestador existente. El mismo cuenta actualmente con un total de treinta y tres hospitales generales de diversa complejidad, 161 centros de atención primaria de la salud, y 73 parajes, con una estructura que combina una organización por Áreas Programáticas con el funcionamiento en redes por nivel de complejidad, para cada zona sanitaria.

La provincia se organiza en zonas sanitarias que se corresponden con los seis departamentos geográficos: I Zona Oeste (alto valle oeste), I Zona Este (alto valle este), II Zona (valle medio), III Zona (región atlántica), IV Zona (región andina), V Zona (línea sur). Esta forma de ordenamiento implica una responsabilidad territorial de cada institución sanitaria pública sobre su población a cargo, geográficamente delimitada. A su vez, la organización en redes por nivel de complejidad, implica que cada hospital brinda prestaciones correspondientes para su nivel de complejidad y deriva a otra institución del departamento en caso de ser necesario.

Según publicaciones oficiales, la disponibilidad de camas en el subsector público es de 1211 (promedio anual), lo que representa más del 60 % del total de camas del sistema de salud. Respecto de la cantidad de consultas para el mismo año, surge que cada habitante de la provincia realizó 2,2 consultas externas. El 34% de las consultas que se realizan son de tipo urgencias (Ministerio de Salud de Río Negro, 2010).

En la provincia, la Ley 2570/92 de "Reformulación administrativa del Subsector Público de la Salud", ha establecido en su Art. 3 como lineamientos la descentralización del sistema de salud pública, en sus aspectos políticos, técnico y administrativo. Esto implica diversos niveles operativos que favorecen mecanismos de participación progresiva, en los ámbitos provincial, zonal y local, mediante la conformación de Consejos de salud, con representación de distintos sectores estatales y comunitarios (Legislatura de la provincia de Río Negro, 1992).

El programa provincial de SMC (PSMC)

El proceso de desmanicomialización que nos ocupa en esta tesis se corresponde con el PSMC. El mismo se gestó en 1985, y fue conducido por el Departamento de SM hasta el año 2005, momento en que fue creada la Dirección Provincial de SMC. Desde el año 2007 la conducción del programa se realiza desde un equipo provincial de Coordinación, conformado por tres instancias: la Dirección de SMC, el Departamento de SMC (ambos de nivel central-ministerial) y los seis coordinadores zonales, referentes de cada zona sanitaria. La dirección del programa en el período de realización de ambas tesis (2007-2011) fue asumida por la Dra. Diana Jerez Bordeau. Al momento de la publicación de este libro la directora es la Lic. Susana Santillán.

La prioridad de la política en SM en la provincia es "la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental" (Dirección de Salud Mental, 2007). Para ello se cuenta con una red de servicios territoriales, coordinados con una modalidad de conducción colegiada.

Conducción Colegiada

El PSMC en tanto forma parte de salud pública, asume el formato de sectorización por zonas sanitaria que ya describimos. En correspondencia con esta forma de organización, en 2007 se retoma la figura del Coordinador Zonal de SM. Como facilitador de la implementación del programa en cada ámbito de referencia, el mismo tiene las tareas de supervisar y acompañar a los servicios locales en su labor, como así también un rol activo en la construcción conjunta de la política de desmanicomialización junto al equipo de Coordinación Central (Coordinación de SM& OPS, 2008).

La forma de organización colegiada implica encuentros frecuentes de planificación, seguimiento y evaluación de su implementación. En el Informe de Gestión 2009 se informó que el equipo de coordinación del PSMC había realizado reuniones trimestrales, con el objetivo de evaluar las acciones dentro de una lógica de hacer-evaluar, buscando el consenso. También se comunicó que en la mayoría de las zonas se realizaron reuniones sistemáticas de los servicios de SMC durante ese año.

(Coordinación de Salud Mental, 2009). Dicha forma organizativa nos recuerda la necesidad de mantener el poder de decisión en una instancia colectiva, aunque se requiera de una coordinación -concentración del saber técnico- para el funcionamiento operativo del programa (Dell'Acqua, 1995).

Financiamiento

Se estima que el 3% del gasto en salud pública, es para salud mental. El PSMC no posee un presupuesto propio, sino que el mismo se regula desde el Ministerio de Salud, y por lo tanto la efectiva utilización del mismo está sujeta a la aprobación de las autoridades administrativas. Del total del financiamiento para salud mental, el 83% corresponde al pago de salarios de los recursos humanos (Coordinación de SM& OPS, 2008).

Señalamos que en Río Negro no es habitual el trabajo *ad-honorem* en salud. Los cargos de profesionales optan por una dedicación *part time* (20 o 30 hs semanales) o bien *full time* (44 hs semanales), en este último caso el contrato con salud pública implica una dedicación exclusiva del profesional a ese subsector.

El reconocimiento salarial de los profesionales no diferencia por disciplinas, siendo de tal modo que el sueldo de un médico, psicólogo, trabajador social o licenciado en enfermería es el mismo para igual carga horaria, dado que se incluyen todos en la misma categoría.¹⁸ Las actividades extras, como las guardias, ya sean activas o pasivas, se pagan como horas extras según régimen establecido a tal fin. Por otro lado, existe una notoria diferencia en el monto salarial de los profesionales con respecto al de los operadores, quienes se incluyen en una categoría distinta (junto a personal administrativo, servicios generales, chóferes, entre otros).

Por otro lado, los servicios de SM gestionan localmente otro recurso material, humano, físico y financiero, para la realización de actividades o el sostenimiento de espacios comunitarios, como por ejemplo talleres y grupos.

Destacamos que el programa tiene una lista de medicamentos esenciales, que son distribuidos en toda la red de prestación de servicios. Esto es valorado positivamente como indicador de accesibilidad de la población para recibir tratamiento psicofarmacológico (Coordinación de SM& OPS, 2008).

¹⁸ Si existe una diferencia en el reconocimiento salarial por "especialidad" según se trate de disciplinas médicas o no médicas.

Red de Servicios territoriales

En la provincia no existen hospitales psiquiátricos públicos, prohibidos por ley desde el año 1991.¹⁹ En reemplazo de aquel, el PSMC cuenta con servicios de SMC en 31 de los 33 hospitales generales distribuidos en las seis zonas sanitarias de la provincia.

El programa de SM tiene presencia en 116 de los 161 centros de atención primaria de la salud, y en 56 de los 73 parajes, bajo la modalidad de patrullas, visitas domiciliarias o bien atención de urgencias alcanzando una cobertura de casi el 75% de la red sanitaria del sector público (Coordinación de SM& OPS, 2008). Esto impacta favorablemente en la accesibilidad de la población rionegrina a la atención en SM, en comparación con las restricciones que conllevaba disponer de un único servicio especializado para todo el territorio provincial, como sucedía antes de que se iniciara la reforma en 1983. Hasta entonces, el único hospital general que brindaba atención específica en SM era el hospital de la ciudad de Allen.

No sólo las zonas sanitarias presentan gran heterogeneidad en tamaño y características sociales, culturales y económicas; sino que dentro de ellas, cada área programática también presenta características particulares, que la diferencian de las demás. Así, algunas áreas alcanzan los 90.000 habitantes y un gran desarrollo económico, mientras que otras poseen menos de 2.000 habitantes. Esto nos remite a una gran diversidad en el tamaño de los servicios de SM algunos son unipersonales mientras otros superan los cuarenta integrantes. Sin embargo, el tamaño del equipo no siempre se corresponde proporcionalmente con el tamaño de la población, dado que no existe un criterio que funcione como parámetro de cantidad de efectores sobre cantidad de población.

Si bien los servicios en los hospitales generales son el principal soporte institucional del programa, el mismo incluye otros espacios institucionales, como las empresas sociales, asociaciones de usuarios y familiares y diversas estructuras intermedias. Entre éstas últimas, en el año 2009 se contaba con cinco centros comunitarios diurnos; una casa alojamiento; una

¹⁹ En el subsector privado, existen dos clínicas psiquiátricas que fueron habilitadas en los años 1993 y 1994 a pesar de que la Ley provincial 2440 lo prohíbe explícitamente. Las mismas están localizadas en la zona del alto valle, y poseen en total 69 camas (Coordinación de SM& OPS, 2008).

casa para el trabajo de atención y resocialización de personas bajo jurisdicción judicial²⁰ (Coordinación de SM& OPS, 2008).

Las Asociaciones de Familiares y Usuarios, son organizaciones no gubernamentales que colaboran estrechamente con la reforma. Respecto de las empresas sociales que existen en la provincia de RN, un reciente informe evaluativo del sistema de SM provincial las describe como:

(...) emprendimientos productivos donde los usuarios son miembros societarios. El producto se vende en el mercado en las mismas condiciones que cualquier emprendimiento productivo, diferenciándose de los talleres protegidos porque se generan recursos genuinos. La reinserción socio-laboral, de la cual la empresa social es una de las modalidades, es parte de la estrategia terapéutica (Coordinación de SM& OPS, 2008, p. 22).

Recursos Humanos

En el año 2007 había un total de 189 efectores del PSMC, de los cual 21 eran profesionales en formación,²¹ mientras que 168 eran personal contratado en planta provisoria o permanente. De éstos últimos (168), 64 eran psicólogos, 62 operadores, 21 psiquiatras, 8 enfermeros, 5 trabajadores sociales, 3 psicopedagogos, 3 administrativos y 2 sociólogos. Se observa que el número de operadores alcanza el 37 % del total de recursos humanos (Dirección de Salud Mental, 2007).

La Ley 2440 plantea que con el objetivo de favorecer la promoción de las personas que padecen sufrimiento mental, deben conformarse equipos interdisciplinarios. En la práctica, notamos que no existen especificaciones al respecto, por ejemplo, no está estipulada la cantidad de efectores para cada disciplina, ni la proporción entre cantidad de efectores profesionales y no profesionales.

La figura del enfermero no es uno de los actores clave del proceso de desmanicomialización (Schiappa Pietra, 2003); ha sido muy difícil sumar a esta disciplina reemplazada, en parte, por la figura del operador en SM, en cuanto a los cuidados y acompañamientos que requieren los usuarios.

Un aspecto relevante del programa es la capacitación de profesionales a través de la RISaMC (Residencia Interdisciplinaria en SMComunitaria). Se

trata de un programa de formación de pos grado de tres años de duración, que se desarrolla a partir del año 1994. La misma recibe una financiación mixta entre el Ministerio de Salud de la Nación y el provincial, bajo el otorgamiento de becas de capacitación. Incluye a profesionales de múltiples disciplinas: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, licenciados en enfermería. Se cuenta con aproximadamente ocho nuevas becas por año, es decir, que suman 24 efectores en formación para los tres años.

La residencia se desarrolla en diversos servicios de SMC de la provincia. Al ser considerada como capacitación en servicio, su eje primordial es el desarrollo de actividades bajo los lineamientos del programa provincial. Cuenta, además, con espacios de formación teórica y supervisión de la tarea, a cargo de las figuras de coordinador e instructor local (Dirección de Salud Mental, 2006).

Legislación y derechos humanos

La actividad en el área de SM está regulada por la Ley Provincial N° 2440 de "Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental", sancionada en septiembre de 1991 y reglamentada en 1992 (Legislatura de Río Negro, 1991). El subsector público se enmarca también dentro de la Ley Provincial N° 2570, de "Descentralización Sanitaria" (Legislatura de Río Negro, 1992).

Si bien la existencia de una legislación en SM no es garantía de la protección de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental, contribuye al respeto de los mismos dado que aporta un umbral ético y jurídico al cual apelar cuando los derechos son vulnerados (Gerlero et al, 2010). El anteproyecto de la Ley 2440 fue redactado en el año 1989 por el Dr. Hugo Cohen. Nótese que el mismo fue anterior a que se publicaran los principales documentos internacionales que significaron avances en término de SM y derechos humanos, como la Declaración de Caracas (OPS, 1990) y la Declaración de Brasilia (OPS, 2005).

Entre los componentes que la Ley 2440 enfoca, se encuentran el acceso a la atención de SM; los derechos de usuarios, las familias y otros cuidadores en los servicios de SM; temas de competencia, capacidad y tutela para personas con enfermedades mentales; tratamiento voluntario e involuntario; entre otros (Coordinación de SM& OPS, 2008).

El trabajo en equipos interdisciplinarios, la intersectorialidad como paradigma, el principio de inclusión social como eje rector de las prácticas,

²⁰ Casa artículo 12 Ley 2440 de Río Negro.

²¹ Formación a través de la Residencia Interdisciplinaria en SMComunitaria - RISaMC

son contenidos destacados de la mencionada Ley. Otro eje es la responsabilidad de los equipos por el seguimiento activo de las personas con sufrimiento mental. Además, en su artículo 23, la Ley 2440 prevé la creación de una comisión mixta interpodere para la promoción y evaluación permanente de su aplicación, que se puso en funcionamiento recién en el año 2008 mediante la Ley 4327/08. La Comisión conformada por representantes del poder legislativo, ejecutivo y judicial, tras la elaboración de un primer informe en el año 2008, quedaría constituida como comisión permanente de seguimiento.

Respecto a la política sobre los derechos humanos, destacamos que la Ley 2440 plantea como inválido todo recurso destinado exclusivamente a la reclusión de las personas. Explicita que la internación debe considerarse como último recurso terapéutico, tras agotar el resto de las alternativas, y de implementarse debe lograr en el menor tiempo posible la resocialización de la persona. El control del tiempo de internación está a cargo del Departamento de SM según lo establece el artículo 10 de su reglamentación.

La Ley 2440 prohíbe, además, la utilización de electroshock y cualquier otra técnica que afecte la dignidad de la persona con sufrimiento mental.

El Poder Judicial debe resguardar el cumplimiento de todos los aspectos de la Ley 2440, siendo el garante de los derechos de ciudadanía de las personas. En este sentido, se prevé la comunicación a la justicia de toda internación involuntaria, y la intervención del Juez para la aplicación de las estrategias terapéuticas indicadas por el equipo de SM.

La Ley 2440, en tanto documento regulatorio, enmarca la práctica concreta de los servicios de SMC, es decir, que plantea normativas que funcionan como directrices de la tarea. Este hecho, muestra el carácter político de dicha Ley, que se hace efectivo en el ejercicio cotidiano de una serie de actividades o prestaciones, que se describen sucintamente a continuación.

Las prestaciones de los servicios de SMC.

Cada servicio se ocupa de las prestaciones a realizarse en su territorio, sin aplicarse en este ámbito los criterios de derivación por nivel de complejidad, como se describió para el sistema sanitario en general. Tampoco existen servicios de SM especializados, ni abocados a una tarea específica. Sin embargo, -si el número de efectores lo permite- algunas veces se realiza una división operativa de tareas.

Aun así, es el equipo en su conjunto y no el efector personalmente, a quien se considera responsable de las prácticas de atención, prevención y promoción de la SM en cada territorio. Con frecuencia, el profesional de SM trasciende su área específica de actuación técnica, asumiendo otras tareas, por lo cual se lo considera polivalente. (Schiappa Pietra, 2003; 2008).

Respecto de la atención ambulatoria, la mayoría de los SSMC proporcionan asistencia en consultorio externo de los hospitales generales, como así también atención domiciliaria y seguimiento en comunidad, en forma directa o mediante la conformación de redes intersectoriales. Estudios recientes informan que los mismos brindan asistencia a 3.416 usuarios por cada 100.000 habitantes, con un promedio de seis contactos por cada uno (Coordinación de SM& OPS, 2008). También se informa un aumento progresivo en la cantidad de prestaciones ambulatorias anuales, que alcanzan las 175.000 en el año 2008 (Coordinación de Salud Mental, 2009).

La internación, como mencionamos, se realiza en sala común de los hospitales generales, con el propósito de evitar el aislamiento en instituciones monovalentes o en centros especializados. En este sentido, podemos mencionar como algunos de los resultados positivos, la disminución del tiempo promedio de internación de seis meses a 11 días, con un promedio inferior al 10% (Coordinación de Salud Mental, 2009). Otras actividades frecuentes que son promovidas por el paradigma de la intersectorialidad, son las reuniones y contactos con instituciones y referentes comunitarios que deben implicarse en la atención y rehabilitación de los usuarios, como por ejemplo: municipio, organizaciones de vivienda, clubes y centros recreativos, escuelas, programa de Promoción Familiar y Justicia.

Finalmente, nos interesa mencionar en este apartado, las actividades de acompañamiento en la vida diaria y las visitas domiciliarias a las personas con sufrimiento mental, puesto que son acciones que contribuyen a diferenciar el modelo de atención comunitario que se sostiene en RN, respecto del modelo tradicional. Ambas tareas, requieren una cercanía y contacto afectivo entre el trabajador y los usuarios, que no sólo son inevitables sino necesarias en este modelo de trabajo (Schiappa Pietra, 2008).

Historia de la Desmanicomialización

Antecedentes en Argentina

La desmanicomialización rionegrina es un proceso provincial cuyo origen se identifica con el restablecimiento de la democracia en Argentina en el año 1983 (Cohen & Natella, 1995). A nivel nacional, en dicho año se crea la Dirección Nacional de SM, que estimula la creación de algunas direcciones provinciales (Gerlero et al, 2010).

Como antecedente, podemos mencionar que en el período de gobierno dictatorial se desarrolla una de las experiencias más importantes para la SM del país: nos referimos al trabajo del Dr. Goldenberg en el Hospital de Lanús, quien creó el primer servicio de psicopatología en un hospital general, y fue fundador de un nuevo espacio de atención en este ámbito (Wolfson, 2009). Mauricio Goldenberg fue uno de los principales promotores de la creación de espacios alternativos al manicomio. Utilizando su propio servicio de psicopatología como lugar de formación de trabajadores de SM, logró promover estas ideas, convirtiéndose en un referente nacional y latinoamericano para el cambio de modelo de atención en SM. Fue un defensor del trabajo en equipos interdisciplinarios, e instaló el concepto de que la institución que debía ocuparse de la enfermedad mental era el hospital general, como estrategia para evitar el aislamiento que producía el manicomio (Wolfson, 2009).

Recién en el año 2007, el Plan Nacional de SM enfatiza la necesidad de consolidar estrategias alternativas al hospital psiquiátrico, promover la integración de la atención en SM a los sistemas y organizaciones de salud estimulando el desarrollo de una red de complejidad creciente (Gerlero et al, 2010).

Al momento de redacción de este capítulo, ya se encuentra sancionada la Ley Nacional de SM Nro 26.657/2010 (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2010), que representa un avance en la consolidación de un modelo nacional. Se espera que logre superar las fragmentaciones que se evidenciaban en cuanto a políticas y planes para el sector hasta el año 2009 (Gerlero et al, 2010).

Origen y antecedentes en Río Negro

Antes del proceso de reforma, las internaciones por motivos de SM se realizaban exclusivamente en el servicio de psiquiatría del hospital de la localidad de Allen. Si bien se trataba de un hospital general, funcionaba de

hecho, como hospital psiquiátrico, puesto que cumplía con las particularidades que definen a una institución total. Goffman identifica como principales características de estas instituciones a las siguientes:

Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se realiza en compañía inmediata de muchos otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas [...] Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, concebido ex profeso para lograr los objetivos propios de la institución. (Goffman, 2001, p.21-22).

El servicio de psiquiatría del hospital de Allen, centralizaba a nivel provincial la atención de este tipo de especialidad, recibiendo derivaciones del resto de los hospitales. Esto significaba, la mayoría de las veces, el alejamiento del paciente de su familia y de su comunidad. Teniendo en cuenta las características geográficas del territorio provincial y su falta de accesibilidad -malos caminos, transporte costoso-, se entiende que las familias muchas veces ni siquiera podían visitar ocasionalmente al internado.

Como antecedente a este modelo centrado en el hospital de Allen, cabe mencionar la existencia de una colonia psiquiátrica que funcionó como hospital monovalente provincial desde mediados de los 60 hasta 1973 en Ingeniero Jacobacci. Esta institución, que se instaló en un paraje aislado con el claro objetivo de aislar a los locos, tuvo que cerrar por razones financieras, no existiendo en ese momento un cuestionamiento a su legitimidad o efectividad, sino sólo a su eficiencia (Schlappa Pietra, 2003).

A principio de los años 80, el hospital de Allen donde funcionaba el primer servicio de SM de la provincia, tenía dos anexos: el hospital general de Ingeniero Huergo (distante 70 km de Allen) y otro en un edificio en la misma localidad de Allen. El primero, se eligió como anexo en 1978 por ser el hospital general de la zona que contaba con el mayor número de camas libres. Según Schlappa Pietra "ese agregado mostraba como la tendencia manicomializadora se había apoderado del sistema. Más adelante descubriríamos que no importa el número de camas que puedan habilitarse, siempre serán pocas" (2003, p 156) En total, el sistema Allen tenía una capacidad de internación de 100 a 120 personas. Por otro lado, en estos años previos a la desmanicomialización, algunos hospitales de la provincia realizaban atención ambulatoria de problemáticas vinculadas a SM, pero no realizaban internaciones y ante eventuales crisis se derivaba al

hospital de la ciudad de Allen.

El inicio del proceso de reforma se identifica con el advenimiento de la democracia en el país. El primer gobernador provincial del período democrático fue el Dr. Osvaldo Álvarez Guerrero, quien impulsó, además, otras reformas en el sector educativo y penitenciario.

Respecto del origen del proceso, reconocemos la existencia de un debate en la provincia, entre quienes plantean que la desmanicomialización fue un movimiento desde abajo que logró -luego de diez años de intenso trabajo- legalizarse e institucionalizarse con la sanción de la Ley 2440 en 1991; y quienes por el contrario, plantean que en su origen, el movimiento tuvo la participación de unos pocos y que la reforma fue impuesta verticalmente, sin verdadero debate ni construcción colectiva desde las bases.

Si consideramos al sector de trabajadores de SM, cabe considerar junto a Schiappa Pietra que en 1983 el Hospital de Allen centralizaba no sólo la atención de los enfermos mentales, sino la mayoría de los recursos, por lo tanto la gran mayoría de los trabajadores de SM de la provincia trabajaban en dicha institución: "Era casi matemático: más crecía en importancia el neuropsiquiátrico, más desprovistos de recursos conceptuales y técnicos quedaba el resto del sistema sanitario rionegrino" (2003, p.159). Por lo tanto, se entiende que los primeros cuestionamientos y transformaciones surgieran en este lugar, y que también desde allí se dieran las primeras resistencias y críticas al cambio de modelo.

La desmanicomialización en marcha

En Río Negro, el cuestionamiento al modelo de atención de las personas con sufrimiento mental -enfermos mentales- se apoyó en un debate que partiendo de reconocer sus derechos como personas, cuestionó las formas de tratamiento existentes hasta ese momento por indignas. La búsqueda de eliminar formas de maltrato encubiertas por la contención institucional, y lograr un trato más respetuoso de la persona con sufrimiento mental, fueron los ejes centrales en la discusión. Así, comenzó a gestarse un cambio en las prácticas y en el modelo de atención.

En este proceso fueron fundamentales algunos actores individuales, que ocuparon el lugar de líderes, directores o coordinadores, siendo quienes marcaron el rumbo y la estrategia de la transformación. El Lic. Carlos Cornaglia, desde la jefatura del departamento provincial de SM, es quien

en el año 1984 inicia el cambio de modelo. Si bien los aportes individuales de Hugo Cohen, Jorge Pellegrini, Graciela Natella, entre otros, son considerados esenciales, no nos detendremos en este aspecto, remitiendo al lector interesado a la bibliografía existente sobre el tema (Schiappa Pietra, 2003).

La externación de los pacientes de Allen, en su mayoría considerados crónicos, se realizó progresivamente durante el período 83-88, logrando el cierre del servicio psiquiátrico y la re-inauguración de la institución como hospital general en 1989. Paralelamente, se fue modificando la organización de los servicios de SM de la provincia, con el objetivo de evitar futuras internaciones. Siendo uno de los ejes centrales de la transformación fue la descentralización de recursos humanos, se buscó detener la concentración de profesionales en Allen y generar equipos de trabajo en cada uno de los hospitales generales de la provincia (Schiappa Pietra, 2003).

En ese mismo período, es decir, antes de la sanción de la Ley 2440, se comienza a hablar de conceptos que van a ser elementales en el proceso a rescatar los recursos sanos de las personas, la construcción de la estrategia terapéutica con la inclusión del usuario y su familia, horizontalidad, socialización del conocimiento como estrategia de trabajo en equipo, inclusión de otros saberes, internación como último recurso terapéutico, internación en hospital general, etc. También es previo a la sanción de la ley que comienzan a realizarse los encuentros provinciales de trabajadores de SM. Surgen como modo de salvar las distancias y lograr cierto consenso entre los trabajadores, fortaleciendo una ideología común. La primera se realiza ya en 1984. Dichas reuniones persisten aunque con frecuencia y modalidades diversas hasta la actualidad (Schiappa Pietra, 2003).

La sanción de la Ley 2440 y la década del noventa

Luego de varios años de iniciada la reforma, en el año 1991, se sanciona la Ley n° 2440 de la legislatura de Río Negro, denominada "Ley de Promoción sanitaria y social de las personas con sufrimiento mental", para los trabajadores de SM rionegrinos simplemente la 2440. La misma se consideró un gran logro del proceso de transformación de la atención en SM. La reglamentación se realizó un año más tarde.

"Es así que la ley 2440 legalizó en el año 1992 un modelo ya legitimado por varios años de práctica de los equipos de SM de la

provincia" (Coordinación de SM& OPS, 2008).

Además de la sanción de esta Ley, que se considera un hito del proceso de la reforma rionegrina, se cuenta como logro la realización del primer curso para operadores, que culmina el 20 de diciembre de 1991. Esto permitió que un grupo de promotores, se incluyera como personal no profesional a los equipos de SM.

La figura del operador es valorada de manera desigual y hasta contrapuesta, según diversas lecturas de lo que implicó su incorporación a los servicios. Por un lado, algunos afirman que se trata de un aporte en correspondencia con la transformación del modelo de atención. Gracias a su inclusión en los equipos, se logra un concepto de interdisciplinariedad que va más allá de los saberes académicos, abarcando también a los saberes populares. Además, esta figura se corresponde con las funciones de promoción que este nuevo modelo implica. Por otro lado, desde una lectura alternativa a la oficial, algunos identifican en la creación de esta misma figura, un intento de conseguir mano de obra barata, dado que el salario de estos trabajadores no es equivalente al de un profesional. Así, se estaría contando con recursos para acompañar y contener a usuarios de SM, gastando poco. En este sentido, denuncia el titular de un diario regional "Río Negro no invierte en salud mental. Una situación de locos" (Carreño et al, 2003). Este tipo de argumentos, que denuncian la asociación entre reforma de SM y ajuste, serán una de las principales críticas a las que se enfrentó el proceso.

Más allá de la existencia de aspectos debatidos, y de fuertes críticas a la estrategia de cambio, con la sanción de la Ley 2440 se abre una nueva etapa para la SM rionegrina. Por primera vez, existe una legislación que respalda la realización de prácticas que hasta el momento eran consideradas casi clandestinas, como realizar una visita domiciliar, o incluso la misma internación en el hospital general. En ese tiempo se produjo la publicación de un libro, con relatos de diversos trabajadores del programa provincial (Cohen & Natella, 1995)

En él se evidencia el carácter de esplendor de ese momento, donde después de muchos años trabajando en contra del modelo instituido, finalmente se "accede al poder" (Schiappa Pietra, 2003).

Respecto del momento histórico en que se logra la sanción de la ley 2440, también existen controversias y diferentes lecturas. El hecho de que se sancionara precisamente a principio de los años noventa, cuando comenzaba el auge del neoliberalismo en el país, dio pie a que algunas

personas consideren que la desmanicomialización era utilizada como herramienta para la reducción del gasto público, correlativa a la reducción del estado y su retiro como garante de la salud de la población (Sans, 2009). Por otro lado, los datos descritos en el apartado anterior, muestran exactamente lo contrario: más cantidad de profesionales, más cantidad de internaciones y de todo tipo de prestaciones en SM.

En este sentido, algunos de los actores que fueron y siguen siendo trabajadores rionegrinos de SM, plantean que la Ley 2440 fue sancionada a pesar del momento histórico que comenzaba a vislumbrarse en el país (Schiappa Pietra, 2008). Por otro lado, recordemos que Río Negro, Córdoba y Santa Fé fueron las primeras provincias argentinas en establecer una legislación en SM, todas en el año 1991. Luego, en el transcurso de los noventa, y aún en contextos socio-sanitarios e institucionales diversos, otras tres provincias logran establecer su legislación (Gerlero et al, 2010). Otros autores coinciden en que la reforma antimanicomial de Río Negro fue el mayor logro en término de reformas iniciadas cuando comienza el período de la transición democrática; pero señalan que la misma no pudo escapar a los efectos del desmantelamiento de las instituciones públicas de salud como producto de la política neoliberal que se reafirma en los noventa (Kazi et al, 2007).

Respecto de dicho debate, consideramos que el cambio en el modelo político en Argentina, de clara impronta neoliberal en la década del noventa, sin duda marcó un quiebre en cuanto a la presencia y funciones del estado en todos los órdenes de lo social (Iriart et al, 1995). Las consecuencias de este modelo y su impacto en el sector salud, comienzan a repercutir en la cotidianidad del ámbito sanitario a mediados y hasta fines de los años noventa, alcanzando su máxima expresión con la crisis del 2001 (Belmartino, 2004; Bleichmar, 2007). Recordemos que en Argentina la desocupación alcanzó niveles tan altos que fueron records para el país, el gasto público se redujo drásticamente obedeciendo mandatos de recorte señalados por organismos internacionales con quienes el país mantenía una relación de deuda económica y de dependencia política.

Schiappa Pietra plantea que durante los noventa, momento en que debía consolidarse e institucionalizarse la desmanicomialización, no se contó con las condiciones para ello. En referencia a este período, el autor plantea:

Una de las principales fallas, fue la carencia, insuficiencia o inadecuación de los dispositivos o medios técnicos necesarios para llevar a cabo las internaciones que se necesitaran (Schiappa Pietra, 2008, p. 73).

Para este autor, el avance necesario para consolidar la reforma se vio obstaculizado, al menos respecto del tema de la internación en SM, no tanto por las condiciones social-económicas adversas, sino porque "lamentablemente, no hubo claridad intelectual ni voluntad para solucionar el tema" (2008, p. 73). Más allá de esta situación, se reconoce que en esta etapa -desde mediados de los noventa hasta mediados del 2000- no se logró avanzar según lo esperado, en la consolidación del modelo (Schiappa Pietra, 2003).

La Dirección de Salud Mental

En el 2005, se creó una figura nueva: la Dirección Provincial de SM. El Lic. José Shiappa Pietra fue nombrado por la Ministro de Salud de la provincia para ocupar dicho cargo. Este hecho marca un nuevo contexto, donde se reaviva el debate y la necesidad por parte de los trabajadores de retomar el protagonismo en cuanto a la construcción del proceso de desmanicomialización.

Tras la renuncia del Lic. Schiappa Pietra, en el año 2007 asume provisoriamente la Dra. Analía Brolde, psiquiatra de El Bolsón, y se concreta una reunión provincial de trabajadores de SM del ámbito público, en la cual se genera una propuesta desde las bases. Esta propuesta incluye la elección de una referente que se propone a la Ministro de salud provincial, como nueva Directora de SM, con el consenso de todos los participantes. Pero, además, se incluye en la propuesta una nueva forma de organización para el PSMC, que retoma la figura del coordinador zonal como estrategia para favorecer la construcción colectiva, es decir, para favorecer la participación de los trabajadores de los servicios, tal como se desarrolló al describir la forma de conducción colegiada.

Otro aspecto de la historia: múltiples adversarios

Desde el origen de la reforma, hubo oposiciones y diversos tipos de críticas a este proceso, provenientes de algunos médicos, algunos psicólogos, algunos legisladores, algunas familias... la oposición no era patrimonio de un solo sector ni disciplina; aunque -según creo- desde el sector de trabajadores de SM que impulsaba el movimiento, se identificaba especialmente como principales detractores a los profesionales del ámbito médico y psicológico, quienes se negaban a perder poder en el tema.

Uno de los argumentos siempre utilizados por los detractores del modelo, se apoya en el concepto de peligrosidad. La postura asumida por los trabajadores del programa frente a este argumento, puede resumirse con las siguientes palabras: "frente al dolor del encierro preferimos los riesgos de la libertad".²²

Pero, es necesario resaltar el hecho de que no todos los que se opusieron a la reforma defendían al manicomio. Vale esta aclaración, dado que durante muchos años la disputa se polarizó en términos dicotómicos: manicomiales vs. desmanicomializadores; lo cual consideramos dificultó el propio avance del movimiento, por rechazar *a priori* -o al menos sin un debate serio- las opiniones de aquellos no adherentes al nuevo modelo.

Reconocemos, entonces, como una de las deudas del proceso, la necesidad de identificar distintos tipos de críticas: analizar si lo que se pone en cuestión es el propio objetivo de la desmanicomialización, o bien la estrategia, recursos u organización. Consideramos que no asumir toda crítica como una crítica rotunda (es decir, como expresión de fuerzas manicomiales) podría contribuir al propio desarrollo del proceso de reforma.

Concluyendo

La historia de la desmanicomialización rionegrina es una historia viva, que aún se encuentra en construcción. Claramente se puede observar que no pretendimos agotar el tema en esta breve presentación, sino simplemente brindar al lector un marco de referencia para reflexionar acerca del mismo.

Esta historia se presenta como algo no homogéneo, dado que podemos reconocer diversos actores y acontecimientos, coincidencias y desajustes respecto del momento político nacional, como así también logros y obstáculos que no han sido lo suficientemente estudiados.²³

²² Se desconoce el autor individual de esta frase, que por su uso colectivo se ha transformado en una de las expresiones clásicas de la desmanicomialización rionegrina.

²³ Ello forma parte de los argumentos con los cuales se fundamentó la investigación cuyos resultados se presentan en la III parte de este libro.

CAPÍTULO 2

Dos modelos para mirar el sufrimiento mental: lo asilar y la SMC

Mariana Paulín Devallís

El propósito del capítulo es situar al lector en el contexto político, teórico y práctico en el cual se da la puja entre dos modelos de atención a las problemáticas de SM, a saber: el modelo asilar y el modelo -desmanicomializador- de SMC.

Para ello pondremos a disposición nuestra lectura teórica de los modelos de atención, pues consideramos que comprender las diferentes visiones sobre el sufrimiento mental es fundamental para aproximarse al programa SMC de Río Negro.

Las conceptualizaciones aquí desarrolladas corresponden a uno de los componentes de la tesis de Paulín, y deben ser entendidas como parte del marco teórico e interpretativo de dicha tesis. Sin embargo, afirmamos son equivalentes a las conceptualizaciones que se utilizaron en la tesis de Baffo, y por eso consideramos que el presente capítulo sirve de introducción y contextualización para ambos trabajos.

Como se menciona en la introducción del libro la motivación de las autoras por escribir sus tesis primero, y publicarlas ahora, tiene un objetivo práctico - político de mostrar, hacer pública, una experiencia -entre otras- de reforma que buscan un tratamiento del sufrimiento que no implique la anulación del ser humano.

Los modelos de atención a la problemática de SM

Expondremos teórica y conceptualmente los dos modelos de atención a las problemáticas de SM; su constitución, características y movimientos de críticas. No entendemos a uno como la superación del otro, sino que cada uno responde a imperativos sociales, históricos, político e ideológicos

diferentes, pudiendo coexistir en un mismo tiempo y lugar. La predominancia de uno u otro depende de las relaciones de fuerzas que los diversos grupos que los representan (a cada uno de los modelos) impongan en un determinado contexto.

Galende (1992) afirma que es posible diferenciar tanto en el campo de la SM como en el de la psiquiatría asilar cinco elementos, ellos son: las formas históricas del daño mental, las disciplinas a las cuales se les encarga, las teorías y saberes para abordarlo, las prácticas terapéuticas y las instituciones y que según la articulación de los mismos se pueden trazar tendencias de la predominancia de un modelo u otro.

Surgimiento del Modelo Asilar

El proceso de constitución del paradigma asilar, conocido también como "institucionalización de la locura", es resultado del proceso de diferenciación entre el "loco" y las demás categorías de personas desviadas que hasta ese momento eran objeto de la política de internación en el Hospital General (Foucault, 1964). Luego de la revolución de 1789 se define un estatuto y un lugar especial para los locos (Foucault, 1964, Castel, 1978) y la formación de figuras que sostienen el edificio de la "psiquiatría positiva", tales como la de los asilos, los encargados de esa población (los médicos alienistas) y el estatuto público de la locura entendida como medida de protección contra la peligrosidad que se le adjudica a los alienados. El carácter terapéutico que adquiere el asilo fue el producto de gestos sociales y políticos, y no del avance científico. Foucault (1964) afirma que si el médico pudo dominar la locura no se debe a que la conociera sino a que somete la conducta del loco.

Para Castel el paradigma asilar debe gran parte de sus características a Pinel, que es artífice de la construcción de un nuevo lugar social para los locos y de la fundación del orden en que se inscribe toda práctica asilar. El orden asilar se basa en tres operaciones; la primera "aislamiento del mundo exterior", la segunda "la constitución del orden asilar" y la tercera "relación de autoridad médico-auxiliares y enfermo" (Castel, 1978, p 85-88). La medicalización de la locura implica una definición de un nuevo estatus jurídico, social y civil del loco, que le es asignado a través de la institución médica.

El aislamiento externo, permite observar y clasificar los factores esenciales a la etiología y evolución de los procesos patológicos, sin interferencias,

además facilita el estudio de la enfermedad mental, que para los alienistas también contribuiría a la cura. Para Pinel la cura equivale a la adaptación social. Se clasifica y separa a las personas por sus señales externas.

El médico, por medio de su "autoridad moral" modera las pasiones, cuya exacerbación es considerada la causa de la locura, es decir que, en tanto tutor, el médico lleva al paciente a adaptarse a un tipo social ideal, según Pinel. El alienado únicamente puede reconquistar su dignidad aceptando la voluntad racional que le impone el médico, figura que concentra todo el poder institucional. Estos tres elementos con su "aggiornamientos"²⁴ sustentan las prácticas asilares desde su constitución hasta nuestros días.

De manera similar, Goffman (1961) considera que el mandato oficial de los hospitales psiquiátricos cual es el de proteger a la comunidad contra el peligro de ciertos comportamientos anormales, le imprime a la psiquiatría una característica ambigua entre un discurso científico de tratamiento y la custodia.

En el caso del manicomio como "institución total" (Goffman, 1961), es una organización para el manejo de ciertas conductas indeseables para un determinado orden social, y actúa como amenaza potencial de castigo. Pero lo hace a través de argumentos científicos que justifican la privación de la libertad a un ciudadano.

Para el autor, no existen evidencias de que el comportamiento que un sujeto es obligado a desarrollar en el encierro, sea el mismo que tendría fuera de la institución, dado que la situación es una "incubadora de síntomas". Tampoco hay indicios pruebas de que la remisión de los síntomas se deba a la terapéutica implementada, especialmente cuando la mayoría de las veces la terapéutica implica condiciones denigrantes de existencias a las cuales el sujeto debe someterse.

Características del modelo asilar-custodial.

Existe una versión primigenia de este modelo y versiones "aggiornadas" la primera es la más fácil de reconocer como un modelo puro, históricamente enmarcado en el surgimiento de la psiquiatría. Las versiones posteriores,

son producto de los sucesivos "aggiornamientos" que le permiten mantenerse vigente. Para ello se dan procesos de expropiación y asimilación de teorías que pueden parecer opuestas al modelo asilar. Procesos de adopción de nuevos medios terapéuticos más adecuados a las preferencias sociales de época y la integración de disciplinas nuevas además de las típicas del modelo. Tanto las teorías, las prácticas como los actores pueden modificarse sin que se modifique el núcleo del paradigma asilar que estaría dado por "el aislamiento del mundo exterior", "la organización de un orden asilar", y "la relación de autoridad" (Castel, 1978).

En cuanto al objeto de intervención se reduce la existencia a los síntomas o señales que se asocian a la enfermedad, a lo anormal, lo patológico, lo desviado. Se produce una reducción de la existencia del sujeto a la patología. Esta reducción es parte de la operación que Castel (1978) denomina "aislar del mundo exterior", que se entiende como una operación analítica que mediante el aislar y diferenciar los síntomas, construye una clasificación de los fenómenos (Castel, 1991; Amarante, 2003). Es decir, que la clasificación es un encuadre al que son referidos los signos y síntomas que el paciente presenta y/o expresa. El espacio asilar, según este modelo, facilita el proceso de conocimiento de los factores esenciales a la etiología y evolución de las patologías, sin interferencias externas. Para este modelo las causas son inherentes al individuo.

Sus proposiciones son presentadas como universales, ahistóricas, e irrefutables. En cuanto a los trastornos mentales severos este modelo los considera una enfermedad para la cual es necesario encontrar una etiología y una cura. Da lo mismo si esa cura es bioquímica, psicológica o social, lo que nos interesa resaltar es la predominancia de una operación de reducción de la existencia y de las prácticas que se desarrollan dentro del modelo asilar.

En sus versiones más contemporáneas puede trabajar con enfoques individuales, grupales, orgánicos, psíquicos o sociológicos, pero no produce una integración entre estas miradas, como tampoco comprende integralmente al sujeto sino de manera fragmentaria (Schippa Pietra, 1993). Produce una compartimentalización del trabajo y del sujeto (Costa Rosa, 2000) La intervención puede ser realizada por varias profesiones, pero no como equipo de trabajo, sino que se predomina alguna categoría profesional que sustenta el poder sobre los demás trabajadores a quienes se considera "auxiliares" (Costa Rosa, 2000) desde nuestro punto de vista esto vale tanto para los médicos como para cualquier otra profesión que consiga erigirse como la que detenta la explicación del problema.

²⁴ Aggiornamento para Castel serían procesos de adaptación de los dispositivos disciplinarios que los vuelven más sutiles e invisibles para permitir su conservación aunque las circunstancias cambien. (Castel, 1978)

Se da una jerarquía entre profesionales así como entre los determinantes de salud y enfermedad. En su "aggiornamento" puede concebir al sujeto como multideterminado pero existe un elemento nuclear (biológico, comunicacional, psíquico, socioeconómico, etc.) y otros accesorios. (Corbisier, 2000) Las jerarquías profesionales ocultan decisiones políticas, pujas de poder y fuerzas corporativas que determinan las posiciones y relaciones de fuerzas que hay entre las profesiones y se justifican por la importancia para abordar el problema de intervención. Se realiza un abordaje individual del sujeto que presenta determinado síntoma de forma descontextualizada, si se interviene con la familia o allegados es para darle prescripciones. Se pueden encontrar polaridades entre quienes saben/pueden y quienes no saben ni pueden, locos y sanos, carencia y satisfactores. Del lado de la población se encuentra la negatividad, la falta, la desviación y del lado de la institución el saber, la salud y las respuestas (Costa Rosa, 2000).

La institución típica de este modelo es el hospital psiquiátrico cerrado, pero puede adoptar otras modalidades donde predominan espacios interdictados al usuario y población en general, la clausura del diálogo. Quienes trabajan en este modelo tienden a desarrollar su tarea dentro de la institución y si se dan encuentros con otros sectores, son marcados por la supremacía de las categorías psicopatológicas.

Los efectos más visibles de este modelo son la cronificación asilar, la exacerbación de efectos secundarios debidos a la medicación y /o el aislamiento, el aislamiento social, la estigmatización y la exigencia de adaptación a tipos sociales aceptables (Costa Rosa, 2000)

Antecedentes de reformas al modelo asilar

Algunos autores consideran que existieron críticas al modelo asilar desde su constitución, nos referimos aquí a corrientes de pensamiento y a experiencias que surgen en el siglo XX como oposición al mismo. Podemos señalar diferentes posturas, unas promueven una vuelta a la finalidad científica y terapéutica del paradigma asilar que se habría perdido por una implementación errónea; otras posturas critican el fundamento mismo de la existencia del modelo, su eficacia y la función social de segregación que cumple (Galende, 1992; Amarante, 2001).

Los movimientos de reforma no pueden entenderse como modernización de la psiquiatría sino como producto de una crisis de la imagen institucional

de la misma, que favorece la constitución del campo de la SM, en un momento determinado (Galende, 1992). Se originan en la crítica política y social de un sector de intelectuales. Por su parte la sociedad en general, necesita respuestas a nuevos problemas que el modelo asilar no atiende, la posguerra implica nuevas condiciones sociales, nuevos problemas y nuevos sujetos que requieren de atención. También se concreta una forma novedosa de intervención del Estado, el Estado de Bienestar. Todo ello confluye en la creación del campo de la SM, con su correspondiente modelo de explicación y atención del sufrimiento (Galende, 1992; Amarante, 2001).

Podemos señalar que tanto en el momento de constitución del paradigma asilar como en el momento de su crítica, las razones determinantes no proceden del campo de la ciencia sino del campo político.

Pueden hallarse en todas las experiencias de reforma tres conceptos recurrentes: 1) la distribución por zonas, 2) la continuidad del tratamiento y 3) la integración de los tres niveles de atención (Desviat, 1999).

Como resultado de numerosas experiencias surgen en Europa y Estados Unidos diversas corrientes de reforma, cada una con sus particularidades que responde al momento histórico y necesidades sociales que le dan origen. Dichas experiencias a través de su hacer y sus conceptualizaciones así como por su lucha en el terreno ideológico han permitido la emergencia de un nuevo campo de saber - hacer, el de la SMC.

En este libro no se describirán en detalle los movimientos de reforma del viejo continente y Estados Unidos pero sí queremos compartir nuestra lectura de las huellas que ellas han dejado en el PSMC de Río Negro, que pueden encontrarse en el capítulo 3.

Modelo de SMC. ¿Qué entendemos cuando hablamos de la SMC?

Queremos explicitar que con el concepto de SMC se está haciendo alusión a un concepto polisémico por la heterogeneidad de teorías y experiencias que se congregan en torno a él. La SMC es un campo de intervención interprofesional, interdisciplinario, intersectorial que tiende a la articulación de aportes de diversas teorías y prácticas.

El paradigma asilar ha sido expuesto a sucesivas críticas desde dentro mismo del cuerpo profesional, y desde fuera del propio campo, con el

surgimiento de nuevos problemas que no puede resolver y nuevos roles asumidos por el Estado de posguerra. En esas condiciones históricas se constituye un campo de pensamiento e intervención, el de la SM, como ruptura con la psiquiatría asilar.

En el campo de la SM se cuestiona la noción de "enfermedad" en tanto ese concepto remite a lo natural, se utiliza el concepto de "sufrimiento mental" para evitar la referencia a lo naturalmente dado. El proceso de salud-enfermedad mental (en adelante reemplazamos -enfermedad- por sufrimiento mental) es producto de un entramado de relaciones de determinación conformada por las condiciones de existencia; la circulación de valores, los vínculos del individuo con su sociedad de pertenencia; y la dinámica de integración-exclusión. Cada sociedad genera determinados valores productores de modos de sufrimientos particulares y si bien existe un correlato biológico, no es un proceso natural, sino construido socio-históricamente, como lo explica Galende:

"[...] las cuestiones relativas a la salud y enfermedad mental no tienen su origen en datos naturales, es decir que las normas de relación en las cuales se producen estos valores no son normas biológicas sino sociales" (Galende, 1992, 81).

El proceso de salud-enfermedad es social y biológico, los procesos sociales determinan la producción de procesos de salud-enfermedad particulares para determinados grupos o para una sociedad en un momento histórico dado (Laurell, 1986). No son elementos condicionantes o contextuales de los procesos de salud-enfermedad mental sino productores de los mismos. Las condiciones sociales que producen determinado modo de sufrimiento mental también generan una concepción para interpretarlo (Galende, 1992).

El campo de la SM es amplio, complejo, interdisciplinario e intersectorial, en él se articulan actividades de prevención, asistencia y rehabilitación de los sufrimientos mentales de individuos, grupos, familias, instituciones y comunidad. Su objetivo primordial es el bienestar social de la población y para ello desarrolla dos frentes de intervención, uno asistencial para quienes tienen un padecimiento mental y otro preventivo de acciones socio-comunitarias.

La complejidad del objeto requiere de una ampliación de los conceptos y las prácticas con que abordarlo. Las prácticas terapéuticas de SM no buscan respaldo exclusivo en la medicina sino que se constituye un cuerpo con diversidad de disciplinas, de teorías y de prácticas. Además inscribe su accionar en un marco de valores como el respeto a los derechos humanos,

la solidaridad y la democracia con inclusión social, no tiene pretensión de asepsia o neutralidad, es un campo con una explícita orientación ideológica, que recupera para el ámbito terapéutico las dimensiones políticas y sociales que son productoras de salud-sufrimiento mental (Galende, 1992).

El Modelo desmanicomializador - SMC de Río Negro.

En este apartado exponemos las características conceptuales particulares del modelo rionegrino que es objeto de este libro. El modelo rionegrino es una articulación particular, que se funda en la práctica y la reflexión, y que tiene familiaridades con otros modelos existentes dentro del campo de la SM. Dado que consideramos que existe una multiplicidad de posturas teórico metodológicas es que creemos necesario explicitar específicamente como se definen los diversos elementos en el modelo desmanicomializador - de SMC de Río Negro.

Natella et al (2005) refirieron que las relaciones del PSMC rionegrino con otros modelos de reforma no son simples ni lineales, sino que ejercen su influencia a través del bagaje teórico de cada uno de los trabajadores.

Pudimos rastrear influencias en corrientes como la psiquiatría preventiva de Caplan, la desinstitucionalización Italiana, la anti-psiquiatría, la psicología social de Pichón Riviére, entre otras. Es por ello que al hablar de la base teórica del programa no se puede, según Natella et al (2005), reducir a ecuaciones de toma y adaptación, sino que se dan "familiaridades".²⁵ Es decir que las características teórico-conceptuales del programa son producto de la construcción de los trabajadores en la permanente articulación entre la práctica y la reflexión. El marco conceptual del programa conjuga conceptos de elaboración propia con otros conceptos de corrientes de reforma psiquiátrica y aportes de diversas disciplinas como la planificación y la salud pública, la psicología social, etc.

La construcción de la dimensión teórico-conceptual se da como resultado de la articulación continua de la práctica y la reflexión sobre el trabajo del equipo de SM con otros actores.

²⁵ Algunas de esas familiaridades fueron presentadas en las páginas precedentes.

La desmanicomialización como fenómeno multidimensional

Natella (2005) propone la idea multidimensionalidad como aquello que distingue al PSMC, conocido como La "desmanicomialización".

La "Desmanicomialización" es una forma diferente de organizar los servicios de SM, en sus aspectos administrativos, técnico, y de relación entre las profesiones, pero además implica una concepción diferente del sufrimiento mental, una metodología de abordaje propia, y todo ello requiere de una política orientada por esas características conceptuales y metodológicas. Sumado a todo lo dicho es una actitud, que se expresa en la adhesión o rechazo a esta forma de trabajo por parte de los trabajadores, aceptación o no de esas intervenciones por parte de las familias, también se manifiestan en las representaciones sociales sobre las personas con trastornos mentales (Natella et al, 2005)

Significado de la Desmanicomialización

La denominación más popularizada para el proceso de reforma de Río Negro, es la de "desmanicomialización", que asume una significación relevante en el campo de la SMC en Argentina para identificar aquellos movimientos intelectuales y prácticas que proponen la reforma del modelo de asistencia. Según Natella (2005) con ese concepto se quiere explicitar la negación del manicomio y la necesidad de desmontarlo como dispositivo lo cual implica la construcción de un sistema superador. El modelo de la SMC postula la incapacidad terapéutica del hospital psiquiátrico, por ello adopta como opción técnico-política la sustitución por prácticas comunitarias para abordar el sufrimiento mental (Natella, 2007, Cohen, 1994; Schiappa Pietra, 2003).

El sufrimiento como categoría central

En relación al concepto de enfermedad mental y las clasificaciones psiquiátricas que tienen un lugar primordial en el paradigma asilar, se las considera un procedimiento de objetivación de las personas y se propuso utilizar en el programa de Río Negro la categoría de "sufrimiento mental". Según Schiappa Pietra (1992) el "rótulo", calificativo negativo, es entendido como una operación conceptual de marginación, que oculta las expresiones de sufrimiento del ser humano. Para el autor cuando desde un programa se evita depositar categorías en las personas, los profesionales dejan de

apropiarse de ese ser humano como "objeto" exclusivo de su estudio y de su práctica. Ese intento de evitar la clasificación permite que el sufrimiento mental ya no se entienda como una problemática individual asistida exclusivamente por la medicina o las disciplinas Psi, y pase a entenderse como multideterminado. Se complejiza del sufrimiento y como consecuencia las respuestas deben ser múltiples y complejas.

Schiappa Pietra (2003) afirma que fue a partir de la comprensión de la "marginalidad como eje central del dolor mental" que se organizó un modelo de trabajo. El sufrimiento y la cronicidad devienen de un conjunto de condiciones de existencia tanto materiales como subjetivas que impiden la reproducción social de los sujetos. Las condiciones sociales de existencia son centrales en la concepción del proceso de salud-enfermedad-atención, del PSMC, el trabajo sobre los derechos y necesidades de las personas, y la gestión de todo tipo de recursos se constituye como parte de la concepción de SM (Cohen, 1994; Schiappa Pietra 1992, 2003, 2008).

Al complejizarse el sufrimiento también aparecen los factores de poder como determinantes de la marginalidad, por eso se postula como un pilar fundamental del nuevo paradigma el dirimir el poder con los usuarios: "como terapeutas aceptamos y soportamos el hecho de vernos dirimiendo el poder-saber con los usuarios, controlando la tendencia a imponer hegemoníamente una propia visión o concepción de la realidad." (Schiappa Pietra, 2003, 93).

En el programa rionegrino se postula el trabajo con criterios de sufrimiento/ vulnerabilidad, según Natella et al (2005) se entiende que las personas con un padecimiento mental pueden vivir en su territorio siempre que se los acompañe, se les sostenga adecuadamente. Ese sostén implica tantas acciones directas del equipo de SM con el usuario, como también con la familia y la comunidad en que desarrolla su vida. La concepción de vulnerabilidad tiene como efecto en los trabajadores la relativización de las categorías de peligrosidad, progresividad en la enfermedad y cronicidad.

Concepción de sujeto del modelo de atención rionegrino

Tiene una concepción de un sujeto socio históricamente producido, un ser complejo y atravesado por múltiples determinaciones que le producen sufrimiento, un sujeto con capacidades, recursos, necesidades y deseos. El sufrimiento mental se entiende como una dimensión de la complejidad de la existencia humana.

Es a partir de la concepción de un sujeto complejo, que dirime poder- saber

con los trabajadores de SM y con otras personas de su entorno que se puedan derivar dos postulados centrales del modelo rionegrino;

1) un sujeto activo, que no es propiedad de ninguna institución. Si bien se coloca al sujeto en una posición activa no lo culpabiliza de su situación, como un agente con posibilidades de cambio y que pueda discriminar aquellos factores que no dependan de su acción. Su visión es la de un sujeto socialmente situado, ni omnipotente ni totalmente sujetado.

2) que todas las personas poseen recursos de salud, todos los sujetos tienen poder y saberes que usan como recursos (Cohen, 1995; Schiappa Pietra, 1998).

Otro cambio conceptual se refiere a los usuarios como sujetos de derechos y necesidades. Este postulado resignifica la labor de los trabajadores de la SM en la que se incluye la defensa de los derechos y la satisfacción de las necesidades de las personas. Su realización implica la modificación de las prácticas hegemónicamente consideradas del campo de la SM, además requiere de trabajo interinstitucional, intersectorial y con participación de los usuarios y familiares. Las diversas dimensiones de la vida del sufriente mental son transformadas en objetivo de la intervención para el campo de la SMC. (Cohen, 1995; Schiappa Pietra, 2008; Natella, 2007).

Objetivo y fin último del modelo desmanicomializador -de SMC

Para este modelo no es relevante encontrar la etiología del sufrimiento mental sino remontar con intervenciones múltiples y complejas la cadena de determinaciones que se manifiestan por sus efectos en la vida del sujeto (Rotelli et al, 1990). El abordaje es entonces integral y continuo, compuesto por diversos momentos con diversidad de acciones.

Tampoco tiene como fin último la cura, la vuelta a la normalidad, ni la adaptación a un determinado tipo de conducta porque critica la "lógica enfermedad-cura" (Rotelli 1990). Su finalidad es la inserción social, la obtención de grados crecientes de autonomía, la apropiación de derechos, la "invención de salud" y "la reproducción social de los sujetos" (Rotelli, 1990; Cohen et al, 1995; Amarante, 2001; Schiappa Pietra, 2003).

Operacionalmente esto deviene en una ampliación del campo de lo que debe ser tratado, un cambio en el concepto de tratamiento y de los medios que se emplean para llevarlo a cabo (Costa Rosa, 2000). Se considera necesario cambiar el encargo social de tutela por otro de cuidado y

provisión de apoyos de todo tipo sociales, sanitarios, culturales, etc.

La reinserción social, es conceptualizada como la recuperación de la posibilidad de vivir la ciudad, la mejoría en la calidad de vida acorde a cada persona, y la obtención de niveles de autonomía cada vez mayores (Natella et al 2005; Schiappa Pietra, 1992). El modelo rionegrino no asocia las posibilidades de reinserción con el diagnóstico sino con las expectativas, especialmente de los trabajadores -pero no sólo de ellos- y de las oportunidades que se brindan para que esa reinserción se dé en grados ascendentes. En la reinserción social las variables sociales tienen un peso muy importante junto a los estigmas y prejuicios (Saraceno, 1993; Natella, 2007; OMS, 2001).

Los efectos esperados son la reinserción social, la invención de salud, la reproducción social y la ciudadanía. La mejoría en los síntomas es un medio no el objetivo último de este modelo.

Concepto de crisis y atención a la crisis como prioridad

El concepto de crisis, es prioritario dado que es uno de los problemas teórico-prácticos a resolver por todo programa de SM, para evitar la cronificación. Se postula a la crisis como un punto de emergencia de conflictos pero también como oportunidad. Su abordaje lo más cercano al lugar de emergencia permite conocer algunas de las causas y trabajar desde ese momento en la reinserción y el cambio. La crisis no se entiende separada de la reinserción social (Cohen, 2001; Natella, 2005).

El equipo

Un elemento distintivo del programa lo constituye el actor interviniente que es el equipo de SM. La intervención deja de ser un encuentro privado entre profesional y usuario y se transforma en un encuentro colectivo. Según Natella (2005) se modifica la dinámica de trabajo, que se estructura a través de la discusión grupal de cada uno de los casos, acordándose en forma colectiva y consensuada la estrategia terapéutica a desarrollar. (Schiappa Pietra, 2008)

Sobre la característica interdisciplinaria del programa rionegrino, se conceptualizan momentos de especificidad disciplinaria, técnica-profesional, de cada integrante del equipo durante la programación de tareas y la

posterior inespecificidad ejecutiva, que para Schiappa Pietra es "la más importante y a la vez más cuestionada característica del Modo Rionegrino" (2003, 103).

Los profesionales del PSMC se comprometen en un proceso de deconstrucción de las jerarquías entre profesiones y entre profesionales y usuarios. Desafíos que son enfrentados en la teoría y en la práctica. Cohen (1995) y Schiappa Pietra (2003) postulan que la socialización de los conocimientos y la construcción conjunta con otros sectores y con los usuarios de un saber nuevo es una de las formas de desmontar el modelo en que el profesional sabe y puede y el usuario no sabe ni puede nada.

Formas terapéuticas y recursos

Las actividades y dispositivos se caracterizan como integrales, queremos diferenciar integralidad y totalización. El paradigma asilar tiende a la totalización de la vida del sufriente a través de la reducción del problema y la simplificación de las respuestas; el modelo desmanicomializador - comunitario tiende a la integralidad en el abordaje de la situación problemática del sujeto, no simplificándola sino complejizando la intervención. No es suficiente un cambio en los dispositivos sino que debe transformarse la lógica del modelo asilar.

La singularización es un elemento esencial al modelo, cada caso requiere de diversas modalidades de atención y diversos ritmos.

Método de trabajo - formas de organización del trabajo

El método de trabajo predominante es el de la reflexión - acción, que consiste en la construcción colectiva de estrategias terapéuticas en base al conocimiento sobre el sujeto y su sufrimiento (Schiappa Pietra, 2003). En esa construcción colectiva se articulan y complementan diversas posiciones teóricas. La teorización propia del modelo y la situación práctica funcionan como aglutinadores de los aportes de los miembros del equipo. (Cohen et al, 1995).

La estrategia terapéutica se construye colectivamente y se ejecuta basándose en el principio de "descentralización operativa" (Amarante, 2003) en cuanto cada trabajador de SM tiene la capacidad de actuar y tomar decisiones en representación del equipo.

Se tiende a la horizontalización de las profesiones donde se respetan tanto

las especificidades como las inespecificidades, dado que habría tareas propias del campo de la SM que no serían específicas de ninguna disciplina (Schiappa Pietra, 1993).

Se considera necesaria la redistribución del saber y del poder entre el equipo de SM, los usuarios y sus familias, ello implica la apertura de espacios institucionales a la población, la socialización de los conocimientos, la búsqueda de un lenguaje común y el diálogo. Las intervenciones con las familias no tienen una mera postura prescriptiva o informativa. El trabajo con las familias y allegados está orientado a modificar las situaciones que pudieran ser productoras de sufrimiento (Faraone, 2004). Se aspira a la participación democrática de la población en la toma de decisiones en las instituciones y en las políticas de SM.

Intersectorialidad

Se considera que SM es un campo diferenciado al cual, las personas recurren cuando han agotado todos los recursos de los que disponen en su medio para afrontar determinado malestar. Sin embargo además del equipo de SM, otras personas tienen capacidad de realizar "apoyos" a los sufrientes mentales para que desarrollen su vida con la mejor calidad posible. Eso no implica la dilución de las obligaciones de los servicios sino la activación de los recursos que existen en la comunidad y la complementación de los aportes de unos y otros.

El afecto

El modelo desmanicomializador promueve el vínculo y el afecto como elementos constitutivo del trabajo terapéutico. Natella (2007) define el afecto como la cercanía, el respeto por la palabra de la persona, por su cultura, sus creencias. También como la confianza en el otro, en sus capacidades, en que se puede establecer un vínculo de mutuo compromiso.

Según Cohen (1995) el afecto permite a los trabajadores conocer el mundo del usuario y saberse significativo en determinado momento de la vida del mismo. Es un elemento fundamental en la construcción del rol profesional propio del modelo rionegrino. Schiappa Pietra (2003), afirma que todo grupo que trabaje comunitariamente debe ofrecerse como soporte vital de las personas en los momentos de mayor vulnerabilidad y sufrimiento.

Las representaciones sociales y el cambio en la cultura

Frecuentemente se señala al cambio en las representaciones sociales como un umbral de posibilidad para la transformación de las prácticas de SMC. Por el contrario Mauri (2010) considera que son las prácticas concretas de un modelo no asilar que crean las condiciones de posibilidad para el cambio de representación sobre los trastornos mentales.

Según Cohen (1994) la actuación del equipo de SM, no sólo se orienta a la realización de prácticas alternativas sino también a transformar las representaciones sociales sobre la locura, y las estrategias legitimadas para su atención. La OMS (2001) mostró que el estigma es uno de los factores que influyen más negativamente en el pronóstico de las personas con trastornos mentales severos.

Los cambios en las representaciones sociales sobre los trastornos mentales y sus formas de asistencia, no se producen espontáneamente.

Para Murekian et al (2002) las propuestas de transformación como la desmanicomialización, necesitan de procesos de negociación dado que generan representaciones sociales polémicas. La autora²⁶ describe diferentes actitudes que se adoptan frente la propuesta de la desmanicomialización; de adhesión, escepticismo y oposición con diversos gradientes para los diferentes actores. Existen semejanzas y asimilación gradual de los postulados de la desmanicomialización que dependen de la cercanía o no con el tema tanto a nivel personal como profesional y de condiciones materiales que permitan mostrar logros en la calidad de vida de los usuarios.

En cuanto a las representaciones sociales más frecuentes podemos mencionar las relativas a la incapacidad y a la peligrosidad de las personas con trastornos mentales severos (Arrondo et al, 2005, Natella, 2005, Basaglia, 1968), y aquella que considera a la internación cerrada como el mejor o el único tratamiento.

Para el cambio de representaciones sociales, una forma de intervención a favor del cambio es proveer a la comunidad de experiencias compartidas entre usuarios y no usuarios. (Cohen, 1994; Mauri, 2010)

Algunas de las acciones que se realizan en el PSMC para el cambio de las representaciones sociales son: la creación de espacios abiertos a la comunidad y el funcionamiento de dispositivos de SM en ámbitos no

específicos de salud; la difusión de las producciones colectivas o individuales de los usuarios; trabajo de socialización de conocimientos con otros sectores e instituciones; trabajo intersectorial, inclusión de usuarios en actividades de otras instituciones.

Galende (1992) afirma que las prácticas profesionales crean imaginarios en la sociedad, consecuentemente el trabajo dentro de un modelo de SMC puede estar construyendo representaciones sociales en diversos grupos sociales.

²⁶ Ver estudio de Murekian et al 2002