



Índice

EDITORIAL

1. Presentación de la Revista (Daniel Rodríguez, Leandro Luciani Conde) 3
2. Editorial (Emiliano Galende) 6
3. Editorial (Francisco Torres González) 13
4. Cuidados y Necesidades de las personas afectadas por Trastornos Esquizofrénicos que viven en la comunidad. Documento para el consenso internacional propuesto por la Red Maristán (Coordinador: Francisco Torres González) 17

ARTÍCULOS

1. Criminología y psiquiatría: el trauma del primer encuentro (Eugenio Zaffaroni) 25
2. El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria (Sara Ardila, Emiliano Galende) 39
3. Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva. Una experiencia de transformación institucional (Silvia Faraone, Ana Valero, Ernestina Rosendo, Flavia Torricelli) 51
4. Investigando sobre procesos de evaluación de programas de reinserción comunitaria de personas externadas de instituciones psiquiátricas (Sara Ardila, Alicia Stolkiner) 65
5. Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria (María Cecilia López Santi) 77
6. El rol de los trabajadores de la salud en el contexto de las políticas reparatorias por violaciones de derechos humanos (Sabrina Balaña, Federico Kaski, Silvana Reinoso, Javier Rodriguez, Fabiana Rousseaux, Juliana Serritella) 85

DEBATES

1. Inicio a la Sección Debates 97
2. Entrevista al Lic. Yago Di Nella. Director Nacional de Salud Mental y Adicciones (María Teresa Lodieu y Leandro Luciani Conde) 98
3. Ley 26.657: El desmontaje del sistema represivo en salud mental (Leonardo Ariel Gorbacz) 112
4. Introducción a la Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657 (Mariano Laufer Cabrera y María Teresa Lodieu) 118
5. Entrevista al Dr. Mariano Laufer Cabrera. Coordinador de la Unidad de Letrados (María Teresa Lodieu) 119

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Dra. Ana Jaramillo, **Rectora**

Mg. Nerio Neirotti, **Vicerrector**

Dr. Daniel Horacio Rodríguez, **Director del Departamento de Salud Comunitaria**

Comité Editorial

Mirta Fabris, Ana Farber, Héctor Muzzopappa Oscar Tangelson, Daniel Rodríguez

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Director: Emiliano Galende, Director del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús

Director Asociado: Daniel Rodríguez, Director del Departamento de Salud Comunitaria

Comité Editorial

- Guadalupe Ares Lavalle - Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
- Alejandra Barcala - Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
- Silvia Faraone - Universidad de Buenos Aires
- Mariano Laufer Cabrera - Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa - Universidad de Buenos Aires
- María Teresa Lodieu - Universidad Nacional de Lanús
- Leandro Luciani Conde - Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
- María Cecilia López Santi - Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn
- Susana Yacobazzo - Universidad Nacional de Lanús

Comité Científico

- Victor Aparicio Basauri - Organización Panamericana de la Salud /OMS
- Mario Argandoña - Universidad Mayor de San Simón- Bolivia
- Cecilia Ausgburger - Instituto Lazarte- Universidad Nacional de Rosario
- Dinarte Ballester - Universidad Federal de Porto Alegre- Brasil
- Valentin Barenblit - Centre IPSI- Barcelona- España
- Miguel Caldas de Almeida - Universidad Nova de Portugal
- Luis Salvador Carulla - Universidad de Cadiz- España/OMS
- Raquel Castronovo - Universidad Nacional de Lanús
- Silvina Cavalleri - Universidad Nacional de Lanús
- Hugo Cohen - Organización Panamericana de la Salud
- Rubén Efron - Universidad Nacional de Lanús
- Daniel Frankel. - Universidad Nacional de Lanús
- Mabel Grimberg - Universidad de Buenos Aires

- María Graciela Iglesias - Universidad Nacional de Mar del Plata
- Gregorio Kaminski - Universidad Nacional de Lanús
- Alfredo Kraut - Corte Suprema de Justicia de la Nación
- Michael King - Royal Free Hospital-Universidad de Londres- Inglaterra
- Susana Margulies - Universidad de Buenos Aires
- Susana Murillo - Universidad de Buenos Aires
- Benjamin Vicente Parada - Universidad de Concepción- Chile
- Ariadne Runte - Universidad de Granada- España
- Sandra Saldivia - Universidad de Concepción- Chile
- Alicia Stolkner - Universidad Nacional de Lanús - Universidad de Buenos Aires
- Francisco Torres González - Universidad de Granada - España
- Graciela Touzé - Universidad de Buenos Aires
- Miguel Xavier - Universidad Nova de Portugal
- Roxana Ynoub - Universidad de Buenos Aires
- Graciela Zaldúa - Universidad de Buenos Aires

Suscripción y correspondencia
saludmentalycomunidad@unla.edu.ar

ISSN: 2250-5768

Diseño de cubierta e interior, ilustraciones:
Vladimir Merchensky, www.tantatinta.com

Impreso en Argentina

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723. Prohibida la reproducción sin la expresa autorización por escrito.

© Los autores.

© Ediciones de la UNLa.

29 de setiembre 3901

Remedios de Escalada - Partido de Lanús

Pcia. de Buenos Aires - Argentina

Tel. +54 11 6322-9200 int. 227

publicaciones@unla.edu.ar

www.unla.edu.ar/public

Presentación



Dr. Daniel Rodríguez

Director Departamento de Salud Comunitaria

Mgter. Leandro Luciani Conde

Coordinador del Departamento de Salud Comunitaria

Es un motivo de alegría para esta Dirección inaugurar un nuevo proyecto editorial, en momentos en que se respiran en nuestro país aires de cambio auspiciosos para el campo de la Salud Mental.

El Área de Salud Mental del Departamento de Salud Comunitaria, primer área formalmente constituida de la Universidad, fue jerarquizada ya desde los comienzos de nuestra vida universitaria al cantar presente en la comunidad cuando inauguró sus actividades de extensión en la Primera Jornada de Salud Mental Comunitaria de Setiembre de 1996.

Fue muy significativo que en la misma, junto a destacadas figuras nacionales e internacionales, se hiciera presente, en la que fuera una de sus últimas visitas a nuestro país, el Profesor Mauricio Goldemberg, figura señera y maestro de muchos de nosotros, en cuyo servicio la mención a las actividades interdisciplinarias y comunitarias, había dejado de ser una inexorable declaración de principios, para convertirse en un hecho cotidiano.

En todos los que de distintas maneras participamos de aquel momento clave en la reconfiguración de las prácticas de salud mental argentina, existía la sensación de que teníamos que recuperar y dar continuidad a dicho proyecto, fortaleciendo su potencia renovadora desde el campo académico.

Creemos que en el tiempo transcurrido desde entonces esa expectativa se ha visto ampliamente confirmada a través de las actividades académicas, de cooperación e investigación que hemos desarrollado hasta el día de hoy.

Cabe señalar en este sentido, que la idea de Universidad Urbana Comprometida que funda nuestro proyecto institucional, posibilitó que el área no se instale en la vocación de producción y reproducción de un “Saber” descontextuado y alejado de los problemas reales del campo sino, a la inversa, lo haga promoviendo el desarrollo de sinergias entre los diversos actores en juego en dicho campo (usuarios, trabajadores de salud, políticos y técnicos, vecinos, familiares de usuarios, representantes de la comunidad, etc)

motivados por el afán transformador de la realidad socio comunitaria.

El dictado de Carreras de Especialización en Salud Mental Comunitaria realizado por convenios de cooperación destinados a la capacitación de los trabajadores de salud mental en distintos escenarios locales, como los de La Pampa o el Municipio de Lanús; o las actividades de asistencia técnica desarrolladas con distintos gestiones de gobierno (Dirección Provincial de Salud Mental de la Provincia de Chubut, Secretaría de Salud del Municipio de Tandil entre otras) dan cuenta de este proceso.

Como también lo hacen las numerosas cohortes desarrolladas de la Carreras de Maestría y Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Programa internacional este último que a partir de su inclusión inicial en la Red Maristán, y del apoyo por ella brindado, ha logrado instalarse tanto en el ámbito nacional como internacional como una valorada instancia de formación de recursos humanos. Vale señalar el reconocimiento académico que este Programa de Doctorado consiguió al obtener la máxima categoría otorgada por el organismo acreditante a nivel nacional (CONEAU).

Con el actual emprendimiento del Área, la Revista *Salud Mental y Comunidad*, se agrega una pieza que nos estaba faltando: la de iniciar con este proyecto una actividad de difusión que a veces lamentamos no hayan podido desarrollar en su momento algunos “socios fundadores” del campo, como lo fueron Pichon Rivière o el mismo Mauricio Goldemberg, para citar algunos, probable-

mente demasiado ocupados en abrir nuevos rumbos, lo que dejó en manos de sus más cercanos discípulos la tarea de reconstrucción de sus ideas.

Por su parte, a la necesidad de ampliar los márgenes de difusión y discusión de estas temáticas, agregamos el afán de ofrecer un espacio de publicación para investigadores en salud mental comunitaria ajustado a los estándares de publicación científica internacional; espacio que en nuestro medio se encuentra aún vacante.

Pensamos en un espacio inclusivo en el que tengan cabida las diversas disciplinas que confluyen en Salud Mental, tanto las que se apoyan rigurosamente en metodologías cercanas a las ciencias naturales, como aquellas más cercanas a las ciencias sociales, en las que la rigurosidad sea la máxima que permite el estudio de un objeto que en sentido estricto no es muy calculable, como lo es el sujeto humano y sus problemáticas.

El desarrollo de la Salud Mental Comunitaria en la Argentina, como lo detalla Emiliano Galende, es un proceso que ha tenido lugar con marchas y contramarchas y experiencias dispares en distintas regiones del país. En este momento histórico, en un país en el que conviven valiosos aportes de las distintas disciplinas que confluyen en el campo de la Salud Mental, ya no son ideas o leyes como la recientemente aprobada las que nos faltan respecto de lo que debiera hacerse en materia de Salud Mental, sino encontrar formas de llevarlas a cabo de un modo integrado, a escala nacional, con recursos humanos capacitados para la tarea.

Pensamos en un espacio inclusivo en el que tengan cabida las diversas disciplinas que confluyen en Salud Mental, tanto las que se apoyan rigurosamente en metodologías cercanas a las ciencias naturales, como aquellas más cercanas a las ciencias sociales.

Tanto en el mencionado recorrido histórico como en el aporte del Dr. Francisco Torres González, se nos habla y muestra, siguiendo la definición de éste último, de la existencia de un “núcleo duro” que resiste a los avances de los procesos de reforma, a pesar de los logros que se van evidenciando progresivamente en distintos terrenos.

Es evidente que la asignatura pendiente de nuestra anhelada reforma está ligada en parte al avance de los procesos democráticos, y a sus vaivenes, pero la caída de los regímenes totalitarios registrada en la mayor parte del mundo, y especialmente en nuestra Latinoamérica, también nos muestran que la relación democracia-reforma no es ni lineal ni automática.

Si recordamos aquello de Bobbio de “las promesas incumplidas de la democracia” comprobamos que no hace falta que exista una dictadura del Estado para que se mantengan en la sociedad, distintas expresiones de discriminación y exclusión de “los diferentes”, dentro de las cuales cabe como ejemplo paradigmático, el tratamiento que se les ha dado y se sigue dando a las formas más extremas del sufrimiento humano de las que más especialmente nos ocupamos.

Es condición necesaria (aunque no es siempre suficiente) la formación de profesionales reflexi-

vos en las distintas etapas de grado y posgrado, capaces de gestionar los procesos necesarios en los sistemas de atención y cuidado, de manera de evitar la reproducción de aquellas formas instituidas de trabajo que sostienen los prejuicios que históricamente recayeron sobre las personas con padecimiento mental.

Pero también es imprescindible avanzar en la construcción epistemológica, ontológica y praxiológica de un nuevo concepto de salud mental, abierto a nuevos horizontes de conocimiento.

La revista que hoy da sus primeros pasos abre sus puertas a las distintas disciplinas, teorías y saberes que intervienen en las problemáticas de salud mental comunitaria, de manera de contribuir en la dirección de los cambios culturales y sociales que inexorablemente deberán acompañar la emergencia de una nueva mirada del sufrimiento mental y de las formas de abordarlo.

Recuperar la herencia de aquellos que sentaron las bases para un trabajo en salud mental democratizador de las relaciones sociales involucradas en el proceso de atención, y potenciar la capacidad creativa que la producción de conocimiento pueda tener para avanzar en ese derrotero, constituyen los pilares en los cuales esperamos se sostenga este nuevo emprendimiento del Departamento de Salud Comunitaria.

Editorial



Emiliano Galende

Médico. Psicoanalista. Director del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

Esta revista de Salud Mental y Comunidad llega al lector con cierto retraso; hace tiempo el proyecto de su publicación estaba en los planes del grupo docente e investigadores de la Universidad Nacional de Lanús. Las razones de este retraso son varias y no es momento de su justificación. Lo cierto es que hoy está disponible y esperamos cumplir con los objetivos que nos planteamos para su publicación.

Existen revistas, especialmente de los países centrales, dedicadas a la publicación de la producción científica de los psiquiatras. En general estas revistas aceptan trabajos de investigación, proyectos o informes, que responden a estudios realizados con metodología que llamaremos positivista, especialmente cuando se trata de establecer tasas o medidas sobre los problemas investigados, tanto de epidemiología sobre prevalencia de patologías específicas como de estudios sobre la evaluación de Servicios. De otro lado, más dominante en nuestros países de América Latina, y entre ellos de Argentina, existen numerosas publicaciones que abordan ensayos críticos, debates, posiciones y opiniones

sobre lo que es o debería ser la Salud Mental. Publicaciones que reflejan investigaciones rigurosas en muchos casos y que en general se trata de estudios con metodologías cualitativas, con fuerte impronta de modelos experimentados en antropología, sociología o psicología de referencia psicoanalítica. Estos tienen el valor de expresar claramente la situación dominante del campo de salud mental en nuestros países, abrir debates importantes sobre la situación de los servicios y los problemas de salud mental prevalentes en la población, a la vez que representan un aporte de información aun poco tenida en cuenta por los planificadores y gestores de Salud Mental. Podemos observar que estas investigaciones son sumamente ricas en la información crítica que aportan sobre la salud mental de la población, los impactos sociales y culturales, las deficiencias de los servicios, la carencia de atención en algunos casos, pero a la vez de sus estudios no siempre resultan propuestas que permitan avanzar en la construcción de una nueva comprensión de los trastornos mentales, desarrollen un enfoque interdisciplinarios de

los mismos y su forma de tratarlos. Una excepción importante de señalar es la del “Anuario de Investigaciones” que publica la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, que da muestras de un semillero importante de investigaciones, en parte de investigadores en formación, que abren un sendero interesante y esperanzador para el futuro de la investigación en Salud Mental en nuestro país. Los objetivos que nos proponemos con esta nueva revista responden al interés de lograr un espacio de publicaciones que no excluya a ninguna de las dos orientaciones mencionadas, esto es de reflejar a través de lo publicado aquellas investigaciones rigurosas, independientemente de si para sus objetivos y metodologías utilicen criterios cuantitativos, cualitativos, o combinen ambos, que será sin duda lo más frecuente. Asimismo contaremos con una sección de Debates, en la que se podrán publicar ensayos, entrevistas con referentes de nuestro campo, y de algún modo también opiniones fundadas o propuestas de encuentros o actividades dentro de los ejes propuestos. Se trata de ampliar el campo y expresar en su publicación los estudios sobre salud mental que realmente se hacen, especialmente en Argentina y los países de América Latina.

Fijar esta línea de publicación es concordante con el trabajo de nuestro grupo de Salud Mental y Salud Colectiva desde hace varios años, cual es el de desarrollar en los estudios universitarios, especialmente de posgrado, la enseñanza y la investigación desde la perspectiva comunitaria de los cuidados de salud mental. Desde hace 17 años lo hacemos a través de los posgrados y no perdemos la expectativa de impactar también en la enseñanza de grado en aquellas disciplinas involucradas en la atención de salud mental (medicina, psicología, enfermería, trabajo social) y en el diálogo imprescindible con áreas del conocimiento como la antropología, la filosofía, el psicoanálisis, donde cada una desde su perspectiva disciplinaria indagan acerca del espíritu humano y sus avatares. Desde 1997 desarrollamos en la Universidad Nacional de Lanús una Maestría en Salud Mental Comunitaria, la cual han cursado más de doscientos alumnos

en nueve cohortes y han defendido y aprobado sus tesis de investigación cerca de veinte. Entre los años 2005 y 2009 se implementó una Carrera de Especialización en el mismo tema, en dos cohortes: una en convenio con el Gobierno de la Provincia de La Pampa y apoyo de la Universidad Nacional de La Pampa, cuyos alumnos fueron todos los profesionales que se desempeñan en los servicios de salud mental de la provincia, y otra en convenio con el Municipio de Lanús, con el mismo criterio y participación de sus profesionales. Desde el año 2002, mediante un subsidio de la Unión Europea, desarrollamos un programa internacional de Doctorado en Salud Mental, el cual está cumpliendo en la actualidad su cuarto ciclo. Por este programa Argentina cuenta hoy con siete Doctores en Salud Mental Comunitaria, y más de sesenta están desarrollando sus investigaciones para la tesis doctoral. Todos estos programas han sido acompañados y compartidos con una red de ocho universidades, cuatro de Europa y cuatro de América Latina, la Red Maristán, de la cual formamos parte desde su fundación en 1997 y continuamos compartiendo diversas actividades de investigación conjunta y de formación de posgrado en las Universidades de Granada (España), de Concepción (Chile) y los nuestros en Lanús. La pertenencia y la colaboración en esta Red ha sido un aporte crucial para el desarrollo de los proyectos que implementamos. El Profesor Francisco Torres González, catedrático de la Universidad de Granada y presidente actual de la Red que ha escrito parte de la Editorial en nombre de la Red, ha sido no solo el iniciador sino también un conductor incansable de todos sus proyectos. Él mismo, junto a todos los que representan a sus universidades ante la Red Maristán, forman parte del Comité Científico de esta revista y serán los encargados, junto a los demás miembros del Comité, de evaluar los trabajos que lleguen para su publicación en la misma.

Además de la información que leerán en la Editorial de Francisco Torres González, vale señalar el sentido que desde su fundación nos llevó a integrarnos a este proyecto. Casi todos los

que representan a sus universidades en la Red han tenido participación y liderazgo en la reforma de la atención en salud mental en sus países, desde el modelo de la psiquiatría asilar hacia el desarrollo de servicios comunitarios y de cuidados, esto es de prácticas, desde una perspectiva comunitaria. En los países de Europa esta propuesta de reforma, apoyada fuertemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lleva ya cerca de treinta años de experiencia exitosa, al igual que reformas parciales que en la misma dirección se están implementando en algunos países de América Latina. Sin embargo, toda esta nueva experiencia, que está construyendo un nuevo paradigma teórico y práctico sobre los criterios de comprensión de los trastornos mentales y de su tratamiento, que implican a la vez nuevos criterios para la organización de los servicios y diversos dispositivos de atención y rehabilitación, no se acompañó desde las universidades con un cambio en la formación de grado de los profesionales implicados en este campo. Tanto la formación como las diversas investigaciones siguieron orientadas por el marco de las disciplinas que podemos llamar tradicionales: psiquiatría y medicina. El nuevo enfoque interdisciplinario, que da lugar a nuevas prácticas de cuidados en salud mental, la necesidad de servicios integrados al primer nivel de los cuidados de salud, la problemática de la rehabilitación, tanto la temprana en la primer crisis como especialmente la de aquellos pacientes que han permanecido por largos años institucionalizados en hospitales psiquiátricos, el diseño y la gestión de estrategias de atención con participación de los usuarios, sus familias y la comunidad, se han desarrollado tendiendo a su organización e integración de diversas disciplinas, se ha ido acumulando una serie de experiencias, tanto de gestión de los servicios como de las prácticas, que no se han reflejado cabalmente en la formación académica y en la inves-

tigación. El desafío que asumieron las universidades de la Red, con apoyo y colaboración de la OMS y del Programa de Salud Mental de OPS, es justamente el de llevar a las universidades esta nueva perspectiva, para la formación, en principio de posgrado pero con el anhelo de alcanzar también una reformulación de la enseñanza de grado, como también ampliar la investigación desde este nuevo contexto de la atención. La Red ha sido así un encuentro fructífero entre psiquiatras con una perspectiva progresista en este campo de la Salud Mental y profesionales de otras disciplinas integrados al mismo.

¿En qué consiste esta nueva perspectiva en Salud Mental que denominamos “comunitaria”? ¿De qué manera se expresa en Argentina? Para responder a esto hagamos un pequeño repaso histórico.

Hasta los años sesenta del siglo pasado, Argentina tenía un modelo de atención psiquiátrico basado en una red de once Colonias, llamadas inadecuadamente “de rehabilitación”, esparcidas en diversas provincias, en general en áreas rurales y con similar diseño arquitectónico. Las primeras de ellas fueron diseñadas por Domingo Cabred, quien conocía el movimiento de Open Door, vigente a comienzos del siglo pasado en EE.UU. Además un conjunto de Hospitales Psiquiátricos en varias de las capitales de provincia y en la Capital Federal. La hegemonía de la psiquiatría clásica era total en estos servicios y la cronificación habitual de los pacientes era asumida como propia del carácter de la enfermedad mental. En 1957 llegan al país las noticias de la profunda crítica al sistema de la psiquiatría asilar y la denuncia de las condiciones de los hospitales psiquiátricos, que había surgido en la Europa de posguerra. El gobierno militar de entonces crea por Decreto Ley el Instituto Nacional de Salud Mental (en 1953 la Asamblea de la OMS había recogido estas denuncias y dictado una recomendación de avanzar hacia crite-

rios más amplios de salud mental, proponiendo el modelo de Comunidades Terapéuticas, en desarrollo en ese tiempo en Inglaterra). Al poco tiempo, por iniciativa de este Instituto, se crea la Comisión Nacional Asesora en Salud Mental, que integran los once directores de dichas Colonias de alienados. Además de asesorar al Director del Instituto, esta Comisión organiza las primeras Jornadas Nacionales de Salud Mental, que reiteró anualmente en distintos puntos del país y que convocara en los primeros años a los psiquiatras que se desempeñaban en los psiquiátricos, pero luego, con la graduación de los primeros psicólogos (año 1963) éstos se agregan a los participantes de estas Jornadas. En esos años un sector de psiquiatras, mayoritario pero ya no integrado en los hospitales psiquiátricos, forma la Federación Argentina de Psiquiatras y convoca a un Primer Congreso Argentino de Psiquiatría en la Ciudad de San Luis, al cual sucedieron luego seis Congresos y numerosas Jornadas. Mauricio Goldemberg, que había asumido la dirección del Servicio de Psicopatología del Hospital Araóz Alfaro en Lanús, es convocado a diseñar junto a Abraam Sonis, el primer Programa de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires, que crea dos Centros de Salud Mental y varios Servicios en Hospitales Generales. A su vez los psicólogos, que se iban también incluyendo en muchos de los servicios de hospitales psiquiátricos, forman la Confederación de Psicólogos de la República Argentina (COPRA) y pasan a formar parte de los Congresos bianuales de la FAP. Estos dis-

Hasta los años sesenta del siglo pasado, Argentina tenía un modelo de atención psiquiátrico basado en una red de once Colonias, llamadas inadecuadamente “de rehabilitación”, esparcidas en diversas provincias, en general en áreas rurales y con similar diseño arquitectónico.

tintos sectores concurren a grandes debates en los Congresos, desarrollan una crítica profunda del sistema asilar en el país y forman organizaciones interdisciplinarias, como la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental en el año 1972. Los años setenta del siglo pasado fueron sin duda los comienzos de una reforma de la atención en Salud Mental en el país, apoyado en un gran movimiento de profesionales que recibían el respaldo de algunas organizaciones

sindicales, grupos políticos y amplios sectores de la cultura.

La dictadura de los años setenta y seis logró dismantelar estas iniciativas y su objetivo de “mantener el orden” y la hegemonía de los psiquiatras asilares en los servicios de Hospitales Psiquiátricos y Colonias. Con el retorno de la democracia, con Mauricio Goldemberg una vez más liderando una propuesta de cambio y esta vez como consultor de OPS/

OMS en Argentina, se inicia un nuevo camino que en sus comienzos no integró la experiencia de los años setenta. El Instituto Nacional de Salud Mental había desaparecido y el gobierno creó la Dirección Nacional de Salud Mental, que se hace cargo de la propuesta diseñada por Goldemberg. Esta nueva Dirección Nacional logró fundar en casi todas las provincias Direcciones de Salud Mental provinciales y se implementó una Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM), en la cual se formaron muchos de los profesionales que retomaron la senda de la prometida reforma de la atención psiquiátrica en el país. Es también en esta década que co-

menzó el programa de Salud Mental en la Provincia de Río Negro, una experiencia que en el caso de Argentina mostró un camino de transformación que se ha consolidado en el tiempo y ha servido de ejemplo a otras iniciativas. Estos intentos, luego de la sufrida dictadura, permitieron algunos avances, sembraron nuevos compromisos de profesionales con la reforma y en varios de los hospitales psiquiátricos y Colonias se implementaron exitosos programas de externalización de pacientes. En el campo intelectual los criterios interdisciplinarios se implantaron con fuerte aceptación y la consigna de integrar a la comunidad como perspectiva para la atención se difundió fuertemente en todo el país. Recordemos que fue a comienzos de los años noventa que se concreta la Declaración de Caracas, un año antes de la decisión de la Asamblea de Naciones Unidas de acordar entre 180 países los Principios para la atención de la salud mental.

Los últimos veinte años en Argentina, y en parte de los países de América Latina, se caracterizaron por un notable desarrollo entre los profesionales de la salud mental de los principios de salud mental y de las estrategias de participación de la comunidad, junto a una crítica profunda del sistema asilar, basado en la internación en hospitales monovalentes, aun dominante en el país que sigue contando con 42 hospitales psiquiátricos, con características diferentes, no todos de perfil asilar tradicional, y, con diferentes nombres ahora, y aún están las once Colonias de alienados con su tradicional población de crónicos. Los Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos que organizan anualmente la Universidad de las Madres de Plaza de Mayo, al que asisten entre cuatro y cinco mil profesionales y estudiantes de diferentes disciplinas vinculadas con la salud mental, numerosas Jornadas dedicadas al tema, entre ellas varias organizadas por instituciones o grupos del sistema judicial, abordando la situación

asistencial y jurídica de los enfermos mentales internados en hospitales psiquiátricos, junto al reclamo de reforma del sistema jurídico que regula la vida de estos pacientes, dan muestra cabal de la amplitud de este espíritu de reforma de la atención en salud mental en nuestro país. Al mismo tiempo diferentes organismos internacionales han producido declaraciones (la de Caracas centralmente), la Convención sobre los Derechos de Niños y Adolescentes, la más reciente sobre Discapacidad, los Principios de Naciones Unidas de 1991, algunos fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, una política activa de OPS/OMS guiada por esta nueva legislación de derechos y propuestas de nuevos servicios, se acompañó desde las universidades con distintos programas de formación de posgrado y algunas reformas en los planes de estudio en Medicina y Psicología. La Maestría en Salud Mental que implementa la Universidad Nacional de Entre Ríos con un programa afín a estos principios, la desarrollada por la Universidad Nacional de Tucumán, la de la Universidad de la República en Uruguay, la que Paulo Amarante dirige en la Universidad de Río de Janeiro, por nombrar solo algunos de estos posgrados, son muestra de que la reforma está avanzando en el sector profesional, con apoyo también de grupos intelectuales, de la cultura y especialmente de los movimientos de Derechos Humanos.

Así llegamos a la reciente decisión del gobierno de crear la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, órgano jerarquizado del Ministerio de Salud de la Nación, y a la sanción de la Ley 26.657 que reordena de manera profunda la relación represiva y discriminatoria del enfermo mental con el sistema judicial del Estado. Esta Ley, bajo una perspectiva de derechos humanos y de ciudadanía, y que impone la obligación del Estado de atender con protección de derechos a quienes padecen de trastorno mental, inaugura

una nueva época en el modo de comprensión del Estado sobre la persona con trastorno mental y genera un nuevo marco normativo para su tratamiento. Una nueva política, centrada en el reconocimiento de derechos, una racionalidad en los tratamientos, un cuidado por la dignidad de las personas bajo tratamiento, se está abriendo paso en Argentina y nos lleva a integrarnos entre los países que ya han asumido estos criterios. Esta Revista de Salud Mental y Comunidad está en sintonía con esta nueva política y se propone generar suministros de investigación, opinión y debate sobre los problemas prevalentes a fin de sumar voluntades entre profesionales y sectores sociales y culturales implicados en la problemática de la salud mental y los derechos humanos.

Esta nueva política enfrenta varios desafíos, entre ellos dos que son centrales. Por una parte se hace necesario superar en Argentina el sistema asilar que aún persiste, a pesar de los cuestionamientos planteados. Superar esta situación requiere generar recursos de nuevo tipo, apoyados en la comunidad, para rehabilitar, integrar a la sociedad y sostener en la comunidad a quienes han permanecido por largos periodos internados en hospitales psiquiátricos o Colonias. Esto requiere de un programa específico de desinstitucionalización, que se alimente de las experiencias ya realizadas en otros países, que forme con rigor a profesionales para la gestión de estos programas y que logre los acuerdos con otros sectores del Estado (Desarrollo Social, Vivienda, Trabajo, Justicia,

Educación) que son partícipes necesarios para el éxito de estos programas. En segundo lugar se trata de avanzar y consolidar un sistema alternativo de atención que reemplace las funciones de los hospitales psiquiátricos, ya en desarrollo en varias provincias del país, siguiendo las propuestas que se han formulado desde la OMS/OPS que condensan las experiencias ya consumadas en otros países. El desarrollo de cuidados de salud mental en los servicios de atención

primaria de la salud, o la ampliación de los ya existentes, el respaldo de servicios en hospitales generales con camas para internaciones breves de pacientes en crisis, la implementación de la nueva relación jurídica que establece la Ley 26.657 de Salud Mental entre el Estado y las personas con trastorno mental, la planificación de las políticas específicas de protección de derechos y apoyo social de los pacientes bajo tratamiento, obliga a una reformulación

de las prácticas de los profesionales. El éxito de esta política en salud mental depende en gran parte de que logremos profesionales comprometidos con los principios de la atención comunitaria y la gestión con participación de los usuarios, las familias y organizaciones de la comunidad en los procesos de atención. De nada serviría contar con nuevos servicios comunitarios si no lográramos modificar las prácticas de atención, ya que el objetivo último de la reforma de la atención es construir una nueva relación entre pacientes y profesionales, alejada de los valores y del ejercicio del poder del mé-

Esta Revista de Salud Mental y Comunidad se propone generar suministros de investigación, opinión y debate sobre los problemas prevalentes a fin de sumar voluntades entre profesionales y sectores sociales y culturales implicados en la problemática de la salud mental y los derechos humanos.

co especialista. Las nuevas prácticas deben estar basadas en la participación, la preservación de los derechos humanos y el respeto de la dignidad de las personas bajo tratamiento. La reforma jurídica que sanciona la Ley 26.657 y el nuevo marco normativo para la atención, solo puede hacerse efectiva a través de la relación específica entre quienes sufren de trastorno mental y quienes asumimos su atención y nos brindamos a su cuidado.

Esta Revista, que hoy sale a la luz pública, pretende reflejar a la vez que avanzar en un ámbito científico, de investigación, formación académica y de gestión, estas nuevas maneras de comprender los trastornos mentales y su enfoque terapéutico. A la vez que promover nuevas investigaciones se hace necesario mantener un debate abierto y amplio sobre esta perspectiva comunitaria de salud mental, donde se impliquen no solo los profesionales dedicados a la atención y la gestión sino también aquellos intelectuales y personas de la cultura que desde el campo social y la cultura pueden aportar a una nueva comprensión de los trastornos mentales y la forma ética de tratarlos. El principio de una comprensión interdisciplinaria de la problemática de lo mental no se

agota en la formación de los equipos de atención y sus prácticas, la apertura a la complejidad de lo humano implicado en el trastorno mental requiere de un enfoque amplio de todas aquellas disciplinas implicadas en la comprensión del espíritu humano y la vida en común, el debate y la crítica son esenciales en este proceso que entendemos como de transición. Superar el modelo asilar, con todas sus implicancias prácticas en la vida de las personas que han pasado y pasan por sus tratamientos, consiste en recuperar la dimensión de lo humano, es decir, no solo intentar comprender la mente sino a la vez el misterio de la vida en común. Lo que he tratado de reseñar constituye solo un camino que se está abriendo, con señales más claras que nos indican por donde debemos avanzar, marcarse objetivos permiten que avancemos y nos exigen rigor y amplitud intelectual, pero también comprensión de que el camino que transitamos para comprender y actuar en salud mental no tiene una estación de llegada en la cual descansar, como en todo intento de hacer inteligible lo humano, la sociedad y la cultura, lo posible es poder fundamentar la racionalidad del camino que seguimos y, sin duda, marchar, seguir andando.

Editorial



Prof. Francisco Torres González,

*Licenciado en Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Granada
Doctor de la Universidad de Granada. Especialista en Psiquiatría
Especialista en Medicina Legal. Presidente de la Red MARISTÁN Universidad de Granada, España*

La Red MARISTÁN es un espacio académico de cooperación entre universidades de América Latina y Europa. Fue constituida en 1997 gracias a una beca del Programa América Latina Formación Académica (ALFA) de la Unión Europea que permitió tener los plenarios constitutivos en Buenos Aires en abril y en Granada en noviembre de aquel año.

Inicialmente, la Universidad de Granada asumió la coordinación de la Red, residiendo en la actualidad la Secretaría Ejecutiva en la Universidad de Concepción

Miembros que forman la Red:

- Universidad de Granada, España
- Universidad de Concepción, Chile
- Universidad Nacional de Lanús, Argentina
- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil
- University College London Medical School, U.K.
- Universidade Nova de Lisboa, Portugal
- Universidade Estadual de Londrina, Brasil
- Universidad Mayor de San Simón, Bolivia

Dada la extensión y complejidad de los temas que abarcan la salud mental y el conjunto de la morbilidad psiquiátrica, la Red inicialmente acotó su campo de interés preferente, optando por desarrollar sus objetivos en aquellas áreas que se ocupan de las personas con trastornos mentales que de forma más prolongada precisan cuidados en la comunidad, bien sea por la gravedad de sus síntomas o por la importancia de sus discapacidades. No obstante, a lo largo de su proceso de desarrollo, la Red ha ido ampliando este espectro de temas, buscando adecuarse a los intereses y necesidades de sus miembros, sin perder el foco en la salud mental y los cuidados comunitarios.

Los objetivos constituyentes de la Red MARISTÁN fueron y son:

- Fomentar la cooperación, contribuyendo a eliminar deficiencias y desigualdades entre países.
- Desarrollar investigación que permita la transferencia e instalación de nuevas tecnologías, incluyendo nuevos métodos e instrumentos de evaluación.

- Contribuir a la formación de profesionales en el marco de los principios básicos actuales de modelos comunitarios de atención a la salud mental.

El Programa de Estudios de Posgrado en Salud Mental está cumpliendo el primer y el tercer objetivos. Comenzó la Universidad de Granada (1999-2001) con dos programas docentes paralelos e intercomunicados: una “Maestría Internacional en Cuidados Comunitarios al Enfermo Mental de Larga Evolución” y un Programa de Doctorado Internacional con el título de “Investigación Sobre Cuidados Comunitarios a Personas con Trastornos Psíquicos”. Entre los alumnos latinoamericanos, seis fueron becados por el Programa ALFA y procedían de Argentina, Brasil y Chile; un séptimo alumno disfrutó de una beca del Gobierno de Venezuela. Todos cursaron ambos programas docentes.

En aquellos años de cambio de milenio, las enseñanzas de posgrado en Latinoamérica carecían en general de ofertas docentes que permitieran alcanzar el Grado de Doctor. Mientras tanto las demandas crecían entre los licenciados y las universidades cada vez valoraban más la posesión del título de doctor al reclutar sus profesores. Los poseedores del preciado título lo habían obtenido en el extranjero. La Red se planteó, coherente con su primer objetivo, comenzar a cubrir ese vacío.

La Universidad Nacional de Lanús tomó la iniciativa y obtuvo en 2002 otro subsidio del

Programa ALFA de la UE. Con la cooperación de docentes de las otras universidades de la Red desarrolló un Programa bajo el título: Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria”. Tuvo alumnos becados por ALFA de Bolivia, Brasil, España y Chile.

Esta Universidad argentina ha mantenido su Programa de Doctorado, oferta académica que sigue siendo escasa en América Latina, y en 2011 ha comenzado su cuarta cohorte. De estos

cuatro programas, dos han sido subsidiados por ALFA. Tanto que en una todavía reciente reunión convocada por ALFA en México la actividad de Lanús fue señalada como modelo a seguir.

También la Universidad de Concepción inició su Programa de Doctorado en 2009 con sus propios recursos y el apoyo de los docentes del resto de universidades de la Red. En 2011 tiene en desarrollo su segunda edición.

Además de estos doctorados estructurados sobre el apoyo colaborativo

de toda la Red, otras iniciativas surgieron de entre sus instituciones miembros manteniendo el espíritu de la Red, pero buscando también apoyos externos a la misma. Así surgió la “Maestría en Salud Mental” de la Universidad de Lanús que va ya por su cohorte número 9, en paralelo con el Programa de Doctorado ya mencionado. Y también el “Máster Internacional en Políticas de Salud Mental y Servicios” que imparte en inglés la Universidad Nova de Lisboa comenzó su andadura en 2009-2010 y se ha consolidado en el bienio 2010-2011 que se

La Red ha procurado estar presente diseminando su opinión y su experiencia en números congresos científicos de Europa y América Latina. Siempre buscó el consenso sobre los valores éticos que deben inspirar la práctica clínica, la enseñanza y la investigación de todo aquello que sobre la Salud Mental se trate.

curso en la actualidad, estando previsto el tercer curso en 2012-2013.

El Estudio Multicéntrico MARISTAN da satisfacción al segundo objetivo, pero también al primero y al tercero, porque todo estudio realizado a través del un consorcio amplio y multicultural como el que supone la Red, es una inigualable oportunidad para la transferencia tecnológica y la capacitación de jóvenes investigadores.

El Estudio se titula: “Estigma, Necesidades y Cuidados Informales en personas que padecen esquizofrenia de larga evolución y que viven en la Comunidad”

Esta decisión fue solo posible porque los alumnos becados por ALFA en el doctorado de Granada ya referido, tuvieron la iniciativa de hacer sus tesis doctorales de manera mancomunada, compartiendo diseño y bases de datos. Con enorme generosidad y esfuerzo realizaron lo que se habían comprometido. Como procedían de diversas universidades cada uno haría el trabajo de campo en su lugar de origen y así surgió el estudio multicéntrico.

Los datos iniciales fueron obtenidos (2001-2003) en una extensa investigación multinacional de tipo cualitativo usando el método de los Grupos Focales. En ellos volcaron sus puntos de vista los usuarios de servicios psiquiátricos y los cuidadores formales e informales. Todos aportaron sus experiencias sobre las necesidades que tenían, los cuidados que recibían y el estigma que les afectaba. Cerca de medio centenar de Grupos Focales se hicieron en Argentina, Brasil, Chile, España, Reino Unido y Venezuela, en los que intervinieron más de trescientos participantes.

En una segunda etapa del estudio (2004-2005) se hicieron los análisis e interpretaciones pertinentes y como resultado se produjeron varios informes específicos y material para las tesis doctorales de los doctores Ariadne Runte Geidel, Luciane Carniel Wagner y Claudio A. Antonioli, las cuales fueron ya leídas en la Uni-

versidad de Granada. También surgieron algunas publicaciones y numerosas presentaciones en congresos.

En una fase posterior (2006-2011), los materiales aportados por el método cualitativo han servido para construir de abajo a arriba –desde lo que sienten y piensan los usuarios y sus cuidadores y no mediante el puro consenso entre quienes no han sufrido el azote de la enfermedad–, se han construido tres entrevistas estructuradas simultáneamente en las tres lenguas del estudio (español, inglés y portugués). Cubren las dimensiones Estigma, Necesidades y Cuidados Informales. Las entrevistas se han testado estadísticamente y se han sometido a un ensayo piloto; por lo que cuatro artículos con las escalas validadas están pendientes de publicación en un futuro inmediato.

En una fase final, a partir de 2012, se prevé desarrollar un estudio comparativo entre los países miembros de la Red, en los que se utilizarán las entrevistas antedichas para ver las diferencias que puedan existir en espacios culturales y de desarrollo tan diferentes y de qué forma la evolución de las personas que sufren de esquizofrenia puede estar asociada a las dimensiones objeto de estudio.

Búsqueda del consenso

Como se ha dicho, la Red ha procurado estar presente diseminando su opinión y su experiencia en numerosos congresos científicos de Europa y América Latina. Siempre buscó el consenso sobre los valores éticos que deben inspirar la práctica clínica, la enseñanza y la investigación de todo aquello que sobre la Salud Mental se trate y en especial en lo que concierne al núcleo duro de nuestra práctica: el enfermo mental grave de larga evolución.

También la Red se ha implicado en esta vertiente en la organización de dos encuentros in-

ternacionales de la Asociación Mundial de Psiquiatría en la ciudad de Granada y de nuevo está colaborando en un tercero a celebrar en febrero de 2012.

En octubre de 1998 varios miembros de la Red estuvieron presentes en el “Simposio Regional de las Américas” celebrado en Guadalajara, México. Allí la Red sometió a debate un borrador de documento de consenso sobre los cuidados que precisan las personas que sufren esquizofrenia cuando viven en la Comunidad. El documento presentado fue sustancialmente mejorado tras el debate en la capital de Jalisco.

Un año después, en marzo de 1999, se celebró en Granada la primera de las Conferencias de la Asociación Mundial de Psiquiatría más arriba referidas. Su tema general fue el “Tratamiento Integral en la Comunidad de Personas con Enfermedad Psicótica”. La Red MARISTAN presentó a debate y aprobación el ‘Documento para el Consenso Internacional’: **“Cuidados y Necesidades de las Personas Afectadas por Trastornos Esquizofrénicos que Viven en la Comunidad”**. El documento fue ampliamente debatido, recibió numerosas enmiendas que lo enriquecieron y finalmente fue aprobado por unanimidad por el pleno de la Conferencia.

La finalidad del documento era que fuese útil para orientar “las recomendaciones de políticas públicas que oportunamente se propusiesen a los poderes públicos, así como que sirva de marco referencial en los estudios que puedan abordarse sobre los resultados y la calidad de vida, relacionados con personas con trastorno esquizofrénico”. El documento completo puede verse como anexo a esta editorial. Posteriormente, ese mismo año fue ratificado en el Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Hamburgo.

La institucionalización. Aún nacida en 1997, la Red ha venido funcionando sin formalizar sus relaciones interinstitucionales hasta recientemente. La generación de docentes que dieron lugar al nacimiento de la Red envejecía y se hacían precisas dos cosas: una cierta consolidación institucional del consorcio y el fomento del relevo generacional para asegurar el futuro.

En abril de este año de 2011 se estampó la última firma de un Convenio para la Cooperación Interinstitucional de las Universidades Miembros. Ha sido suscrito por las Rectorías de las distintas universidades y en las tres lenguas de la Red: español, inglés y portugués.

En este momento la Red está atravesada por el inexorable paso del tiempo, va perdiendo por jubilación a algunos de sus “padres fundadores”, pero nueva savia está entrando para garantizar el futuro de la Red.

¿Por qué la Red es necesaria?

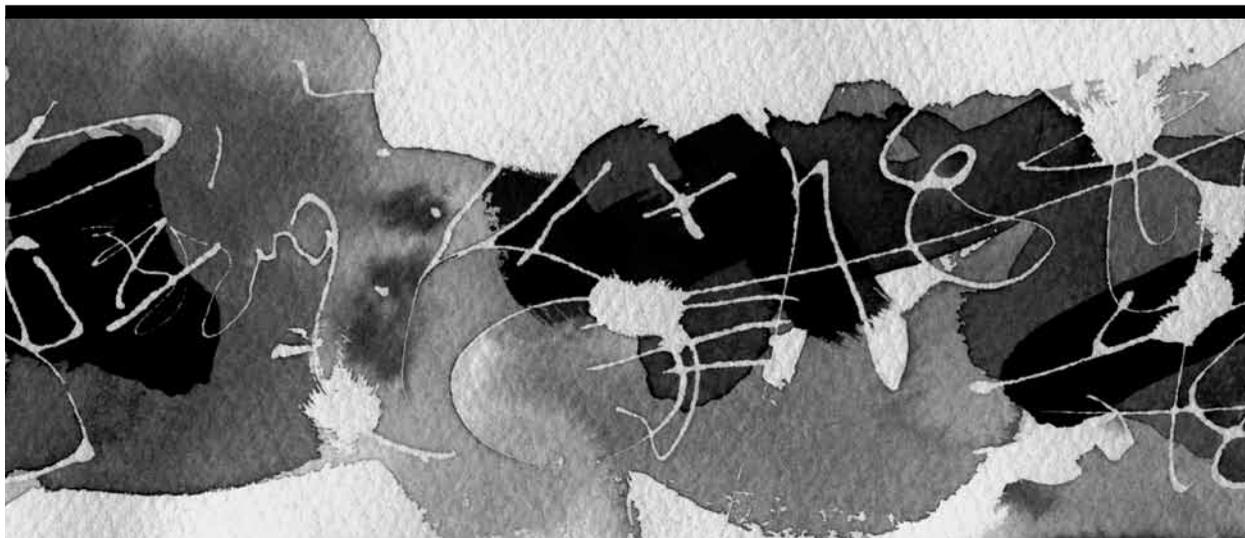
Hay muchas redes y consorcios y todas ocupan su hueco. La Red MARISTAN siempre se ha identificado por el enfoque ético de los problemas que se dirimen cuando se diagnostica una enfermedad mental, cuando se decide donde se la trata y con qué hacerlo. En esa vertiente quiere seguir estando presente.

Dilucidar los problemas que la atención a la Salud Mental conlleva, cuando se pretende afrontar desde y en la Comunidad exige una coherencia entre principios y prácticas que no siempre es fácil mantener sin una sólida base ética. Y a esa base quiere seguir aportando la Red

Cuando se denuncia el incremento de personas con enfermedad mental que están en prisiones, hay que preguntarse qué se está haciendo mal en los Servicios Comunitarios de Salud Mental para que esas personas terminen encarceladas. Negarse a reflexionar sobre esto y limitarse a pedir la apertura de más camas psiquiátricas, es renunciar a la mejora de dichos servicios y retomar los viejos criterios de la internación asilar como solución. La Ética obliga a los profesionales y a los responsables de los servicios de Salud Mental a preguntarse cada día dónde están los fracasos y por qué.

Es por ello que la Red MARISTAN siempre se ha posicionado contra los movimientos regresivos que añoran la panacea de la institución manicomial como respuesta a todos los problemas. Posicionarse es una obligación ética. Y ahí seguirán las nuevas generaciones de la Red.

Cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad



Coordinador Prof. F. Torres González. Julio de 1999

La Red MARISTÁN, constituida por los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental de las Universidades de Concepción (Chile), Nacional de Lanús (Argentina), Granada y Sevilla (España), Nova de Lisboa (Portugal), y de las escuelas de medicina *Royal Free and University College* (Reino Unido) y la *Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre* (Brasil), vivamente preocupada por un creciente problema de salud pública, cual es atender las necesidades de la persona con trastorno esquizofrénico que vive habitualmente en la comunidad y prestarle los cuidados adecuados, PROPONE a la comunidad internacional –científica, profesional, de usuarios y de allegados– la adopción por consenso de un conjunto de principios y consideraciones que se detallan en el presente documento, con la FINALIDAD de que orienten las recomendaciones de políticas públicas que

oportunamente se propusiesen a los poderes públicos, así como que sirva de marco referencial en los estudios que puedan abordarse sobre los resultados y la calidad de vida, relacionados con personas con trastorno esquizofrénico.

Preámbulo

Los estudios de seguimiento de personas con trastorno esquizofrénico en la comunidad muestran que su evolución depende de manera directa tanto de los cuidados psiquiátricos de su enfermedad, como de la atención de otras necesidades derivadas de su situación familiar, social y comunitaria.

Entre las múltiples opciones que cabrían para estructurar un documento de consenso sobre el tema propuesto, se ha escogido una que permita describir aquellas **modalidades de cuidado** que

debieran poder prestarse en la comunidad a personas con trastornos mentales.

Ahora bien, los cuidados han de estar en relación con las necesidades que padecen dichas personas, por lo que el documento debe contemplar también el consenso sobre cuáles son las **necesidades** que con mayor frecuencia aquejan a las personas con trastornos esquizofrénicos que residen de forma habitual en la comunidad. Ambos términos –**necesidades y modalidades de cuidado**– y los conceptos subyacentes están inspirados en la literatura científica.

Conviene señalar que las necesidades que aquí se contemplan son, constitutivas de derechos reconocidos internacionalmente de forma explícita o implícita, y no meros atributos basados en las aportaciones de la psiquiatría social; por lo tanto, la recuperación de la capacidad de ejercer esos derechos de ciudadanía, constituye uno de los puntos esenciales para evitar la estigmatización de estas personas y atenuar el riesgo de exclusión socio-comunitaria.

El goce real de estos derechos por parte de todos los ciudadanos varía de sociedad en sociedad, dependiendo, entre otros factores, del nivel de desarrollo y de las normas culturales. En algunas sociedades, por lo tanto, la necesidad expresada por una persona discapacitada y la posibilidad de que la necesidad obtenga satisfacción, dependerá más del contexto cultural y económico que de la discapacidad misma. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades, la discapacidad es un factor que reduce las posibilidades de ejercer ciertos derechos que son más fáciles de ser alcanzados por otros miembros de la misma sociedad.

Frente a esta situación no cabe la pasividad. Al contrario, es necesario acordar por consenso los esfuerzos que toda sociedad debería hacer encaminados a satisfacer las necesidades relacionadas con las discapacidades de aquellos ciudadanos que sufren de un trastorno psicótico.

Aunque este documento refleja mejor las perspectivas de sociedades más industrializadas, podría también ser útil para otras naciones cuyas diferencias son mucho más económicas que culturales, y a quienes podría servir como guía para sus futuros desarrollos de sus sistemas de salud y de servicios sociales.

Al mismo tiempo, el documento debería tomar nota positiva de culturas con tradiciones de vieja raigambre y con diferentes estructuras familiares, que pueden ofrecer formas alternativas de cuidados en la comunidad para aquellos

que padecen de trastornos psicóticos.

Las más de las veces, la contribución de la familia y de la red social próxima resulta decisiva para el buen cuidado de los que sufren. Por ello este documento trata de alcanzar el consenso entre cuidadores y familiares.

El documento, aunque contempla aspectos ajenos al enfoque clínico-psiquiátrico más tradicional, no pretende, sin embargo, incluir todos los aspectos posibles de la vida. Se ha limitado a seleccionar aquellos elementos que deberían ser el foco de atención de los servicios psiquiátricos comunitarios, tanto sanitarios como sociales.

Algunas modalidades de cuidado requieren para su administración de espacios estructurales de una cierta especificidad, y no basta con su mera incorporación a programas psicosocia-

Algunas modalidades de cuidado requieren para su administración de espacios estructurales de una cierta especificidad, y no basta con su mera incorporación a programas psicosociales aplicables en cualquier lugar.

les aplicables en cualquier lugar. Es por ello que el documento habrá de referirse en ocasiones, no solo a los cuidados, sino a las estructuras que deben constituir una **red integrada de dispositivos comunitarios**, o de psiquiatría comunitaria, en los que se brinden dichos cuidados.

Para optimizar las intervenciones, deben adecuarse los recursos disponibles a la satisfacción de las necesidades de estas personas, incluso las más complejas, sabiendo que la carencia de unos recursos mínimos incidirá sin duda sobre el resultado y la evolución de los tratamientos, y por lo mismo en los criterios de cronicidad, amen de en la calidad de vida del usuario y su familia.

Menos taxativo se ha de ser por fuerza respecto a la institución que habría de proveer los cuidados, ya que cada Estado atribuirá la responsabilidad de acuerdo con la organización de su sistema de salud. No obstante, sea cual fuere, deberá respetar el principio de ofrecer una **ACCESIBILIDAD EQUITATIVA** en cuanto a su distribución territorial y en cuanto a la financiación.

Siguiendo los criterios anteriormente expuestos, una red integrada para la prestación de cuidados comunitarios deberá poder ofrecer los siguientes:

Dispositivos, oportunidades y cuidados

1. Alojamiento

El alojamiento es una necesidad básica del ser humano.

1. Con frecuencia, éste es uno de los motivos principales de preocupación para las personas afectadas de trastorno esquizofrénico. Cuando ellas prefieran vivir con sus familias, debería poderseles prestar toda la ayuda y el apoyo necesarios para que puedan hacerlo.
2. Para cuando ello no sea posible, el programa psicosocial de una red de psiquiatría comunitaria deberá incluir una oferta variada y flexible de hogares alternativos o sustitu-

tivos, que cuenten con distinto grado de supervisión, desde aquellos dotados con personal cuidador 24 horas por día, hasta hogares compartidos y alojamientos individuales con un grado mínimo de supervisión.

Los hogares pueden ser también lugares adecuados para la ejecución de la parte del programa psicosocial a que se refiere el apartado siguiente.

2. Educación o re-educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales

Para que las personas afectadas de trastorno esquizofrénico puedan vivir una plena integración social es *conditio sine qua non* que gocen de la suficiente autonomía y capacidad para afrontar por sí mismos las actividades de la vida diaria relacionadas con las siguientes necesidades:

- El cuidado e higiene personal
 - El cuidado diario del hogar: limpieza y otras tareas domésticas
 - La alimentación: compra de alimentos y preparación de comidas
 - La administración (uso) del dinero, la realización de compras y la gestión de asuntos de índole personal (vg obligaciones fiscales)
 - Habilidades sociales y de relaciones interpersonales
1. El programa psicosocial deberá contemplar actividades de re-educación y entrenamiento, en aquellas áreas de discapacidad que dificulten o impidan el desempeño autónomo de cualquiera de las actividades de la vida diaria contemplada en los puntos precedentes.
 2. Cuando, no obstante, la discapacidad persista e impida el desarrollo suficientemente autónomo de alguno de estos puntos, el programa psicosocial deberá hacerse cargo de la estrecha supervisión e incluso de la ejecución substitutiva de aquellas actividades de la vida diaria incompatibles con la discapacidad que el sujeto

presente, sin menoscabo de los intereses legítimos de la persona a la que se presta cuidado, entre ellos la de recuperar su plena autonomía.

3. Ocupación, promoción de empleo y ayudas sociales

El ser humano necesita tener seguridad económica.

1. Por ello, se hará lo posible para que la persona afectada de esquizofrenia mantenga su situación laboral y su capacidad económica, para lo cual el programa de una red de psiquiatría comunitaria deberá ofrecer una combinación flexible de:

- centros de recuperación o adquisición de habilidades básicas comunes a cualquier actividad laboral
- iniciativas de capacitación para destrezas específicas
- oportunidades de empleo protegido y libre
- centros ocupacionales con productividad no competitiva, pero en los que se produzcan bienes valorables por el mercado o susceptibles de ser vendidos, y en los que los usuarios productores obtengan una retribución proporcional a su trabajo, subvencionada si fuese necesario

2. Si no fructifican los esfuerzos por conseguir un trabajo remunerado, base deseada de la autonomía económica, la persona tiene derecho a percibir una ayuda social. Tal derecho debe ser efectivo en igualdad de condiciones con otras personas afectadas por otros tipos de discapacidades físicas o psíquicas, de acuerdo con la normativa propia de cada país.

3. Complementariamente, y para que las justas y necesarias ayudas sociales no jueguen en algunos casos un papel desincentivador, las administraciones públicas deberán iniciar modificaciones legislativas que permitan a la persona con discapacidad que esté en posesión

de una pensión económica o ayuda social, que pueda suspenderla temporalmente mientras percibe un salario, y recuperarla automática e inmediatamente, si deja de recibirlo, ya sea por una reactivación de su proceso psicopatológico, o por la simple pérdida del empleo.

4. Ocio, tiempo libre

Las personas necesitan de la integración social, y para ello precisan disponer de una accesibilidad real al disfrute de las oportunidades que ofrecen las actividades de ocio, o de uso placentero del tiempo libre. A tal fin:

1. La red de psiquiatría comunitaria deberá también incluir programas psicosociales encaminados a mantener y facilitar el acceso a las mencionadas oportunidades.
2. Para cuando ello no sea suficiente, se contarán con clubes sociales específicos o espacios similares. Estos espacios deben ser entendidos como ámbitos de socialización e inclusión programada en actividades culturales (talleres de pintura, teatro, cerámica, etc.) y deportivas (torneos, destrezas, etc.) en los que el tiempo se estructure de la manera más próxima posible a la vida social de las demás personas, procurando su adecuación en el tejido social con otras formas naturales de asociaciónismo, de manera que no se reproduzcan “talleres protegidos” segregadores.

5. Movilidad y comunicaciones

Las personas necesitan tener asegurada la disponibilidad de uso de los medios de transporte y comunicación. No es posible la vida en la comunidad si se carece de los medios a que se refiere este apartado. Por ello:

1. Para hacer posible la integración social de las personas afectadas es imprescindible asegurar el acceso a todos los medios de transpor-

te y comunicación, incluyendo los necesarios para el contacto con los distintos elementos o unidades de la red de psiquiatría comunitaria y psicosocial.

2. Si a pesar de lo anterior no se consigue el conocimiento o la capacidad para el empleo de dichos medios, el programa psicosocial deberá ocuparse de subvenir esta necesidad de forma prioritaria con los recursos a su alcance.

6. Formación laboral y profesional

El ser humano necesita desarrollarse a nivel personal, laboral y profesional. La temprana aparición de la enfermedad esquizofrénica trunca con frecuencia el proceso educativo y la capacitación laboral de la persona.

1. Los programas de rehabilitación deberán contemplar la recuperación del proceso formativo del individuo. En algunos casos podrán ser retomados los estudios específicos que fueron interrumpidos, en otros podrán seguirse otros caminos de formación.
2. Cuando lo anterior no sea posible, habrán de existir programas psicosociales personalizados que incluyan soportes para conseguir de nuevo su lugar en el mundo laboral.

7. Vida diaria

Toda persona tiene problemas en su quehacer cotidiano.

1. Con frecuencia, las personas afectadas por la enfermedad esquizofrénica refieren entre sus preocupaciones más importantes problemas que tienen que ver con la soledad, la falta de amistades, la pareja, la sexualidad, el deseo de tener hijos y la crianza de los mismos. Para lo cual, el programa de cuidados psicosociales contemplará diferentes intervenciones de carácter psicológico y social para atender dichos problemas.

2. En algunos casos, si estas intervenciones no fuesen suficientes, será necesario complementarlas con intervenciones específicas. Se puede proporcionar ayuda psicoterapéutica para recuperar las habilidades sociales perdidas o para adquirir otras nuevas que puedan conducir al restablecimiento de los lazos sociales destruidos por la enfermedad esquizofrénica.

8. Intervenciones terapéuticas

Los problemas clínicos de las personas afectadas de trastornos esquizofrénicos necesitan de diversas intervenciones terapéuticas.

1. Los servicios comunitarios proveerán de:
 - a. La atención psicofarmacológica que se precise para cada caso y en cada momento, incluyendo los antipsicóticos atípicos, a pesar de su elevado costo. Hay que asegurar que los pacientes cuenten con la provisión de los medicamentos indicados por parte de la institución responsable de la cobertura.
 - b. La atención psicoterapéutica a cargo de profesionales cualificados dentro de un equipo multidisciplinario desde donde se diseñe una intervención personalizada.
2. Cuidados generales de salud, incluyendo el odontológico.

Es necesario que los programas de cuidados de este tipo de personas incluyan la evaluación periódica del estado de salud física del sujeto. La atención primaria es el lugar natural donde debe hacerse este seguimiento, pero los equipos de la red de psiquiatría comunitaria deberán cerciorarse de que el usuario se someta a dicha evaluación con la periodicidad programada.

Sin embargo, las realidades nacionales son bien diversas y no siempre el equipo básico de salud (entre ellos el Médico de Familia) asume de manera efectiva esta responsabilidad. En tales situaciones, sin el propósito de interferir el trabajo del primer nivel de atención, la propia

red de psiquiatría comunitaria deberá ejercer dicha función.

9. Información acerca del estado de salud y tratamiento

Todas las personas tienen derecho a disponer de una información veraz y completa sobre el estado de su enfermedad y el tratamiento recomendado, así como a la confidencialidad de dichos datos.

En el caso de personas con enfermedad esquizofrénica, no se trata solo de un derecho, sino también de una necesidad que los equipos terapéuticos habrán de tener en cuenta. Sobre ella trabajarán junto al usuario, potenciando su capacidad de introspección o *insight* a lo largo de todo el proceso rehabilitador y durante el seguimiento de los cuidados.

En definitiva, para el restablecimiento y la preservación de la condición de ciudadanía plena, el usuario debe ser informado por los profesionales responsables de forma clara y precisa acerca de su estado de salud mental y de los tratamientos que se indiquen, a fin de lograr su mayor participación posible.

10. Relación con la familia, parientes y otros

Las familias, y en ocasiones otros allegados, son fundamentales para la integración y la rehabilitación de la persona esquizofrénica. Para lo cual:

- en la mayoría de los casos, el grupo familiar y los allegados son aliados importantes en el tratamiento
- será preciso lograr que la familia perciba que cuenta con el apoyo y la seguridad que puede ofrecerle el equipo terapéutico, evitando que ésta se vea desbordada por la carga que representa habitualmente la convivencia con la persona enferma

- la inclusión de la persona afectada en los programas ocupacionales y de tiempo libre contribuye a aliviar la carga subjetiva de la familia y un alojamiento alternativo podrá proporcionar excelentes resultados en la dinámica familiar
- en determinados casos la familia podrá requerir algún tipo de apoyo e incluso tratamiento específico.

Es necesario, por lo tanto, que los equipos de atención cuenten con recursos profesionales con capacidad para colaborar con las familias y grupos de relación o convivencia del paciente, a fin de buscar una mayor y más saludable participación de los mismos en los procesos de recuperación e integración psicosocial y comunitaria.

Es deseable también que las administraciones públicas ofrezcan ayudas sociales y económicas a los familiares que cuidan a las personas afectadas de esquizofrenia de forma que se asegure la preservación de su trabajo.

11. Los cuidados informales

La colaboración efectiva con asociaciones de autocuidado, de usuarios, de familiares, de allegados o de voluntarios es una parte importante en los cuidados comunitarios

1. Los grupos de cuidados informales contribuyen de forma valiosa a través de actividades culturales, ocio, vínculos de amistad y apoyo.
2. Es conveniente que los servicios fomenten la formación de asociaciones de familiares y voluntarios, y hagan factible el intercambio de información y planificación de acciones conjuntas.
3. Este tipo de asociaciones puede también asumir la gestión de otros elementos o actividades del programa psicosocial y de la red de psiquiatría comunitaria, como el programa ocupacional y laboral, o el que ofrece alojamiento alternativo.

4. Estos grupos pueden hacer mucho para promover los derechos y necesidades de las personas a las que ayudan a fin de lograr que sus opiniones sean escuchadas y tenidas en cuenta.

12. Coordinación y continuidad de los cuidados

Asegurar la continuidad y la coordinación de los cuidados es esencial para mantener la efectividad de los programas de psiquiatría comunitaria. Esto permite acompañar a la persona con trastornos esquizofrénicos a través del tejido de la red, evitando su caída fuera de la misma. Los mecanismos que garantizan su realización son:

1. la integración del conjunto de servicios que componen la red
2. la complementariedad de los distintos centros de atención que forman parte de dicha red
3. la permeabilización e impregnación del programa de rehabilitación y de cuidados psicosociales a través de todos sus componentes.

Tales mecanismos deben entenderse como actividades esenciales en beneficio directo de las personas con enfermedad esquizofrénica objeto de este documento. Las recaídas en la esquizofrenia crónica son tan frecuentes que los profesionales pueden dejar de mostrarse imaginativos en su enfoque, e incluso abandonar sus esfuerzos terapéuticos. Solo la aplicación de programas dinámicos, con la dosis suficiente de flexibilidad que permita su personalización, que contemple la evaluación continuada tanto de las intervenciones como de los resultados, tendrá futuro en la psiquiatría comunitaria. Para ello la coordinación, tal y como la hemos enunciado, es imprescindible.

Los servicios, por consiguiente, deben asegurar estrategias de integración y coordinación de los diversos cuidados que se presten, estableciendo procedimientos de seguimiento continuo de la evolución del paciente, a fin de preve-

nir, evitar, o intervenir, frente a la interrupción no programada del tratamiento.

El presente documento se presenta bajo la responsabilidad de los profesionales que representan a los centros que integran la Red MARISTÁN, sin perjuicio de la valiosa contribución de numerosos otros colegas en la elaboración de su contenido.

Son miembros de la Red MARISTÁN, en su calidad de representantes de los centros que la integran:

- **Ellis D'Arrigo Busnello**, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Brasil.
- **Jose M. Caldas De Almeida**, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- **Emiliano Galende Alonso**, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
- **José Giner Ubago**, Universidad de Sevilla, España.
- **Michael B. King**, Royal Free and University College, Medical School, Londres, Reino Unido.
- **Francisco Torres González**, Universidad de Granada, España, que actúa como **centro coordinador**.
- **Benjamín Vicente Parada**, Universidad de Concepción, Chile.

Reconocimiento

A la decisiva colaboración de funcionarios y directivos de las siguientes instituciones internacionales:

- **Jose M. Bertolote**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
- **Itzhack Levav**, Oficina Panamericana de la Salud/OMS, Washington, EEUU.
- **Norman Sartorius**, Asociación Mundial de Psiquiatría
- **Roger Montenegro**, Asociación Psiquiátrica de América Latina/AMP

Y reconocimiento también a la inestimable colaboración de otros colegas que participaron en los debates sostenidos en dos eventos de la Asociación Mundial de Psiquiatría: El Simposio Regional de las Américas en Guadalajara, México (octubre de 1998) y la Conferencia Temática de Granada, España (marzo de 1999). Y a muchos otros que lo hicieron a través de otros medios y oportunidades, como Internet, para aportar su punto de vista. Por último, el agradecimiento a los colaboradores de las propias instituciones de la Red MARISTÁN, quienes, de un modo u otro, han sido partícipes necesarios en la producción del documento:

- **Angosto Saura, Tiburcio**, Servicio Galego de Saude, Santiago de Compostela
- **Baca Baldomero, Enrique**, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- **Ballester, Dinarte**, Red MARISTÁN. Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Brasil.
- **Barenblit, Valentín**, Red MARISTÁN. Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
- **Bembibre, Judith**, Red MARISTÁN. Universidad de Granada, España.
- **Cancro, Robert**, *NYU Medical Center*, New York (N.Y.), EEUU.
- **Cervera Enguix, Salvador**, Sociedad Española de Psiquiatría.
- **Cohen, Hugo**, Departamento de Salud Mental de Río Negro, Argentina.
- **Emmett, Christine**, Red MARISTÁN. The Royal Free Hospital, Londres, Reino Unido.
- **Espino Granados, Antonio**, Equipo de Salud Mental de Majadahonda, Madrid.
- **Feldman, Noel**, Red MARISTÁN. Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
- **Franco, M^a Dolores**, Red MARISTÁN. Universidad de Sevilla, España.
- **Furegato, Antonia Regina F.**, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Brasil.
- **García González, José**, Servicio de Psiquiatría. Centro de Salud Mental-1. Oviedo, España.
- **Gargoloff, Pedro Rafael**, Hospital Neuropsiquiátrico Dr. A. Korn, La Plata, Argentina.
- **Gómez Beneyto, Manuel**, Universidad de Valencia, España.
- **González de Chávez, Manuel**, Hospital General Gregorio Marañón, Madrid, España.
- **Hernández Monsalve, Mariano**, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- **Herrero Villanueva, José Antonio**, Comunidad Terapéutica de Jerez de la Frontera, España.
- **Lara Palma, Ladislao**, Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, España.
- **Leal Cercos, Carmen**, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
- **López Álvarez, Marcelino**, Centro Colaborador de la OMS en Andalucía, España.
- **López Rodríguez, Antonio**, Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica.
- **López-Ibor Aliño, J. J.**, Asoc. Mundial de Psiquiatría.
- **Moreno Küstner, Berta**, Red MARISTÁN. Universidad de Granada, España.
- **Moussaoui, Driss**, Asociación Mundial de Psiquiatría.
- **Muñoz, Daniel A.**, La Plata, Argentina.
- **Muñoz Rioseco, Pedro**, Red MARISTÁN. Universidad de Concepción, Chile.
- **Muñoz, Pedro E.**, Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, España.
- **Okasha, Ahmed**, Asociación Mundial de Psiquiatría.
- **Rickard, Collin**, Red MARISTÁN. Royal Free and University College Medical School. Londres. Reino Unido
- **Rodríguez, Daniel**, Red MARISTÁN. Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
- **Ruiz, Pedro**, University of Texas. Houston (Texas), EE.UU.
- **Saldivia Bórquez, Sandra**, Red MARISTÁN. Universidad de Concepción, Chile.
- **Salize, Hans Joachim**, Zentrainstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Alemania.
- **Talbott, John A.**, Institute of Psychiatry, University of Maryland. Baltimore, EE.UU.
- **Taborda, Jose V.G.**, Red MARISTÁN. FFF de Ciências Médicas de Porto Alegre, Brasil.
- **Xavier, Miguel**, Red MARISTÁN. Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Criminología y Psiquiatría: El trauma del primer encuentro ⁽¹⁾



Raúl Zaffaroni

Ministro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación

1. Comunicando la incomunicación

Estas reflexiones tienen por objeto poner de manifiesto que la criminología padece un *trauma de nacimiento oficial* o un *trauma del primer encuentro*, que la lleva a rechazar –o por lo menos a desconfiar– de ulteriores y provechosos contactos con la psiquiatría.

Por ende, si se pretende establecer una base interdisciplinaria fructífera, es menester analizar primero ese *trauma*, recordarlo con cierta precisión, poner de manifiesto su magnitud y sus terribles consecuencias, es decir, removerlo, y luego, con las reservas provenientes de una experiencia dolorosa, enfrenar un nuevo diálogo entre ambos saberes, que sigue siendo indispensable, pues sería absurdo limitar el conocimiento en razón de un viejo trauma, cuando es claro que el vínculo debe restablecerse sobre bases muy diferentes, acerca de las cuales no podemos más que señalar sus grandes líneas con el mero objeto de indicar su necesidad.

Adelantamos que el *trauma del primer encuentro* no es menor y, por ello, la dificultad para removerlo tampoco lo es. De esa relación originaria surgió una criminología racista, reaccionaria, legitimante de la destrucción de todas las garantías y límites de la modernidad penal, que brindó argumentos para desarticular de modo gravísimo los estados de derecho, no siendo un dato menor que una de sus ramas acabó legitimando el genocidio de los *diferentes* y de los *disidentes* en los campos de concentración nazistas. La desconfianza y el consiguiente rechazo, por ende, no son gratuitos ni mucho menos.

No obstante, es claro que desde esa triste experiencia, tanto la criminología como las ciencias de la salud mental se han desplazado por otros caminos muy diferentes y diametralmente opuestos a los anteriores, que llegaron hasta posiciones radicales como la criminología *radical* y a la *antipsiquiatría*.

Si la criminología pretende aportar ahora conocimientos útiles para reducir el ejercicio arbi-

trario del poder punitivo, para disminuir el dolor que producen el crimen y el poder punitivo y, en definitiva, para construir un mundo menos violento, menos injusto y más respetuoso de los Derechos Humanos, creemos que ha llegado el momento de reivindicar también en cuanto a esta relación la importancia y la necesidad de contactos constructivos más estrechos.

Comencemos, pues, por ver el curso de las relaciones entre nuestros saberes y por recordar *el trauma del primer encuentro*.

2. La prehistoria

Contra lo que usualmente afirmaban los teóricos de la criminología etiológica o tradicional, ésta no nació con los autores de fines del siglo XIX (Lombroso, Lacassagne, etc.), ni tampoco con los pensadores del iluminismo penal (Beccaria, Feuerbach, Carmignani, etc.), como sostuvieron los criminólogos del paradigma de la reacción social. La criminología, con otro nombre, pero *como conocimiento acerca del mal criminalizado y criminalizable*, nació con el propio poder punitivo, o sea, con los *demonólogos*, que fueron los primeros criminólogos (2). Las pugnas de poder por la hegemonía discursiva sobre la *cuestión criminal* entre criminólogos y médicos son también muy anteriores a la delimitación de nuestras disciplinas como *saberes* y especialmente a su consagración académica.

La prehistoria de la disputa se remonta a la publicación del libro de Jean Wier en Basilea, en 1568 (3), donde sostenía que las brujas no debían ser penadas por los inquisidores, sino derivadas a los médicos, con lo cual disputaba el poder punitivo no solo a los inquisidores sino también a los tribunales y verdugos laicos (4). Wier (5) se alzaba de este modo contra el discurso de los demonólogos.

Cabe destacar también que la institución total de control social psiquiátrico, el *asilo* o *mani-*

comio, es muy anterior a la prisión como pena. Juan de Dios, fundador de la orden *Fate-Bene-Fratelli*, hizo construir en 1540 el asilo de Granada y en el siglo siguiente pasaron a Francia, especializándose en el tratamiento de enfermos mentales (6). Coetáneamente a la aparición y extensión de la prisión como pena, el manicomio se laicizó, pasando de ente de caridad a ente de tutela, donde se contenían los casos en que se consideraba insuficiente la amenaza de las leyes y los consejos de los religiosos (7).

3. Los orígenes: la psiquiatría moderna alumbró la criminología oficial

Con el industrialismo, la concentración urbana obligó a recoger a los enfermos mentales y a los infractores contra la propiedad en instituciones totales estatales: *manicomios* y *cárceles*. La policía era una institución nueva, encargada de la selección y del disciplinamiento urbano, que carecía de discurso, pero los psiquiatras no podían menos que toparse con infractores en su tarea cotidiana y elaboraron un discurso que los abarcaba. Por obra de los psiquiatras dedicados a la medicina forense, los médicos ofrecieron su discurso a las policías y, de este modo, combinaron el saber con el poder, quitaron la hegemonía discursiva a los juristas y filósofos y oficializaron la *criminología* etiológica, usualmente conocida como *positivismo*.

Esto explica cómo la criminología adquirió categoría de saber académico de la mano de los psiquiatras. El relativo aislamiento de los países europeos determinó cursos paralelos aunque parcialmente diferentes.

El caso francés es altamente demostrativo de este proceso, pues es prácticamente lineal. La transformación laica del manicomio se señala con la obra de Philippe Pinel (1745-1826) (8), aunque hubiese mucho de leyenda en la famosa postal de la liberación de los enfermos mentales

de las cadenas (9). En rigor, con sus enseñanzas nació la reglamentación psiquiátrica, aunque se concretó años después de su muerte, por obra de su discípulo, Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) (10). La policía francesa carecía de discurso propio. El más importante ensayo de discurso policial fue llevado a cabo en 1838 por H. A. Frégier, un comisario parisino ilustrado, respondiendo a un concurso convocado por el Colegio de Francia, en el que por primera vez se refiere a las *clases peligrosas*, diez años antes del famoso *Manifiesto comunista*, pero su inconsistencia era clara, no pasando de una serie de observaciones, moralina y *sentido común* (11).

Por su parte, los psiquiatras se topaban cotidianamente con los delincuentes, con los asesinos que daban ocasión de publicidad a las solemnidades de los juicios que acababan en la guillotina (12) y, con mucha mayor frecuencia, con la marginación urbana que componía las *clases peligrosas* en la terminología del Colegio de Francia. Pronto surgió la idea que habría de abarcar a ambos y explicarlos: la *degeneración* (13).

La *degeneración* fue enunciada y consagrada por Bénédicte Augustin Morel (1809-1873) en su famoso *Traité des dégénérescences* de 1857 (14). Para Morel la degeneración era resultado de la herencia, en la que se combinan los caracteres heredados y los incorporados por el medio ambiente, admitiendo la tesis de la transmisión de

caracteres adquiridos, de Lamarck. Morel vinculaba los síntomas y signos degenerativos y acentuaba su interés por la epilepsia, acuñando la expresión *epilepsia larvada*.

Las tesis de Morel fueron seguidas por Valentin Magnan (1835-1916), quien atribuyó a la de-

generación un desequilibrio entre los centros inferiores y superiores del cerebro. Su diferencia sustancial con Morel radicaba en que no admitía un tipo perfecto en el pasado, sino que para Magnan la perfección se lograba en la evolución, estaba en el futuro, y la degeneración consistía en la reducción de la voluntad, entendida como capacidad de lucha para sobrevivir y adaptarse. Para Magnan no era la degeneración causa del crimen, sino que el delito es una definición política de lo socialmente dañoso, y la degeneración provocaría una dificultad de adaptación a las pautas

de prohibición, por lo que siempre habría en el delito una parte de responsabilidad social (15). En este sentido parece haber un prudente paralelo con la tesis de Pedro Dorado Montero (16).

La posición contraria, que atribuía la criminalidad a la degeneración y excluía toda responsabilidad social en la etiología, fue expuesta por Charles-Samson Féré (1852-1907) (17), desde un darwinismo radical. Sostuvo una teoría de la jerarquización social en base a la capacidad de adaptación, lo que determinaba la sedimentación social de los degenerados, o sea que

Si la criminología pretende aportar ahora conocimientos útiles para reducir el ejercicio arbitrario del poder punitivo, para disminuir el dolor que producen el crimen y el poder punitivo y, en definitiva, para construir un mundo menos violento, menos injusto y más respetuoso de los Derechos Humanos, creemos que ha llegado el momento de reivindicar también en cuanto a esta relación la importancia y la necesidad de contactos constructivos más estrechos.

la sociedad tendía a ser socialmente justa por razones biológicas. La responsabilidad social se hallaba para Féré en que el estado no había protegido suficientemente a los no degenerados y, por ello, debía indemnizarlos.

Estos discursos empalmaban con las exigencias selectivas policiales y pronto, por obra de los médicos forenses, le cuestionaron conjuntamente el poder hegemónico del discurso sobre la cuestión criminal a los juristas, hasta llegar al ridículo de disputarles las cabezas de los guillotizados (18).

El más famoso de los pioneros de la oficialización de la *antropología criminal* (primera denominación de la criminología moderna) fue Alexandre Lacassagne (1843-1924). Tomó de Morel la combinación de caracteres heredados y adquiridos transmitidos por herencia y combinó las tesis frenológicas del alemán Gall con la estratificación social, sosteniendo que la etiología criminal dependía de modificaciones del cerebro que podían afectar la región occipital, la frontal o la parietal: las afecciones al occipital producían los criminales de clases bajas, instintivos; las de la región parietal, del equilibrio, producían los ocasionales o impulsivos de clase media; las de la región frontal, del pensamiento, los delinquentes alienados de clases altas (19). Bertillon aplicará las mediciones de la antropología física para identificación (20) y Topinard sostendrá que la antropología criminal no es una ciencia pura sino aplicada, práctica, en tanto que Manouvrier discutirá el método que pretende distinguir los criminales de los no criminales (21).

Estos psiquiatras franceses rechazaron en conjunto la antropología criminal italiana, es-

pecialmente la tesis del criminal nato lombrosiano, pero a su modo, legitimaron con discurso psiquiátrico la selección policial. No olvidemos de paso que Morel instaló también, desde el evolucionismo, la teoría del *apartheid*, postulando la inconveniencia del mestizaje humano por producir degeneración, es decir, seres desequilibrados híbridos, lo que era altamente funcional al colonialismo de la época y que pretendía confirmar con los trabajos de Corre (22).

La psiquiatría inglesa, por su parte, reconoce como criminólogo y antropólogo pionero a James-Cowles Prichard (1786-1848), que adelantó conceptos importantes en sus desarrollos futuros: fue el primero en describir con precisión la *moral insanity* o *locura moral*, luego llamada *psicopatía*; publicó un li-

bro titulado *Sobre las diferentes formas de locura en sus relaciones con la justicia*; y sostuvo que el hombre primitivo (Adán) era negro (23). Al igual que en la psiquiatría francesa, se produjo un rechazo de la antropología criminal italiana en Gran Bretaña y en los Estados Unidos. El llamado *darwinismo social* (24), no obstante, era innegable, sobre todo por la clara influencia de Spencer (1820-1903) (25) y de la tradición lamarckiana, que repercutió tanto en Lombroso como en la escuela de la *eugenesia* inglesa de Francis Galton (1822-1911) y K. Pearson (1857-1936) (26). Son manifiestas las consecuencias *racistas* de ese pensamiento, que pasó de la psiquiatría a la criminología y la política.

Henry Maudsley (1835-1918), médico de prisiones, a propósito de la crítica a las reglas inglesas sobre la imputabilidad (*M'Naghten Rules*) discutía los absurdos conceptos jurídicos

El más famoso de los pioneros de la oficialización de la *antropología criminal* –primera denominación de la criminología moderna– fue Alexandre Lacassagne.

de su tiempo y con ello reivindicaba el delito como una cuestión médica (27). Charles Goring (1870-1919) (28) en su obra de 1913 fue quien con mayor énfasis enfrentó la teoría lombrosiana, llevando a cabo el estudio de 4.000 convictos para concluir que no presentaban los caracteres definidos por Lombroso, pero –en la línea *eugenésica*– afirmaba que en su mayoría padecían deficiencias intelectuales y físicas, que atribuía a la herencia. Sin duda que hubo una clara influencia de Goring en los trabajos de Henry Goddard (1866-1957) en los Estados Unidos, famoso por su caso de la *familia Kallikak* (29), que aplicando tests de inteligencia concluyó en la alta incidencia de la debilidad mental hereditaria en la criminalidad juvenil, promoviendo medidas preventivas (30).

En lengua alemana, Franz-Josef Gall (1758-1828), nacido en Baden pero cuya actividad principal se desarrolló primero en Viena y luego en París, es sin duda el pionero de los estudios de antropología física en materia criminal, aunque su campo de acción fue mucho más amplio, abarcando todo el sistema nervioso y las localizaciones. De cualquier manera, hacia mediados del siglo XIX, su *frenología* había caído poco menos que en el olvido en Europa (31) y unas décadas más tarde, los psiquiatras alemanes negaron al criminal nato lombrosiano, pero insistieron en buscar las variables constantes y descubrir las diferentes formas de alienación mental que presumían como determinantes de la conducta criminal.

En este aspecto siguieron la línea trazada por el psiquiatra austriaco Moritz Benedikt (1835-1920), que como estudioso de la craneología no lograba establecer diferencias físicas con los no delincuentes, pero que se inclinó por buscar los determinantes del llamado *paso al acto*. Su idea de *vida secreta* o *segunda vida* parece haber influido a Freud, pero en criminología, partiendo de la afirmación de que un alto porcentaje de

prisionizados eran verdaderos enfermos mentales y entre los restantes cundían los casos límite o *border line*, los psiquiatras pioneros de la criminología de lengua alemana patologizaban prácticamente todo el campo del delito.

Es muy significativa la obra de Gustav Achenbach (1866-1944) –*El crimen y su represión*– que prácticamente es una psiquiatría para juristas y operadores del sistema penal (32), precedida por la obra de Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) (33), quien luego habría de patologizar toda actividad sexual no convencional, considerándola *perversión* en su *Psychopathia sexualis* de 1886 (34), criticado por ello en su tiempo por el inglés Henry Havelock Ellis (1859-1839) (35).

Es curioso señalar que por obra de los estudiosos de la psicología judicial, el paradigma etiológico se quebró parcialmente, aunque sin consecuencias ulteriores, pues ésta no se limitaba a la conducta de los procesados, sino que abarcaba la de todos los protagonistas del proceso, incluyendo las limitaciones de conocimientos de los jueces, abogados y testigos, siendo clásica la obra del austriaco Hans Gross (1847-1914) (36). Constituye otra curiosidad interesante la tesis sostenida por Albrecht en el congreso de Roma de 1885: afirmaba que el normal es el delincuente y al anormal el hombre honesto (37).

4. La criminología siguió su curso de la mano de los psiquiatras

La criminología, oficializada de esta manera, con carta de presentación mundial a través de la divulgación extraordinaria de las teorías de Cesare Lombroso (38), siguió su curso. Ofreció al mundo un discurso que le permitió considerar inferiores a los colonizados, pues los criminales europeos se asemejaban a ellos (39); patologizó a los disidentes políticos (40); reforzó los prejuicios estéticos del estereotipo criminal (41);

brindó la base para la *peligrosidad sin delito* (42) que permitía imponer penas a los molestos, o sea, a la marginalidad urbana, llamada *mala vida* (43); racionalizó la eliminación de pretendidos *enemigos sociales* (44); condenó a los innovadores, llamándolos *genios* y señalando la necesidad de desconfiar de ellos (45); promovió la esterilización como forma de prevención del delito y de degeneración de la especie (46); fomentó la reclusión de débiles mentales en establecimientos gigantescos (47); etc.

En síntesis: si bien los sociólogos europeos avanzaban por su lado (48), la psiquiatría se convirtió en el discurso dominante de la cuestión criminal, neutralizando todos los límites señalados por el derecho penal de la ilustración y de la modernidad, al tiempo que postulaba la inmovilidad social más absoluta y ocultaba la injusticia social sacralizando la jerarquización de clases como resultado natural de las diferentes capacidades biológicamente condicionadas. Las matizaciones fueron muchas, pero no suficientes para desdibujar estas líneas maestras.

En el período de entreguerras nació la criminología sociológica norteamericana (49), pero los psiquiatras siguieron dominando en la criminología europea, donde la sociología había decaído profundamente, siguiendo un curso un poco menos obstinado, con un reduccionismo biológico menos acentuado, pero en idéntica línea.

Cundió el concepto de *constitución* a partir de Dupré (1862-1921) con su teoría de la *constitución perversa*, combinándose después con los aportes de la endocrinología. En este sentido se orientaron los trabajos de Nicola Pende (1880-1970) (50) en Italia, cuyo discípulo Benigno Di Tullio desarrolló ampliamente con su clasificación de los delincuentes y especialmente con la definición de la *constitución delinencial* (51), pero mayor difusión alcanzaron los trabajos de Ernst Kretschmer (1888-1964) y su clasificación de las estructuras corporales en leptoso-

máticos, pícnicos y atléticos, inclinados a la esquizofrenia, a la psicosis maniaco-depresiva y a la epilepsia respectivamente (52).

Los normales presentaban características de los anormales, no había una línea divisoria neta, sino grados, por lo cual hablaba de *esquizotímicos*, *ciclotímicos*, etc. En los Estados Unidos se ensayó una nueva clasificación en la misma línea (53). En mayor o menor medida, la endocrinología contribuyó a reafirmar la patologización de la sexualidad no convencional (54); del *loco moral* se pasó al difuso concepto de *psicópata* (55), que manejado arbitrariamente puede resultar altamente peligroso como obstáculo a cualquier beneficio penitenciario o como fundamento a una imposición de pena perpetua o indeterminada, al que se combinan los no menos nebulosos de *sociópata* y *asocial* (56).

De todas maneras, es innegable que por obra del suizo Eugen Bleuler (1857-1940), a partir de un artículo publicado en el *Tratado* de Aschaffenburg, se consagró la nosotaxia de la demencia *precoz* luego llamada *esquizofrenia* (57), y que con la sistemática introducida por Emil Kraepelin (1857-1926) (58) se asentó un orden en el caos clasificatorio de la nosotaxia psiquiátrica, al tiempo que se abandonaba definitivamente la idea de la *degeneración*.

5. El trauma del genocidio

Aunque el período de entreguerras no fue muy luminoso para la psiquiatría ni para la criminología europea que seguía bajo su tutela, con los primeros contactos con el psicoanálisis, la enorme bibliografía inicial dedicada al tema (59), si bien desaparece y tan apresurada como por lo general carente de base teórica sólida, y con la creciente desconfianza a las ideologías biologicistas y racistas, comenzó a despuntar una psiquiatría con considerable penetración psicológica que habría de culminar, muchos

años más tarde, en la prudencia terapéutica y en una abierta crítica a la institucionalización.

No obstante, esta tendencia se insinuaba casi como alternativa, no muy definida y con frecuencia altamente contaminada por las ideas dominantes, en tanto que la fuerte inercia de las décadas anteriores (60) hacía que siguiese su curso inexorablemente dirigido al genocidio, pues con los totalitarismos de entreguerras se politizó descaradamente y se afrontaron sus últimas y más inhumanas consecuencias.

La tesis de Lamarck sobre la transmisión de los caracteres adquiridos aplicada a la humanidad llevaba a una consecuencia ineludible: era necesario suprimir a los inferiores o evitar su reproducción para salvar a la *humanidad* de su decadencia (61). El uso político de este instrumento ideológico fue múltiple: para unos, los inferiores habían causado la revolución rusa (62), para otros, era menester neutralizarlos mediante la dictadura del proletariado para crear al nuevo hombre (63); para unos, las unilaterales teorías sobre el mundo circundante eran producto del marxismo materialista (64), para otros era un producto de la escuela norteamericana (65).

Lo cierto es que los inferiores debían ser neutralizados o, de ser imposible, eliminados, para *defender a la sociedad y salvar a la humanidad* de una irremisible decadencia genética. La terrorífica coronación del primer encuentro fue la internación y aniquilamiento de millones de personas en los campos de concentración nazistas, racionalizada por juristas y médicos. Recientes investigaciones históricas revelan la magnitud

de la aberración teórica y el grado de compromiso personal alcanzado por criminólogos sumamente reconocidos y citados profusamente en los años de posguerra, como Franz Exner y Edmund Mezger, médico el primero y jurista el segundo, que proyectaron en 1944 una legislación destinada a hacer desaparecer a los *marginales e indeseables* en los campos de concentración (66).

Las contradicciones de la época provocaron que muchos pensadores y científicos con-

siderados *progresistas* en el campo político, no se percatasen de las aberraciones a que conducían las tesis que sustentaban en el ámbito criminológico, psiquiátrico y penal. El biologismo positivista se presentaba como una respuesta científica al oscurantismo medieval, cuando en realidad permitió una renovación de la inquisición, eliminando los límites impuestos por la modernidad.

Las tentativas de compatibilizar lo incompatible no fueron más que racionalizaciones llevadas a cabo por quienes se hallaron ante el espanto de los monstruos que habían contribuido a crear (67). Para colmo, otra vía biológica concluyó en experiencias no menos aberrantes, dando lugar a la práctica de intervenciones quirúrgicas destinadas a modificar comportamiento, como la famosa *lobotomía*, con prestigio considerable en los años de posguerra (68).

La idea de que la criminología era una *ciencia peligrosa* comenzó a cundir entre los penalistas, que se refugiaban en una neokantismo aséptico, aunque tan contaminado como la propia criminología, incluso compartiendo autores, pues su mayor mentor de la época fue el propio Ed-

El biologismo positivista se presentaba como una respuesta científica al oscurantismo medieval, cuando en realidad permitió una renovación de la inquisición, eliminando los límites impuestos por la modernidad.

mund Mezger, que publicó su terrible obra de criminología en esos años (69). Después de la Segunda Guerra, todos rechazaban las nefastas consecuencias de las tesis que en alguna medida habían contribuido a sostener o a difundir, negaban que fueran consecuencia necesaria de ellas, las mostraban como puras deformaciones políticas, no podían asumir la responsabilidad de sus propios errores conceptuales. La criminología psiquiátrica empalidecía y entraba en franca agonía. La psiquiatría que había dado lugar al primer y traumático encuentro, también iría retrocediendo, aunque más lentamente. Su marcado carácter ideológico no podía ocultarse mucho tiempo y los excesos de este empleo con la matanza de pacientes en el nazismo y con la grosera manipulación soviética (70) causaban parejo horror.

El primer encuentro había sido terrorífico y se cerraba con explicaciones incoherentes y con disimulos. Hasta hoy es menester adentrarse en los escritos de la época para extraer las ideas originales, por lo general omitidas o consideradas secundarias y de importancia menor. Una idea producto de este primer encuentro queda aún viva y con vigencia en las leyes, en la jurisprudencia y en el periodismo: la *peligrosidad*. Es el recurso ideológico más arbitrario con que carga el derecho penal aún en nuestros días, como triste recuerdo del primer encuentro.

6. La criminología se independiza de la psiquiatría

El primer y prolongado contacto traumático de la criminología con la psiquiatría, con consecuencias tan desastrosas como las señaladas, dio lugar a que, por efecto del espanto, se produjese un rápido desplazamiento del interés de la criminología hacia la sociología norteamericana, abandonando a la agónica criminología psiquiátrica europea.

En los años sesenta la criminología pasó del paradigma *etiológico* al de la *reacción social* (71). Es incorrecto interpretar el apartamiento del paradigma *etiológico* como el abandono del estudio de las *relaciones de conexidad y de coetaneidad* acerca de los comportamientos violentos y conflictivos. Bien entendido, el cambio de paradigma significó la ampliación del campo de estos fenómenos (abarcando los del poder punitivo) y, además, la denuncia de un análisis falso de esas relaciones, como era el llevado a cabo por el llamado *paradigma etiológico tradicional o positivista (o neokantiano)*, que distorsionaba la percepción al prescindir de las violencias y del efecto reproductor del propio poder punitivo y del sistema penal.

Si bien es necesario abandonar o bien redefinir radicalmente la palabra *etiología*, separarla de toda connotación médica, de cualquier causalidad mecánica (o incluso reemplazarla) y privarla de toda pretensión de *prognosis* cierta en los casos individuales, lo cierto es que el paradigma de la reacción social correctamente entendido no renuncia a preguntarse el *por qué* de determinadas conductas (especialmente las violentas y letales), sino que, en primer lugar, *amplía el horizonte de las conductas abarcadas, incorporando las de los operadores del sistema penal y, como consecuencia, rectifica las explicaciones de la etiología positivista o neokantiana* (72), que resultaban falsas precisamente por la estrechez del universo abarcado y la presuposición dogmática de que el sistema penal y el ejercicio del poder punitivo operan legítimamente, lo que se obtenía mediante el simple expediente de omitir su análisis, pasando por alto su carácter de importantísimo factor confluente y en muchos casos determinante o reproductor, como también las conductas criminales de sus propios operadores.

Dicho en otros términos, el *paradigma de la reacción social no renuncia a la etiología, sino*

que, tomando esta palabra con las debidas reservas, puede afirmarse que, ampliando el universo de conductas abarcadas e incluyendo en éste las de los propios operadores y responsables del poder punitivo (sistema penal) denuncia y rectifica las falsas etiologías que omitían éstas y, por consiguiente, no se hacían cargo de su carácter de factor confluyente, determinante o reproductor de primerísima importancia.

Como resultado de la atención especial que mereció el control social punitivo desde los años sesenta, en que al menos para el más importante sector criminológico, pasó a ser eje del saber criminológico, y de la manifiesta falsedad de la etiología arbitrariamente recortada con anterioridad, se desprestigió la llamada *clínica criminológica*. Aparentemente se la dejó anclada en el viejo paradigma de la falsa etiología, sin un lugar preciso dentro de la criminología de la reacción social.

En ocasiones se tiene la impresión de que resulta anticuado y reaccionario referirse a los aspectos individuales del comportamiento violento en el campo de la criminología o, en el mejor de los casos, se lo considera un terreno que debe ser entregado a otros especialistas, pero que sale del ámbito del saber criminológico.

No es posible obviar que esto es también producto de que *el discurso criminológico dominante dejó de pertenecer a los profesionales de la salud para pasar a los sociólogos*. Esta transferencia de la hegemonía discursiva, que se había producido en los Estados Unidos como resultado de la primordial importancia que en ese país adquirieron los estudios sociológicos después de la Primera Guerra Mundial (73), se produjo en Europa con posterioridad y como consecuencia del espanto traumático del primer encuentro con la psiquiatría, que puso de manifiesto la falsa etiología positivista y desnudó su ideología profundamente conservadora y racista.

7. La perspectiva de un reencuentro fructífero

El *labeling approach*, el interaccionismo simbólico, la fenomenología, la etnometodología, etc., arrojaron luz sobre la falsedad de las premisas en que pretendía asentarse la pena y toda la teorización penal (74); la criminología crítica y radical incurrió en excesos pero dejó una huella que impide que los planteos posteriores a ella resulten ingenuos o simplistas (75); la *antipsiquiatría* fue de algún modo su equivalente en el campo psiquiátrico (76), pero puso de manifiesto en forma irreversible la naturaleza represiva del manicomio (77); el pensamiento de Foucault (78) contribuyó a esclarecer la naturaleza del *poder psiquiátrico*. De este modo, pasó mucha agua debajo de los puentes desde el primer y traumático encuentro, pues tampoco hoy la criminología y la psiquiatría son las mismas; en ambos campos hay visiones muy plurales.

Es verdad que subsiste una criminología biológica (79), también es cierto que no falta una criminología *administrativa y pragmática* y una suerte de criminología *reaganiana* que *redescubre* la importancia del estudio de los mellizos uniovulares y otras *novedades* semejantes (80), que tampoco faltaron rebotes pseudocientíficos del racismo (81), que algunas consecuencias apresuradas de investigaciones genéticas pretenden vitalizar una *sociobiología* altamente sospechosa de reduccionismo, como que una psiquiatría demasiado enamorada de los fármacos y del *chaleco químico* se aparta en ocasiones de las enseñanzas prudentes que dejara el horror del pasado. No pueden negarse, pues, en ambos campos, regresiones peligrosas.

No obstante, las tendencias progresistas y prudentes que con mucha fuerza se hallan en ambos campos del saber no pueden desconocerse recíprocamente y menos aún desconfiarse hasta el límite del rechazo de todo contacto,

cuando tienen importantes ámbitos de conocimiento aplicado que no pueden eludir y que solo actuando en común podrán afrontar con éxito. Sería imperdonable que se desperdiciara el caudal de conocimientos de los saberes de la salud mental, cuya importancia es innegable en el esclarecimiento de la conducta humana conflictiva y violenta que, por cierto, sabemos ahora que no se reduce a la de los controlados ni mucho menos.

El trauma del primer encuentro debe ser superado, porque lo exige la necesidad de proveer un trato a la población prisionizada, de revertir o neutralizar las consecuencias regresivas del encierro, de estimular la autopercepción positiva y evitar las consecuencias de la fijación de roles, como también de asistir a las víctimas no solo del delito, sino también de las múltiples violencias del propio sistema penal, de compensar y evitar el deterioro de los agentes de éste, o sea, del personal policial, del personal penitenciario, de los jueces, de los abogados, del personal judicial, de las conflictividades familiares e institucionales generadoras de violencia. Es menester que la criminología elimine prejuicios frente a la psiquiatría para poder analizar el papel que juega la patología en toda esta conflictividad violenta, pues si bien es cierto que sería absurdo patologizar toda la violencia, no lo es menos ignorar que en muchas ocasiones la patología psíquica tiene una incidencia determinante o predisponente.

Además, si un aporte es incuestionable en la criminología de la reacción social, es la irreversible admisión de la selectividad criminalizante y victimizante del poder punitivo. Al analizar esta selectividad, no puede permitirse ignorar los factores individuales y especialmente patológicos que contribuyen a la configuración de la vulnerabilidad ni los mecanismos que llevan a asumir los estereotipos negativos, tanto criminalizantes, burocratizantes y policizantes como victimizantes.

La dramática situación de los sistemas penales latinoamericanos y las tendencias represivas, autoritarias y prisionizantes que se observan en el mundo, impide hoy que la criminología quiera agotarse en planteamientos teóricos, pasando por alto sus aplicaciones concretas a los supuestos de violencia y, entre ellas, la responsabilidad que le incumbe en la función formativa de los agentes y operadores del sistema penal, que no pueden carecer de los conocimientos de las disciplinas de la salud mental para encarar soluciones eficaces de cara a la conflictividad en que deban intervenir.

Notas

1. Dedicamos el texto revisado de esta conferencia, pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Argentina en octubre de 2005, a la querida memoria de Ofelia Grezzi, cuya ausencia se siente en el Río de la Plata.
2. Sobre ellos, la selección de: Abbiati-Agnoletto-Lazzati, *La stregoneria. Diavoli, streghe, inquisitori dal Trecento al Settecento*, Milano, 2003.
3. Iean Wier, *Cinq Livres de l'imposture et de la tromperie des diables: des enchantements et sorcelleries*, París, 1569.
4. El poder de los tribunales e inquisidores fue fuertemente defendido por Jean Bodin, en *De la demonomanie des sorciers*, París, 1587, donde le dedica una extensa refutación a la obra de Wier (páginas 238 a 276). Es interesante recordar que Freud se impresionó al verificar que las prácticas atribuidas a los demonios sobre sus adoradores eran idénticas a los relatos de infancia de sus pacientes. Sobre esto: Amand Danet, *L'inquisiteur et ses sorcières*, en Henry Institoris (Kraemer)/Jacques Sprenger, *Le Marteau des Sorcières. Malleus Maleficarum*, París, 1990, p. 53.
5. Suele ser citado como Vier o Weyer, lo que se atribuyó a que Wier significaría *reservoir* en francés y *piscinarius* en latín (así, Victor Moliner, *La vie et les travaux de Jean Bodin sur sa Démonomanie des sorciers et sur les procès pour sorcellerie au seizième et au dix-septième siècle*, Montpellier, 1867, p. 21 nota2). En rigor, la explicación no es muy clara, porque haría referencia a estanques o piscinas, aunque la pa-

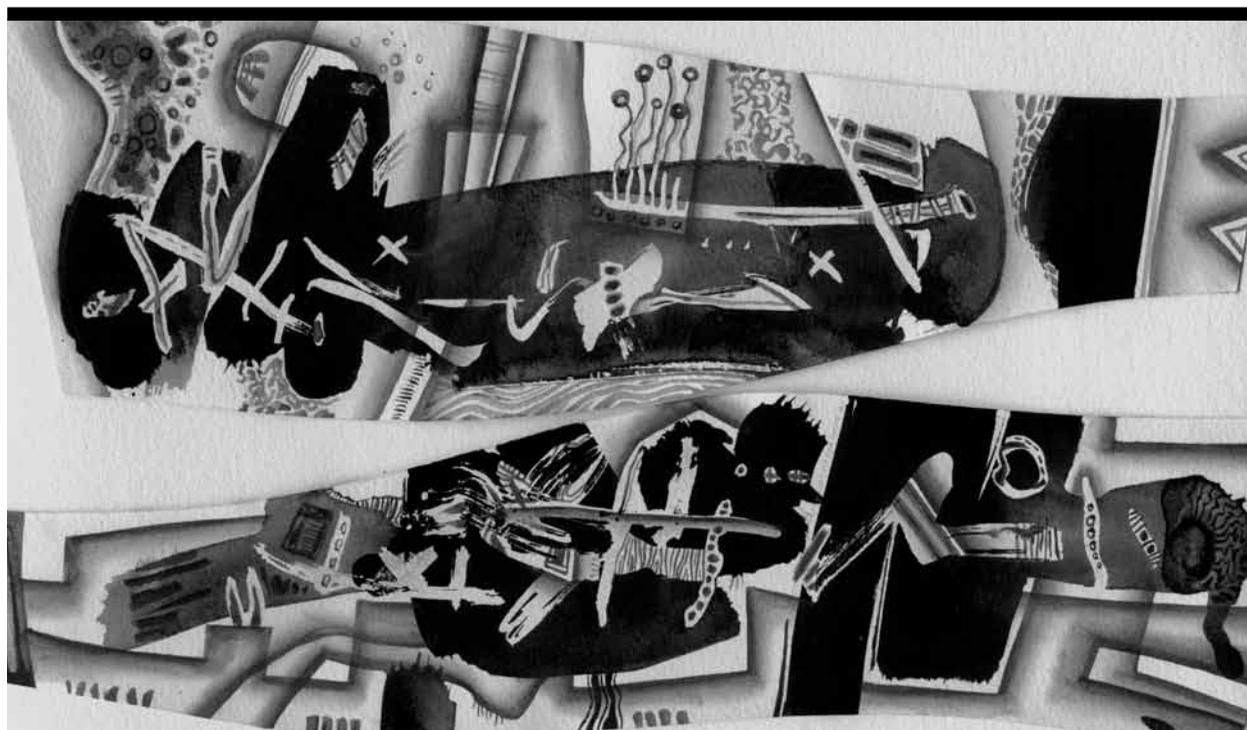
- labra *Wier* no aparece en los modernos diccionarios alemanes.
6. Mario Calzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Venecia, 1988, p.31; enuncia la hipótesis de que la idea del asilo para enfermos mentales provenga de la cultura árabe.
 7. Idem, p. 30.
 8. Sobre Pinel, Klaus Dörner, *Ciudadanos y locos, Historia social de la Psiquiatría*, Madrid, 1974, p. 185.
 9. V. Jacques Postel y Claude Quétel, *Nueva historia de la psiquiatría*, México, 2000, p. 608.
 10. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*, París, 1838.
 11. Cfr. Zaffaroni, E. R., *Las clases peligrosas: el fracaso de un discurso policial prepositivista*, en “El penalista liberal, Homenaje a Manuel de Rivacoba y Rivacoba”, Buenos Aires, 2004.
 12. Las recopilaciones de “grandes procesos” tenían gran éxito en toda Europa: *Causes célèbres étrangers*, publicadas en serie por Panckoucke, París, 1827, traducidas de diversos idiomas por una anónima sociedad de juristas y gentes de letras; José Vicente y Caravantes, *Anales dramáticos del crimen, Causas célebres, españolas y extranjeras, extractadas de los originales y traducidas, bajo la dirección de ...*, Madrid, 1858; la tradición siguió en el siglo XX: Henri-Robert, *Les grands procès de l'histoire*, París, 1924.
 13. Una visión general en: Daniel Pick, *Volti della degenerazione, Una síndrome europea 1848-1918*, Firenze, 1999.
 14. También su *Traité des maladies mentales*, París, 1860.
 15. V. Magnan et M. Legrain, *Les dégénérés (état mental et syndromes épisodiques)*, París, 1895.
 16. Pedro Dorado, *El derecho protector de los criminales*, Madrid, 1916.
 17. La obra de Féré se publica en 1888, v. Ch. Féré, *Degeneración y criminalidad*, traducción de Anselmo González, Madrid, 1903.
 18. Cfr. Pierre Darmon, *Médicos e assassinos na belle époque, A medicalizacao do crime*, Rio de Janeiro, 1991.
 19. Actas de los diferentes congresos de antropología criminal. Su admiración por Gall en el congreso de Roma de 1885.
 20. Alphonse Bertillon, *Sur le fonctionnement du service des signalements anthropométriques*, en “Archives de l'Anthropologie criminelle et des sciences pénales”, III, París, 1888, p. 138; del mismo, *De l'identification par les signalements anthropométriques*, idem, T. I, 1886, p. 193. Sobre Bertillon y su tiempo, Jürgen Thorwald, *El siglo de la investigación criminal*, Barcelona, 1966. Es famoso su fracaso en la peritación psiquiátrica en el caso “Dreyfus”: Jean-Denis Verdín, *O Caso Dreyfus*, Sao Paulo, 1995.
 21. En el 2º congreso de antropología criminal, 1889.
 22. Corre, A., *L'Ethnographie criminelle*, París, s.d.; *Le crime en pays créoles (Esquisse d'ethnographie criminelle)*, Lyon-París, 1889.
 23. Cfr. Marvin Harris, *El desarrollo de la teoría antropológica. Historia de las teorías de la cultura*, Madrid, 1983, p. 82.
 24. Sobre esto, Don Martindale, *The Nature and Types of Sociological Theory*, Boston, 1960, pp. 162 y sgts.; Friedrich Jonas, *Storia della Sociologia*, Roma, 1989, I, p. 263.
 25. Quizá sea más correcto hablar de un *spencerianismo biológico*, dada la notoria influencia de Spencer sobre Darwin y, además, porque Charles Darwin nunca pretendió trasladar mecánicamente sus conceptos a la sociedad. Sobre esto, Marvin Harris, op. cit., pp. 91 y sgts.
 26. Sobre Galton y Pearson, Martindale, op. et loc. cit.
 27. H. Maudsley, *El crimen y la locura, versión castellana de la última edición inglesa por Francisco Lombardía y Sánchez*, Valencia, s.d.; *Physiologie de l'esprit, traduit de l'anglais par Alexandre Herzen*, París, 1879.
 28. Charles Goring, *The English Convict, a statistical study*, 1913 (reed. New Jersey, 1972).
 29. La obra de Goddard se titula *Human Efficiency and Levels of Intelligence*, New York, 1920. La investigación genealógica sobre los Kallikak no parece seria; ofuscado por demostrar las consecuencias políticas antidemocráticas de sus tesis, sostuvo que sería aterrador que las masas tuviesen el poder en sus manos, pero en la práctica, siempre eran unos pocos millones los que se hacían cargo del poder. Sobre esto, ampliamente, Stephan Chorover, *Del Génesis al genocidio*, Madrid, 1986, p. 70.
 30. Éstas asumen caracteres abiertamente racistas que fueron aceptados con beneplácito por autores conocidamente nazis, como Exner, que afirmaba que la adaptación a la civilización norteamericana era una tarea para la cual los negros “no están capacitados” (Franz Exner, *Biología criminal en sus rasgos fundamentales*, Barcelona, 1957, p. 80), reproduciendo tesis norteamericanas que resucitaban el *apartheid* de Morel en tiempos de la lucha por los derechos civiles, especialmente Henry E. Garret, *General Psychology*, New York, 1955, p. 65, cit. por Chorover, op. cit., p. 70.
 31. Cfr. Postel-Quétel, op. cit., p. 642.
 32. G. Aschaffenburg, *Das Verbrechen und seine Bekämpfung*, Heidelberg, 1903; trad. portuguesa de S. Goncalves Lisboa, Lisboa, 1904.
 33. Krafft-Ebing, *La responsabilité criminelle et la capacité civile dans les états de trouble intellectuel*. París, 1875.
 34. Es justo destacar que, sin embargo, criticaba seriamente su punición.

35. V. la perspectiva mucho más amplia de Havelock Ellis en la introducción a Calverton/Schmalhausen, *El sexo en la civilización*, Madrid, 1930.
36. La obra de Gross es de 1898 y la primera traducción inglesa de 1910 (cfr. Debuyst/Digneffe/Pires, op.cit., p. 497), pero lo curioso es que existe una traducción castellana en dos volúmenes, muy anterior: *Manual del Juez para uso de los jueces de instrucción y municipales, jefes políticos, alcaldes, escribanos, oficiales, agentes de policía, etc., por el Dr. Hanns (sic.) Gross, de Graz. Traducción del alemán por Máximo de Arredondo, Juez de primera instancia y secretario auxiliar del tribunal*, México, 1901.
37. El informante de este congreso en los “Archivos” sintetiza así su intervención: “*Extrayendo sus argumentos de anomalías anatómicas y patológicas, tales como los labios leporinos, los incisivos supernumerarios, las raíces bifidas de los caninos, la apófisis enorme de la mandíbula en el hombre, y el gran desarrollo de su ángulo orbital, Albrecht, mediante razonamientos ingeniosos, concluye que el hombre no desciende del mono, por la excelente razón de que el mismo es un mono, y un mono inferior. Viniendo a la cuestión de la antropología criminal, concluye que el hombre criminal es el normal, y que el hombre honesto, que domina sus pasiones, es un fenómeno, un ser inferior entre los monos más inferiores. A estas teorías, expuestas con calma y en un tono serio y convincente, los miembros del congreso creo que han comenzado a mirarse entre sí, han reaccionado luego y han comenzado a aplaudir calurosamente, sin tomar en serio al muy espirotoso profesor*” (“Archives de l’Anthropologie criminelle et des sciences pénales”, I, 1886, p. 286). No conocemos trabajos en esta línea, sobre la que llama la atención Christian Debuyst en Debuyst-Digneffe-Pires, *Histoire des savoirs sur le crime et la peine*, Montreal, 1998, II, p. 467, nota 66.
38. La bibliografía lombrosiana es enorme. Entre los trabajos de las últimas décadas: Renzo Villa, *Il deviante e i suoi segni. Lombroso e la nascita dell’antropologia criminale*, Milano, 1985; Luigi Guarnieri, *L’atlante criminale. Vita scriteriata di Cesare Lombroso*, Milano, 2000; Carlos María Landecho, *La tipificación lombrosiana de delincuentes*, Madrid, 2004.
39. “*En general, la mayoría entre los delincuentes natos tienen orejas en asa, cabellos abundantes, escasa barba, senos frontales marcados, mandíbulas enormes, mentón cuadrado y emergente, gesticulación frecuente, en síntesis, tipo semejante al negroide y algunas veces al mongoloide*” (Lombroso, Cesare, *L’uomo delinquente*, Torino, 1884, p. 248).
40. C. Lombroso, *Gli anarchici*, Torino, 1894; C. Lombroso / R. Laschi, *Le crime politique et les révolutions*, París, 1892; Benito Mario Andrade, *Estudio de antropología criminal espiritualista*, Madrid, 1899, pp. 203 y ss. Los líderes de movimientos masivos eran considerados de igual manera: Gustavo Le Bon, *La psicología política y la defensa social*, Madrid, 1912; del mismo, *Psicología das multidoes*, Rio de Janeiro, 1954; Scipio Sighele, *I delitti della folla*, Torino, 1910; J.M. Ramos Mejía, *Las multitudes argentinas*, Buenos Aires, 1912: Sobre la criminalización de multitudes y líderes, Jaap van Ginneken, *Folla, psicologia e politica*, Roma 1989.
41. M. L. Patrizi, *Preliminari d’un indirizzo antropológico (bio-psicologico) nella critica e storia dell’arte figurativa*, en *Dopo Lombroso*, Milano, 1916; Alfredo Nicéforo, *Criminali e degenerati dell’Inferno Dantesco*, Torino, 1898; Enrico Ferri, *Les criminels dans l’art et la littérature*, París, 1902; *I delinquenti nell’arte ed altre conferenze e saggi di scienza ed arte*, Torino, 1926.
42. Mariano Ruiz-Funes, *La peligrosidad y sus experiencias legales*, La Habana, 1948.
43. Salillas, Rafael, *El delincuente español. Hampa (Antropología picaresca)*, Madrid, 1898; Nicéforo, Alfredo – Sighele, Scipio, *La mala vida en Roma*, Madrid, 1901; Bernaldo de Quirós, Constancio, *La mala vida en Madrid. Estudio psicossociológico con dibujos y fotografías al natural*, Madrid, 1901 (reed. Madrid, 1998); Bembo, Max, *La mala vida en Barcelona*, Barcelona, 1912; Gómez, Eusebio, *La mala vida en Buenos Aires*, Buenos Aires, 1908 (con prólogo de José Ingenieros). Es interesante la recopilación literaria de Ernesto Ferrero con prólogo de Leonardo Sciascia, *Storie nere di fine secolo. La mala Italia*, Milano, 1973.
44. R. Garofalo, *La Criminología*, trad. de Pedro Dorado Montero, Madrid, s.d., p. 7, 11, 14 y 15; Franz von Liszt, *La idea de fin en el derecho penal*, Valparaíso, 1984, p. 120.
45. Lombroso, *L’uomo di genio in rapporto alla psichiatria, alla storia ed all’estetica*, Torino, 1894; Max Nordau lo seguía cercanamente considerando degenerados a todos los artistas peligrosamente creativos (*Degeneración*, Madrid, 1902).
46. Cfr. La información de Mariano Ruiz-Funes sobre leyes de esterilización en Estados Unidos, Suiza, Dinamarca, Canadá, Suecia, Noruega, Finlandia, Estonia, Letonia y Alemania (*La peligrosidad*, cit., pp. 510 y sgts.).
47. La degeneración podía prevenirse con campañas contra las enfermedades sociales. Por ej., Louis Rénon, *Les maladies populaires. Maladies vénériennes, alcoolisme, tuberculose*, París, 1907; tardamente en la Argentina: Francisco De Veyga, *Degeneración y degenerados. Miseria, vicio y delito*, Buenos Aires, 1938; sobre este período y su ideología: Ruth Harris, *Assassinato e loucura. Medicina, leis e sociedade no “fin de siècle”*, Rio de Janeiro, 1993, pp. 81 y sgts.
48. Sin duda que la teoría sociológica norteamericana y, por ende, la criminología sociológica resultante,

- recibió y continuó líneas que había trazado la sociología europea que se opacó con la Gran Guerra (1914-1918), especialmente de Durkheim (1858-1917), Max Weber (1864-1920) y Georg Simmel (1858-1918). Sobre ello, George Ritzer, *Teoría sociológica contemporánea*, México, 1998; Patrick Baert, *La teoría social en el siglo XX*, Madrid, 2001; Jeffrey C. Alexander, *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial*, Barcelona, 1990.
49. Martín Bulmer, *The Chicago School of Sociology*, Chicago University Press, 1984.
 50. Nicola Pende, *Trabajos recientes sobre endocrinología y psicología criminal*, Madrid, 1932; también, *La ciencia moderna de la persona humana*, Buenos Aires, 1949; *¿A dónde vas, hombre? Problemas humanos de nuestro tiempo*, Buenos Aires, 1958; su traductor español, Mariano Ruiz-Funes, había publicado *Endocrinología y criminalidad*, Madrid, 1929. La discusión sobre imputaciones de racismo y antisemitismo, en Giorgio Israel/Pietro Nastasi, *Scienza e razza nell'Italia fascista*, Bologna, 1998.
 51. Benigno Di Tullio, *Manuale di Antropologia e psicologia criminale applicata alla pedagogia emendativa, alla polizia ed al diritto penale e penitenciario*, con prefacio de Silvio Ottolenghi, Roma, 1931; *Tratado de Antropología Criminal*, Buenos Aires, 1950.
 52. Ernst Kretschmer, *Körperaubau und Charakter, Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*, Berlin, 1925; *Manuel théorique et pratique de Psychologie Médicale*, Paris, 1927.
 53. Sheldon and Eleonore Glueck, *Nuove frontiere della criminologia*, Milano, 1971; Sheldon Glueck, *Crime and Correction, Selected Papers*, Massachussets, 1952; W.H. Sheldon, S. S. Stevens, W. B. Tucker, *Les variétés de la constitution physique de l'homme*, Paris, 1950; W. H. Sheldon, S. S. Stevens, *Les variétés du temperament. Une psychologie des différences constitutionnelles*, Paris, 1951.
 54. Gregorio Marañón, *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*, Madrid, 1930; Luis Jiménez de Asúa, *Libertad de amar y derecho a morir. Ensayos de un criminalista sobre eugenesia, eutanasia, endocrinología*, Santander, 1929.
 55. Kurt Schenider, *Las personalidades psicopáticas*, Madrid, 1962.
 56. Göbbels, Hans, *Los asociales. Esencia y concepto de la asocialidad*, Madrid, 1955.
 57. Eugen Bleuler, *Demencia precoz, El grupo de las esquizofrenias*, Bs. As., 1960.
 58. Cfr. Postel-Quétel, op. cit., p. 664.
 59. Una amplia bibliografía de la época en: Quintiliano Saldaña, *Nueva Criminología*, Madrid, 1936, pp. 248 y sgts. Las obras más difundidas de ese tiempo son: Franz Alexander-Hugo Staub, *Der Verbrecher und seiner Richter*, Wien, 1929 (trad. castellana, *El delincuente y sus jueces desde el punto de vista psicoanalítico*, Madrid, 1935); Theodor Reik, *Der unbekante Mörder, Von der Tat zum Täter*, 1932 (*Psicoanálisis del crimen, El asesino desconocido*, Buenos Aires, 1965). En castellano, por ejemplo, Cesar Carmargo Marín, *El psicoanálisis en la doctrina y en la práctica judicial*, Madrid, 1931; Luis Jiménez de Asúa, *Psicoanálisis criminal*, Madrid, 1935.
 60. Evidenciada, por ejemplo, en la singular importancia asignada a las investigaciones sobre el comportamiento criminal de mellizos univitelinos: Lange, *Verbrechen als Schicksal: Studien an kriminellen Zwillingen*, 1929; F. Stumpfl, *Die Ursprünge des Vebrechens*, 1936; Carlo Ferrio, *Gemelli*, en Eugenio Florian-Alfredo Nicéforo-Nicola Pende, *Dizionario di Criminologia*, Milano, 1943, I, p. 400.
 61. Desde una perspectiva más amplia, Arthur Herman, *La idea de decadencia en la historia occidental*, Barcelona, 1998.
 62. Lothrop Stoddard, *The Revolt against Civilization. The menace of the under-man*, London, 1923.
 63. Eran las ideas biológicas de Lyssenko, con la llamada "escuela de Mitchurin", que costó la pérdida de varias cosechas al stalinismo. Sobre ello Jean Rostand, *La herencia Humana*, Buenos Aires, 1961, pp. 52.
 64. Vierstein, cit, por Edmundo Mezger, *Kriminalpolitik aus kriminologischer Grundlagen* (1933), traducido como *Criminología*, Madrid, 1942, p. 158.
 65. Así, el prólogo a Exner, Franz, op. cit., p. 6.
 66. Sobre este proyecto arroja nueva luz la minuciosa investigación de Francisco Muñoz Conde, *Edmund Mezger y el derecho penal de su tiempo. Estudios sobre el derecho penal en el nacionalsocialismo*, Valencia, 2003; de este proyecto y de la concreta propuesta de Mezger dan cuenta también Michael Burleigh/Wolfgang Wippermann, *Lo Stato razziale, Germania 1933-1945*, Rizzoli, 1992, p. 158.
 67. Quizá el mayor esfuerzo en este sentido sea la citada y poco valorada obra del profesor español republicano en el exilio, Mariano Ruiz-Funes, *La peligrosidad y sus experiencias legales*, La Habana, 1948, donde el autor se esfuerza por compatibilizar la peligrosidad con los principios del estado de derecho.
 68. Ver Egas Moniz, *Confidencias de un investigador científico*, Lisboa, 1949. Sobre el final del libro puede verse el enorme número de lobotomizados, según los informes al congreso de Lisboa de 1948.
 69. Edmund Mezger, *Criminología*, trad. de José Arturo Rodríguez Muñoz, Madrid, 1942 (el título original es: *Kriminalpolitik auf kriminologischer Grundlagen*), su prólogo comienza con las siguientes palabras: "*La potente revolución política y espiritual del movimiento liberador en Alemania ha colocado a la vida estatal de este país sobre una nueva base de cul-*

- tura. *El nuevo Estado totalitario se eleva apoyándose en los principios básicos de pueblo y raza*”.
70. Sobre ello, Elizabeth Antébi, *I fabbricanti di pazzia*, Milano, 1979.
71. Entre otros, Alessandro Baratta, *Criminología crítica e crítica del diritto penale*, Bologna, 1982, p. 83.
72. En rigor puede hablarse de un paradigma “positivista-neokantiano”, pues en tanto que el positivismo corresponde a un modelo integrado de ciencias penales, el segundo lo desintegra, separando al derecho penal como ciencia de la cultura de la criminología como ciencia natural, justamente para salvar el paradigma etiológico positivista (sobre los sistemas integrados y desintegrados, Baratta, Alessandro, op.cit., pp. 41-42).
73. Cfr. Massimo Pavarini, *Introduzione a ... La Criminologia*, Firenze, 1980, p. 42.
74. V. George B. Vold, Thomas J. Bernard, Jeffrey B. Snipes, *Theoretical Criminology*, New York, 1998, p. 219; sobre su potencial deslegitimante: Alessandro Baratta, *Criminologia e dogmatica penale. Passato e futuro del modello integrato di scienza penalistica*, en “La questione criminale, 1979, 2, p. 147.
75. *Radical Criminology, The coming Crisis*, edited by James A. Inciardi, Londres, 1980; Ian Taylor-Paul Walton-Jock Young, *The new Criminology, For a social theory of deviance*, Londres, 1973; G. B. Traverso – A. Verde, *Criminologia critica. Delinquenza e controllo sociale nel modo di produzione capitalistico*, Padova, 1981; un importante balance en: Elena Larrauri, *La herencia de la criminología crítica*, Madrid, 1992.
76. V. R. Angelergues y otros, *La Antipsiquiatría*, Siglo XXI, México, 1975; Thomas S. SAS, *Legge, libertà e psichiatria*, Milano, 1984; del mismo, *Ideologia e doença mental, Ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*, Rio de Janeiro, 1977; R.D. Laing, *O eu e os outros*, Rio de Janeiro, 1978; del mismo, *O eu dividido*, Rio de Janeiro, 1978; R. D. Laing – D. G. Cooper, *Razao e violencia*, Rio de Janeiro, 1976.
77. Franco Basaglia, *La institución negada, Informe de un hospital psiquiátrico*, Bs. As., 1972; Romano Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'unità a oggi*, Milano, 1979.
78. Michel Foucault, *El poder psiquiátrico, Curso en el Collège de France*, Bs. As., 2005.
79. Hans J. Eysenck and Gisli H. Gudjonsson, *The causes and cures of criminality*, New York, 1991.
80. James Q. Wilson and Richard J. Herrnstein, *Crime and Human Nature*, New York, 1985 (en la tapa aparece un anticientífico subtítulo de asombrosa soberbia: *The definitive study of the causes of crime*).
81. V. *The Bell Curve Debate, History, Documents, Opinions*, edited by Russell Jacoby and Naomi Glauberman, New York, 1995.

El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria



Sara Ardila

Psicóloga. Magíster en Psicología Social Comunitaria. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. Docente Salud Pública/Salud Mental Cátedra II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Becaria Posgrado Tipo II, CONICET – Universidad Nacional de Lanús.

Emiliano Galende

Médico. Psicoanalista. Director del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

Resumen

Este trabajo tiene como propósito discutir acerca del lugar que ocupa y el sentido que tiene el concepto de comunidad en la perspectiva y propuestas de la salud mental comunitaria. Para ello se realiza un recorrido histórico del concepto mismo de comunidad, partiendo de sus orígenes en la sociología del siglo XIX, ligado a la añoranza de aquello que se estaba perdiendo por las transformaciones en los vínculos sociales producidas por la revolución industrial, hasta llegar a su resurgimiento teórico a fines del siglo XX, ligado a la necesidad y demanda de se-

guridad. A su vez, se revisa el sentido que ha tenido el concepto de comunidad en los diferentes movimientos de reforma psiquiátrica, y el que ha ido cobrando en el contexto presente, señalándose algunos de los retos que enfrentan las propuestas de salud mental comunitaria en la actualidad.

Palabras clave: Comunidad. Salud Mental. Reforma Psiquiátrica.

Abstract

The purpose of this work is to discuss about the place and meaning of the community con-

cept in the context of community mental health. To achieve that purpose the concept of community has been historically reviewed since its origins in XIX century sociology -when it was connected to something that was missing due to the transformation of social links caused by the industrial revolution- until its theoretical revival at the end of XX century as part of the need of security. The meaning of the community concept in the different movements of psychiatric reforms is also reviewed as well as its meaning in the present context. Some challenges that community mental health proposals have right now are also pointed out.

Key words: Community. Mental Health. Psychiatric Reform.

Introducción

El concepto de comunidad ocupa un lugar central entre aquellos con los que se intenta caracterizar las propuestas de reforma de la atención psiquiátrica, dándole al mismo nuevos significados que se extienden desde asignar a los servicios de atención una radicación en el seno territorial, cultural y social de las comunidades, hasta abarcar a las prácticas profesionales, para que éstas se realicen con participación de usuarios, familias y la misma comunidad. Esto incluye a los programas conjuntos que desarrollan los servicios con organizaciones de la comunidad. En el centro de esta perspectiva comunitaria está la oposición a la internación psiquiátrica de tipo asilar, asegurando que el paciente pueda permanecer integrado en su comunidad en el proceso de atención y rehabilitación, potenciando su participación activa en el tratamiento. Iguales propósitos orientan los proyectos de integración social de personas que han padecido largas internaciones en hospitales psiquiátricos. Sin duda, que el conjunto de las propuestas que hoy se hacen bajo el concepto de “comunita-

rio” en el campo de la Salud Mental, plantean un modo nuevo de concebir lo comunitario. Se trata de incorporar nuevos significados a este concepto y a la vez definir nuevas prácticas ligadas a estos significados.

Para avanzar hacia una precisión de este concepto creemos necesario realizar un recorrido por el desarrollo histórico del concepto de comunidad y de las prácticas englobadas en “lo comunitario”, partiendo de sus orígenes en la sociología del siglo XIX, su resurgir hace algunas décadas, y de su lugar actual en los movimientos de “reforma psiquiátrica”.

El propósito de esta revisión es pensar acerca de una noción que, como sabemos, está en el corazón mismo del campo de la salud mental comunitaria, siendo de este modo uno de sus “cimientos conceptuales”, que en tanto tal requiere de cierto examen y análisis so pena de desmoronarse en el sentido que se ha dado al mismo en la perspectiva de una Salud Mental Comunitaria (Ingleby, 1980).

Despejar el sentido de por qué salud mental *comunitaria* y qué relación tiene con otros conceptos que han definido perspectivas semejantes, como salud mental *crítica*, salud mental *reflexiva*, salud mental *democrática* o salud mental de la *liberación*. De este modo, en lo que se quiere enfatizar es en el hecho de que el adjetivo de “comunitaria” para caracterizar a Salud Mental tiene una serie de implicaciones y constituye a la vez una “elección”. Así pues, ¿por qué, para qué y desde dónde hacemos alusión a lo comunitario en salud mental?

Una perspectiva histórica del concepto de comunidad

El concepto de comunidad, como parte del pensamiento sociológico, surge en el siglo XIX en el contexto de los cambios sociales producidos tras la llamada “Era de las Revoluciones”:

la revolución francesa en primer lugar y luego la revolución industrial de comienzos del Siglo XIX (Hobsbawn, 1994/1998), que dieron lugar a la modernidad y al liberalismo. Curiosamente son también los tiempos en que la medicina mental se consolida en Europa. En Francia, tiempos del segundo Napoleón, en 1838, Esquirol logra la aprobación de la primera ley sobre los enfermos mentales, ley amplia que sostiene tres pilares del dispositivo psiquiátrico hasta muy entrado el Siglo XX.

Transgrediendo la Declaración de los Derechos del Hombre, alterando el orden jurídico según el cual nadie puede ser privado de su libertad sino por medio de un proceso judicial, con derecho a la defensa en juicio y bajo sentencia de un juez, esta ley de 1838 otorga esta función judicial a los Directores de Asilos de Alienados, que pueden sin proceso, sin derecho a defensa y sin sentencia que fije un tiempo para la reclusión, disponer bajo un certificado médico la privación de libertad del diagnosticado enfermo mental. Lo segundo, es la creación en los 54 Departamentos de Francia de un Asilo de Alienados y finalmente se instalan en las facultades de medicina las cátedras de “Neuropsiquiatría”, que otorgan legitimidad académica a la nueva disciplina. Así desde su nacimiento “comunidad” y “psiquiatría” constituyen dos proyectos antagónicos para comprender y tratar a las personas con trastorno mental.

Son tiempos de revolución y cambios en la sociedad y la cultura europea, comienzos de la revolución industrial y surgimiento de un asalariado urbano que comienza a expresarse en la

sociedad, como resultado de esta nueva sociedad se asiste a una pérdida progresiva de la vida comunitaria, ligada a la tradicional vida rural. La comunidad, tal y como aparece descrita por los pensadores de la época, hacía alusión a las formas de relación que se estaban perdiendo con la entrada del liberalismo: aquellas caracterizadas por un alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo. Era en

ese sentido una noción “conservadora”, por medio de la cual se evocaba con nostalgia a aquellos aspectos de la tradición que se estaban perdiendo por el modernismo. Defender la vida comunitaria hacía parte de aquello que se oponía al cambio y al progreso, y era el reflejo y producto del desasosiego experimentado ante la fractura y pérdida de lo antiguo (Nisbet, 1966/1969).

Un trabajo clásico que evidencia la noción de comunidad es el de Tönnies, quien en 1887 publica su texto *Gemeinschaft und Gesellschaft* (Comunidad y Sociedad), el cual sintetiza los desarrollos que desde él y otros pensadores se habían hecho en esa época para hacer referencia a las formas de relación que antecedían al liberalismo (comunidad) y que se desarrollaron a partir de éste (sociedad).

Esta antítesis hacía referencia a dos formas distintas de organización social y sus formas específicas de socialización (Fistetti, 2003/2004). La “sociedad” implicaba un tipo especial de relación humana caracterizada por un alto grado de individualismo, impersonalidad, contractualismo, competencia, egoísmo, interés, racionalismo,

Despejar el sentido de por qué salud mental comunitaria y qué relación tiene con otros conceptos que han definido perspectivas semejantes, como salud mental crítica, salud mental reflexiva, salud mental democrática o salud mental de la liberación.

dad y cálculo. Por su parte, el prototipo de la forma de relación de la “comunidad” era la familia, incluyendo también las relaciones de amigos y vecinos, siendo sus elementos constitutivos los de sangre, lugar y mentalidad, es decir, de relaciones inmediatas. Estas dos formas de vínculos entre los individuos redefinen al mismo tiempo la construcción de las identidades sociales. En la forma tradicional de vida comunitaria la identidad social se basaba en dos pilares: la filiación y el territorio, de nacimiento o de vida. Ambos elementos requieren de la vida en común, de relaciones inmediatas en las que la mirada del otro establece los modos de reconocimiento de la identidad y ésta incorpora el sistema de normas que regulan los comportamientos prácticos, el sujeto de la comunidad posee así una subjetividad fuertemente ligada al territorio de vida. Ser de una familia, la filiación, ser de un lugar, el territorio, son la base sobre la cual se caracteriza el oficio como capacidades específicas que definen la posición en las jerarquías de la escala social. En muchos casos ambos, filiación y territorio, se reúnen en el nombre propio, agregando al apellido familiar el lugar de origen del individuo. Lo mismo ocurre cuando el oficio es agregado al apellido (carnicero, carpintero, etc.).

Así pues, los conceptos de “comunidad” y “sociedad” abarcaban muchas cosas: aspectos legales, económicos, culturales e intelectuales, aunque lo central de ellos lo constituye el tipo de relación social al que hacen referencia y los elementos mentales afectivos que llevan implícitos. (Nisbet, 1966/1969). Ya en el Siglo XX Habermas (1989) retoma esta diferencia entre vida comunitaria y sociedad en relación a la interacción comunicativa. En un trabajo anterior (Galende, 1990), partiendo de lo enunciado por Habermas respecto a la interacción comunicativa, definíamos dos sistemas diferenciados de integración social: la *integración social sistémica* y la *integración socio comunitaria*. La primera es aque-

lla que caracteriza el ejercicio de ciudadanía, la pertenencia a una nación, el sistema de leyes y derechos, los significados culturales, bajo los cuales se organiza y funciona la vida en común. La segunda es propia de la vida comunitaria, en la cual las relaciones inmediatas y los sistemas de reconocimiento de las identidades se ajustan a sistemas normativos impuestos por la misma comunidad, es decir son definidas por la relación inmediata con los otros, normas que regulan los comportamientos prácticos de los miembros de esa comunidad, especialmente referidas a la violencia, el sexo, a las delimitaciones de la propiedad y a la utilización de los espacios compartidos. La diferenciación entre lo público y lo privado tiene su soporte principal en la vida comunitaria en la cual las personas interactúan. Las identidades sociales requieren de ese espacio comunitario donde se afirma el reconocimiento, la relación con los otros, la regulación que las normas hacen de la propia conducta. Un tema complejo y actual, que no abordaremos ahora, es que el sistema normativo de la vida social y el que rige la vida comunitaria deben tener formas concordantes, que van más allá de la interacción comunicativa, ya que se trata de significados culturales, valores morales, que interpretan y sancionan de manera diferente los comportamientos. Las comunidades que generan normas antagónicas con las de la sociedad global, tienden a su diferenciación y marginación de la sociedad, instalando el conflicto que las lleva al aislamiento de la sociedad o a la represión por parte de los poderes punitivos de la sociedad. Es observable que existen comunidades que están integradas, forman parte coherente, con la sociedad global, y otras que, reformando sus sistemas normativos locales, permanecen como espacios marginales de la sociedad.

Ahora bien, y en tanto que la noción de “comunidad”, como ya se ha dicho, surge en el contexto del desarrollo del liberalismo como oposi-

ción a las formas de relación que éste propiciaba y que a su vez lo hacían posible, puede señalarse que en cierto sentido todos los movimientos que se han opuesto al liberalismo, ya sean éstos de corte conservador o progresista -y a pesar de sus marcadas y profundas diferencias- comparten en algún punto cuestiones referidas a lo “comunitario” (Hobsbawn, 1994/1998). La defensa de la vida comunitaria en su versión conservadora siempre apela al valor de las instituciones establecidas, que considera eternas en el valor de las tradiciones, a preservar la rigidez de la moral, y a centrar en la familia como organización básica de la vida en común. En la versión progresista se defiende otro valor, el progreso, el cambio social, la superación de las desigualdades, que requiere de un valor central de raíz comunitaria: la solidaridad.

Sobre finales del Siglo XIX la sociedad ha cambiado y la vida comunitaria, mermada o en vías de desaparecer, justamente porque el desarrollo de la industria arroja a grandes masas de obreros rurales, artesanos y cuentapropistas del espacio rural al anonimato de la vida en las grandes urbes. La dicotomía entre comunidad y sociedad se replantea, el liberalismo avanza como ideología pero también como imposición del individualismo en oposición a la vida comunitaria. En este trastrocamiento profundo de la vida en común, la pérdida tanto de las relaciones inmediatas en la comunidad y la reformulación de la familia nuclear numerosa, propia de la vida comunitaria dominante en los pequeños pueblos, llega a una tensión extrema en la vida de las personas: los más ricos pueden prescindir de la comunidad y atender por sí mismos

sus necesidades, afirmando el individualismo liberal, pero los más pobres necesitados de los valores solidarios de su comunidad, y para quienes el individualismo es simultáneo a su explotación en las fábricas, requieren para su existencia de la solidaridad del grupo comunitario, presionan sobre los Estados y lleva a la respuesta de políticas de protección social, surgiendo así a fines del siglo XIX las primeras formas modernas de seguridad social en Europa (Alemania, Inglaterra, los países escandinavos y Francia, con diferencias entre unos y otros). las cuales implicaban una

forma de relación social diferente a la de los tipos puros de “comunidad” y “sociedad”. La seguridad social marca, según Tönnies, una evolución de la “sociedad”, siendo en cierto sentido una *pseudo-comunidad* (Nisbet, 1966/1969) en tanto recupera para el funcionamiento de la sociedad los principios y valores de la solidaridad y reciprocidad

propios de la comunidad en los cuales se fundan los sistemas de seguridad social modernos. Se constituyen así dos sistemas diferentes, cuyo sentido aún persiste en las políticas públicas dirigidas a la protección social.

En Alemania, 1883, durante el gobierno de Bismarck, enfrentado con el partido socialdemócrata, se dictan tres leyes claves: se crea el primer seguro de salud, (en verdad seguro de enfermedad) obligatorio para todos los obreros de la industria, el cual pagaban con su salario los empleados dos tercios de su costo y un tercio su empleador. Este seguro era gestionado por entidades autónomas (en versión argentina, las Obras Sociales sindicales), bajo control del Estado. Se trató de una concesión del gobierno de

La noción de “comunidad” surge en el contexto del desarrollo del liberalismo como oposición a las formas de relación que éste propiciaba y que a su vez lo hacían posible.

Bismarck a la socialdemocracia alemana, la clase obrera asumía en sus organizaciones un patrimonio colectivo para cubrir solidariamente, es decir, también comunitariamente, los riesgos de enfermedad. Por ley se fijaban los montos de cotización para obreros y patrones. En 1884 se dicta la primera ley de seguro contra los accidentes del trabajo. Los patrones debían aportar obligatoriamente a una caja corporativa para cubrir los costos resultantes de accidentes en el

trabajo y la invalidez resultante. En 1889 otra ley específica establece un sistema obligatorio de jubilación, al cual deben aportar los obreros durante los años de actividad y los patrones en partes iguales. El primer modelo histórico de Seguridad Social se constituye en 1911, bajo un gobierno liberal, dirigido a encuadrar a la población asalariada en un sistema de protección obligatorio. Vale recordar que el primer sistema de seguridad social fue creado por un gobierno conservador y dirigido a quitar a la

socialdemocracia la base social de la clase obrera y los sindicatos. Pero tanto los sindicatos como las primeras Obras Sociales sindicales, bajo regulación y control del Estado pero autónomas en su funcionamiento, se convirtieron en verdaderas experiencias de comunidades en base a la solidaridad. De esta experiencia surgirán las Mutuales, organizaciones autónomas basadas en la solidaridad entre sus miembros. Esta política se implementó en casi toda Europa y EEUU en la primera mitad del Siglo XX.

Luego de la Segunda Guerra Mundial surge una nueva concepción sobre el riesgo social y el papel del Estado sobre el mismo. Forma parte del llamado "Estado de Bienestar". En 1942, por iniciativa de Beveridge en Inglaterra, se instituye lo que conocemos como sistema de Seguridad Social, un nuevo compromiso del Estado con los riesgos. Beveridge considera, y se plasma en ley, que la Seguridad Social tiene por fin liberar al hombre de sus necesidades, garanti-

zando el ingreso económico necesario para integrarse a la vida social, en los intercambios económicos y culturales. El riesgo social es todo aquello que amenaza el ingreso económico regular y continuo de cada individuo: la enfermedad, el accidente de trabajo, la muerte, la vejez, la maternidad, el desempleo. Se sanciona entonces un sistema global y coherente de protección social, cuyas características fueron: un sistema general, amplio pero no totalmente universal, dirigido a los asalariados, de se-

guro de desempleo; un sistema unificado, por el cual una misma institución, la Seguridad Social, cubre todos los riesgos definidos, evitando la fragmentación administrativa y de gestión de cada uno de ellos; un sistema uniforme de prestaciones regido por la equidad y la igualdad en la atención; un sistema centralizado, con alguna autonomía de gestión respecto del Estado. Paralelamente a la creación de la Seguridad Social en Inglaterra, Beveridge propone una política social de Estado dirigida a tres objetivos: ayudar a

Luego de la Segunda Guerra Mundial surge una nueva concepción sobre el riesgo social y el papel del Estado sobre el mismo. Forma parte del llamado "Estado de Bienestar". En 1942, por iniciativa de Beveridge en Inglaterra, se instituye lo que conocemos como sistema de Seguridad Social, un nuevo compromiso del Estado con los riesgos.

las familias que no poseen vivienda propia, para el pago del alquiler de sus viviendas; la creación del Instituto Nacional de Salud y una política de pleno empleo, complementaria del seguro de desempleo. De este Instituto Nacional de Salud de Inglaterra surgirá el específico de Salud Mental pocos años después. Recordemos que cuando en Argentina se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, en 1957, su estatuto sigue los lineamientos del Instituto inglés. Al mismo tiempo que se crea un sistema a través del cual el Estado asume una política amplia de protección social, se desactiva a los sindicatos obreros como organizaciones comunitarias encargadas de asumir los riesgos en base a la solidaridad. Vale tener presente estos antecedentes de la presencia de lo comunitario en las políticas públicas ya que serán posteriormente claves para el desarrollo de la reforma de la atención psiquiátrica y la perspectiva de lo comunitario en las nuevas estrategias de atención de la salud mental. En los países de Europa que posterior a la Segunda Guerra Mundial disponían de un sistema de Seguridad Social consolidado, la reforma contó y en gran parte fue impulsada por la Seguridad Social (Inglaterra, España, Francia y otros en menor escala). Los países que, como EE.UU., siguieron el modelo bismarckiano de seguros tuvieron muchas dificultades para impulsar esta reforma. La estrategia comunitaria en la atención y la necesidad de una intervención que involucre a los servicios sociales, se vio facilitada en países donde la relación entre el sistema de salud y los servicios sociales contaban ya con experiencia y organización.

El resurgir de la comunidad

La noción de comunidad, aunque presente a partir del siglo XIX, no se torna de nuevo tema de interés central para los sociólogos sino hasta fines de la década de los 80s del siglo XX. La ra-

zón de esto la ubica Bauman (2001/2003) en la disolución, o por lo menos el marcado deterioro y retroceso del Estado de Bienestar y de los sistemas de seguridad social que éste implicaba, los cuales como ya se mencionó, se originan a fines del siglo XIX en Europa, pero que tuvieron su época de oro tras el fin de la Segunda Guerra Mundial (Beveridge) como modo de resolver algunas de las razones que condujeron a la guerra, pero también como modo de hacer frente por parte de los países capitalistas a la amenaza que suponía por entonces la Unión Soviética y los avances del socialismo.

Concomitante con la caída del comunismo en la Unión Soviética, el llamado Estado de Bienestar comienza a amenguar sus funciones en la protección social. La hegemonía de la vida en grandes ciudades, casi el 70 % de la población de Europa habita en grandes urbes, replantea la existencia misma de comunidades reales. Esta casi desaparición de la vida comunitaria tiene sus consecuencias, entre otras, la reformulación de la construcción de la identidad social. Ésta ya no se constituye en base a la filiación ni al territorio, tampoco es determinante el oficio o la profesión, el anonimato en la gran ciudad relativiza aquellos significados y valores de la moral tradicional que regulan la relación entre los semejantes. El valor y la función reguladora de la mirada del otro sobre la conducta propia se atenúan o desaparecen, llevando a cada individuo, y en cada relación con el otro, a establecer por sí mismo los valores éticos de su comportamiento hacia sus semejantes de trato y sociedad. En ausencia de relaciones inmediatas, de amistad, vecindad, pareja y familia, compañeros, la idea de comunidad, se ve progresivamente asociada a la búsqueda de “seguridad”, concomitante con el dominio de la desconfianza con los otros. La seguridad personal se constituye en problema a la vez que en anhelo, y pasa a ser un objetivo de la vida para muchos de los habitantes de la gran

ciudad. Para ellos, el mundo se ha hecho hostil y lleno de riesgos personales. La vivencia de esta inseguridad hace también que aquello que el Estado de Bienestar había desarrollado como política de protección social se dirija ahora crecientemente hacia una demanda de seguridad. Muchas de las nuevas formas de comunidad van a estar orientadas por esta búsqueda de seguridad. Como señala Bauman, esta nueva idea de “lo comunitario” resulta ser más una reacción previsible a la acelerada licuefacción de la vida moderna (Bauman, 2001/2003) que responder a la necesidad de un encuentro confortable y apaciguador con el otro. Siguiendo a Manuel Castells (1999) se puede observar que aquello que organizaba a los grupos humanos en función de un proyecto (político, cultural, de cambio o transformación social) se ha desplazado a una forma de asociación marcada por la necesidad de defensa frente a un mundo y una sociedad que se percibe hostil (desde los grupos étnicos, minorías sexuales, villeros, desocupados, hasta los que con más potencial económico se refugian en los clubes de campo o los consorcios habitacionales). Obviamente no son estas formas de comunidad las que resultan favorables para las perspectivas de lo comunitario en salud mental, ni para las estrategias de intervención dirigidas a prevenir o rehabilitar los sufrimientos mentales.

Estas nuevas comunidades no pueden equipararse a las que añoraran los sociólogos del siglo XIX, ya que están impregnadas por las cuestiones propias de los nuevos tiempos. La necesidad de comunidad renace pero vestida con los ropajes propios de las contradicciones de la época actual, en la cual se vive la descomposición-disolución de la soberanía del Estado, produciéndose como efecto una pérdida del territorio como dador de identidad y un movimiento simultáneo de habitar un nuevo territorio ya no para la vida en común sino para la defensa en común. Con-

viven así el arraigo regresivo con la extraterritorialidad rizomática (Fistetti, 2003/2004). Así pues, la búsqueda de seguridad que ofrece la comunidad termina muchas veces resquebrajando aún más las posibilidades de conseguir o mantener una “seguridad” más amplia que podría ir más allá de las fronteras de la propia comunidad. Es en este sentido que Bauman (2001/2003) plantea que el reto de lo comunitario en la actualidad está puesto del lado de lograr que la comunidad que se entreteja, atienda y se responsabilice de la igualdad del derecho a ser humanos y de la igualdad de posibilidades para ejercer ese derecho.

Salud mental en la comunidad

Ya hemos señalado que los cuestionamientos referidos al tratamiento de las personas con trastorno mental surgidas tras la segunda guerra mundial y representadas en los movimientos de reforma psiquiátrica, presentan como uno de sus elementos comunes la referencia a la comunidad o a lo comunitario (Ardila, 2008). Un tema fundamental es común al conjunto de las propuestas de reforma de la atención psiquiátrica clásica o asilar: el centro de la ideología asilar ha sido, y sigue siendo en sus defensores actuales, la separación (en muchos casos definitiva) del paciente de su comunidad, esto es, separarlo de las vicisitudes de la vida en común. Con Salud Mental en la Comunidad lo que se postula como eje central de la atención y la rehabilitación es, por el contrario, preservar o recuperar en el sufriente mental su capacidad en relación con los otros de su comunidad, la vida en común con sus semejantes, en la sociedad que le toca habitar. Esto tiene un sentido profundamente racional: la mayor parte de los trastornos mentales afectan en el sujeto su capacidad social, condiciones subjetivas para vivir con los otros, soportar los conflictos de la vida

en común, desarrollar habilidades para generar vínculos satisfactorios. Esta incapacidad, parte central en los trastornos psicóticos y afectivos severos, es la que la psiquiatría asilar no comprendió y, bajo la idea de tratarlos, se propuso acentuar sus efectos a través del aislamiento del enfermo. Con Salud Mental en la Comunidad el primer sentido, y la primera intervención, es preservar en todo lo posible los vínculos comunitarios, familiares y sociales del paciente, a la vez que toda estrategia de rehabilitación debe orientarse a la integración social del sujeto afectado (en el mismo sentido que propugna el documento de la OMS, Rehabilitación Basada en la Comunidad).

Salud Mental en la Comunidad es también un proyecto en construcción, es decir, se trata de un giro de la atención psiquiátrica en tres dimensiones: a) pasar de la hospitalización psiquiátrica asilar a servicios próximos a la comunidad y al territorio de vida del paciente, esto es lo que denominamos “servicios comunitarios”; b) pasar de una práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional a una consideración del sujeto en toda su dimensión y complejidad, esto hace a una ética en las prácticas de salud mental, más allá de la asimetría de la relación terapéutica, el paciente debe ser tratado como un semejante, respetando su dignidad y reconociendo sus derechos; c) pasar de un enfermo como sujeto pasivo de su tratamiento a un sujeto activo, participe y protagonista de su tratamiento, lo cual además de

contar con su “consentimiento informado” para toda decisión de tratamiento se trata de incluir a su familia, y en lo posible a miembros significativos de su comunidad, en el proceso de atención. Lo esencial de la perspectiva comunitaria en salud mental consiste en atender en primer lugar el “lazo social”, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común. Este es también el núcleo de la reforma de la aten-

ción: que el sujeto pueda permanecer en el seno de su familia y su comunidad durante el proceso de atención; atender desde el comienzo de su trastorno psíquico al cuidado de su integración social, lo cual implica que toda intervención requiera de un enfoque intersectorial (empleo, vivienda, ingreso económico); que la atención y rehabilitación temprana se realice en espacios sociales o comunitarios, donde la interacción con los otros y la integración social sea lo más próxima a su reali-

dad social, cultural y de territorio de vida.

Creemos que salud mental y comunidad ha superado los primeros tiempos en que ambos conceptos fueron vinculados. Por ejemplo la “Comunidad Terapéutica” surgida en Inglaterra en los años cincuenta del siglo pasado, en donde el término “comunidad” hacía referencia en términos generales a un tipo de funcionamiento dentro de la institución psiquiátrica proponiéndose suprimir el orden jerárquico propio del hospital psiquiátrico. Cabe recordar que Maxwell Jones (1968/1970) enmarcó su trabajo y el mode-

Un tema fundamental es común al conjunto de las propuestas de reforma de la atención psiquiátrica clásica: el centro de la ideología asilar ha sido, y sigue siendo en sus defensores actuales, la separación (en muchos casos definitiva) del paciente de su comunidad, esto es, separarlo de las vicisitudes de la vida en común.

lo de comunidad terapéutica en lo que denomina “psiquiatría social” en tanto categoría más amplia, señalando que la “psiquiatría comunitaria”, incluida en la social, pondría un mayor énfasis sobre la práctica aplicada al nivel de la *comunidad*, fuera del hospital. Así pues, el sentido que le dio a la comunidad en la psiquiatría M. Jones es el del “afuera de la institución”, el contexto habitual de vida, objetivo que no se logró ya que las Comunidades Terapéuticas en su experiencia práctica, funcionaron en el “adentro” de la institución asilar y se mostraron poco efectivas para la transición de los pacientes hacia la comunidad. Su resurgir en los últimos años, especialmente destinadas al tratamiento de individuos con consumo de drogas, muestra justamente su capacidad de transformarse en instituciones de encierro, alejadas de la vida comunitaria real del afuera. También se han reformulado los objetivos iniciales de la política de Sector surgida en la Francia de postguerra. Uno de sus exponentes, Hochmann (1971) señalaba que el trabajo de la política del Sector se realiza desde la psiquiatría *comunitaria*, término acuñado en EE.UU. en los años sesenta, la cual implicaba un triple movimiento para la psiquiatría: el del espacio terapéutico (desde el hospital hacia el ambiente natural), el del poder terapéutico (desde el psiquiatra hacia otros profesionales) y el del beneficio terapéutico (desde el sujeto hacia la *comunidad*). Para Hochmann el término comunidad debe utilizarse para designar “(...) *el medio de origen del enfermo, la fábrica en la que trabaja, la ciudad en la que vive, su barrio, su casa, etc.*”

Por último, la experiencia realizada en EE.UU. en los años sesenta y setenta del siglo pasado, también ha sido progresivamente abandonada en ese país y el concepto de “preventivo” y “comunitario” utilizado en aquella experiencia, ha modificado su sentido. Según Caplan,

“(...) *la Psiquiatría Preventiva es una rama de la psiquiatría, pero es también parte de un esfuerzo*

comunitario más amplio, en el cual los psiquiatras aportan sus contribuciones especializadas a una totalidad mayor. La psiquiatría preventiva, en mi opinión, debe ser amplia, y ocuparse de todos los tipos de trastornos mentales en personas de todas las edades y clases, porque enfocamos el problema total de la comunidad y no solamente los problemas de individuos y grupos particulares”. (Caplan, 1985: 35).

Este objetivo de ampliación de la prevención se entiende hoy como el carácter preventivo que debe tener la atención desde el primer episodio del trastorno mental, a fin de evitar tanto la cronificación que provocaban las internaciones prolongadas como la implementación desde el primer episodio de una rehabilitación temprana. Posiblemente muchas de estas nociones han pasado a formar parte del “sentido común” de la salud mental comunitaria: el afuera del hospital, el territorio, el trabajo con *algo más* que grupos e individuos, el cuidado de la integración social y el énfasis en cierto modo de relación ligado a la idea sociológica clásica de comunidad.

Interrogantes finales

El recorrido realizado por el desarrollo del concepto de comunidad y su inclusión en los movimientos de reforma de la atención psiquiátrica, nos conduce a pensar en qué medida la comunidad añorada de antaño descrita por los sociólogos del siglo XIX, hasta qué punto es la que está en la base de las perspectivas y las propuestas de la salud mental comunitaria.

La vida social que hoy habitamos dista mucho de aquellos significados vinculados con la vida comunitaria. En las sociedades desarrolladas las políticas y los valores del individualismo han llevado a un crecimiento notable de las desigualdades, al interior de los países entre individuos, entre grupos étnicos, excluidos sociales, grandes sectores viviendo en los márgenes de las ciudades, al margen de los derechos y del ejercicio

de la ciudadanía, expulsados de los intercambios económicos y culturales. Esta situación solo fue posible por el impulso que los valores del mercado dieron al individualismo, construyendo el sujeto consumidor actual, dedicado a un éxito personal, económico o de fama, creyendo que esto es fruto de su desempeño individual. El liberalismo presentó esta cultura del individualismo como un valor absoluto y una utopía de igualdad: dedicados a su propia vida cada individuo puede prescindir de la solidaridad, es decir, los otros son rivales o competidores, pero no necesarios para los logros personales. Esto funciona bien para los más ricos de la sociedad, pueden prescindir de la solidaridad y la desigualdad no es su problema. Para los más pobres la desigualdad, con sus consecuencias prácticas, configura su destino, solo la solidaridad les posibilita actuar sobre sus vidas, enfrentar y transformar su situación. Bajo estas condiciones la comunidad, la vida en común y la solidaridad, se asocia fuertemente con la pobreza y la exclusión social. Uno de los valores centrales del trabajo con la comunidad en salud mental consiste justamente en ayudar a la integración del sujeto en la comunidad, su participación en los procesos colectivos, ya que de algún modo el trastorno mental también es una fuerza que empuja al individuo a aislarse de su grupo y su comunidad. En este objetivo se acuñó el concepto de “cuidados psicosociales” en salud mental, de modo tal que los procesos de atención están simultáneamente dirigidos a la construcción de vínculos comunitarios.

La vida social que hoy habitamos dista mucho de aquellos significados vinculados con la vida comunitaria. En las sociedades desarrolladas las políticas y los valores del individualismo han llevado a un crecimiento notable de las desigualdades...

A la vez este sujeto individualista incorporó rápidamente los valores mercantiles, esto es, por vía del consumo todo objeto se califica por su valor mercantil, también el otro de la relación puede ser tomado como objeto de un consumo. En la vida de las grandes ciudades nos hemos acostumbrados, en general sin conciencia de esto que a la vez es causa de notables sufrimientos, a esta lógica particular por la cual las relaciones entre personas pasaron a ser relaciones

entre personas y cosas, el otro de una relación en su lugar de objeto de uso e intercambio, es sustituible, desechable, abandonado, y sobre todo no amado o necesario. Ambas dimensiones sociales, el individualismo y la mercantilización, son obstáculos a la vida en común, a la comunidad, y han contribuido fuertemente a la desaparición de la vida comunitaria como experiencia y a la solidaridad como va-

lor de los vínculos con los semejantes. Por esta vía, la vida comunitaria queda asociada a la pobreza por un lado y al desamparo social por otro (los que no tienen con que competir en el mercado de las cosas ni de las personas). Como sabemos la vida comunitaria se añora en las condiciones de la vida rural, porque observamos masas de desplazados del campo a los márgenes de las ciudades, desplazados por la miseria en sus territorios de vida o desalojados de su comunidad por el avance del “progreso económico”. También sabemos que los inmigrantes en los países de Europa, los hispanoparlantes en EE.UU., junto a los negros, comparten sus condiciones de vida social con nuestros inmigran-

tes del interior que se alojan precariamente en las villas miserias, con desocupados, excluidos de la sociedad. Esta población es también la más vulnerable en su salud y salud mental, la más necesitada de la solidaridad y también la que más requiere de la perspectiva comunitaria que analizamos.

Que un campo como el nuestro de la salud mental decida tomar dentro de su definición misma a una noción que, como lo señalara Hobsbawn (1994; cit. Bauman, 2001/2003), nunca se ha usado de forma más indiscriminada y vacía que en las décadas en las que las comunidades en sentido sociológico se hicieron difíciles de encontrar en la vida real, nos obliga a esta reflexión. A lo mejor, precisamente por eso, es decir, en tanto constituye un concepto que, pese a las diferencias entre enfoques y modelos, puede remitir a cierto consenso, al menos al consenso producido por la “buena sensación” de la que habla Bauman (2001/2003), de que algo “bueno” se hace cuando se hace algo “comunitario”. La cuestión que queda, no obstante, es la del riesgo que implica para el propio campo el ubicarse en este lugar. Trabajar en la perspectiva comunitaria en salud mental no puede ser solamente un compromiso o una militancia social, requiere a la vez una exigencia racional, científica en algún grado, de comprender y explicar las condiciones que toma en la actualidad la vida en común, esta existencia inevitable con los otros de trato y sociedad. Es en ella donde buscamos comprender los avatares del sufrimiento mental y donde queremos construir colectivamente, los profesionales junto a la comunidad, los procedi-

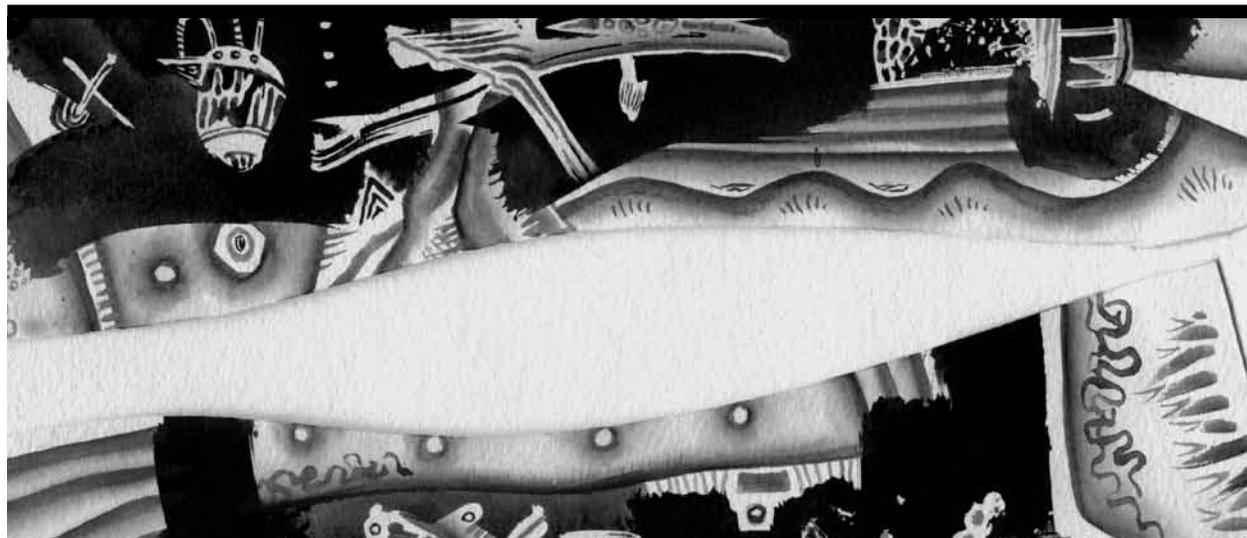
mientos para cuidar y reparar la vulnerabilidad y los daños de la vida psíquica.

Referencias bibliográficas

- Ardila, S.E. (2008). *La Transformación de la Atención Psiquiátrica en el Marco de las Reformas de los Sistemas de Salud: Opciones para las Prácticas de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud Colombiano*. Tesis de Maestría en Psicología Social Comunitaria, Universidad de Buenos Aires.
- Bauman, Z. (2001/2003). *Comunidad: En busca de seguridad en un mundo hostil*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.
- Caplan, G. (1964/1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Castells, M. (1999). *La Era de la Información. Vol. II. El Poder de la Identidad* México D.F: Ed. Siglo XXI.
- Fistetti, F. (2003/2004). *Comunidad. Léxico de Política*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Habermas, J. (1989). *Teoría de la Acción Comunicativa. Racionalidad de la Acción y Racionalización social*. Madrid: Ed. Taurus.
- Hobsbawn, E. (1994/1998). *Historia del siglo XX*. Buenos Aires: Ed. Crítica.
- Hobsbawn, E. (1994). *The Age of Extremes*. Londres: Michael Joseph.
- Hochmann, J. (1971). *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Ingleby, D. (1980). Comprender las enfermedades mentales (pp. 23-86) En Ingleby, D. (ed) *Psiquiatría Crítica: La política de la salud mental*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Jones, M. (1968/1970). *La psiquiatría social en la práctica*. Buenos Aires: Ed. Americalee.
- Nisbet, R. (1966/1969). *La formación del pensamiento sociológico 1*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva.

Una experiencia de transformación institucional



Silvia Faraone

*Lic. en Trabajo Social, Magister en Salud Pública, Doctoranda en Ciencias Sociales
Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA*

Ana Valero

*Lic. en Antropología, Doctoranda en Derecho con orientación en Sociología Jurídica (UBA).
Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad de La Plata Pcia. de Buenos Aires*

Ernestina Rosendo

*Lic. en Psicología; Magister en Salud Pública; Dra. de la Universidad de Buenos Aires
(área salud mental). Instituto de Salud Mental y Psicología Comunitaria,
Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador*

Flavia Torricelli

*Lic. en Psicología, Dra. en Psicología Universidad de Buenos Aires
Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA*

Resumen

Las internaciones psiquiátricas son el resultado de procesos complejos, que conjugan criterios jurídicos, biomédicos y factores socioculturales diversos. Un caso particular, son aquellas internaciones en las cuales el Sistema Penal Penitenciario se introduce como un actor más en ese proceso, dejando al descubierto la segregación y, en muchos casos, la violación de los derechos humanos.

La experiencia de cierre de una sala psiquiátrica perteneciente a la cárcel de Coronda (Santa Fe), constituye un analizador que permite comprender la des/institucionalización en instancias por demás adversas. Este artículo, se focaliza en el análisis de la forma en que los contextos institucionales se relacionan con las prácticas desarrolladas por los equipos de salud mental incidiendo en los procesos de configuración y reconfiguración de la subjetividad colectiva.

La información analizada proviene de un estudio cualitativo, basado en entrevistas en profundidad a los miembros de los equipos de salud, participantes de la experiencia de sustitución de la lógica manicomial de la sala mencionada.

El proceso de transformación de la práctica manicomial en el interior del dispositivo penitenciario implicó la modelización en los equipos de salud de una subjetividad colectiva en tanto construcción productora de los procesos de reforma.

Palabras clave: Subjetividad. Sufrimiento. Equipos. Prácticas. Instituciones.

Abstract

Psychiatric admissions are the result of complex processes that involve biomedical and judicial components and a multiplicity of socio-cultural factors. A particular case, are those admissions in which the Prison Penal System is another actor involved in that process, revealing the segregation and violation of international standards of human rights.

The closure of a Psychiatric Unit belonging to the Prison of Coronda (Santa Fe) is an example that allows to understanding the transformation process of institutional mental health practices in adverse contexts. This article analyzes the relationship between institutional contexts and the mental health team practices that have a bearing on collective subjectivity configuration and reconfiguration.

The analyzed information comes from a qualitative study, based on interviews to members of health teams, participating to the transformation of manicomial logic in the unit psychiatric.

The transformation process of the manicomial practice in the interior of the prison has an effect in the collective subjectivity health's teams in both construction- production processes of reform.

Key words: Subjectivity. Suffering. Health teams. Practice. Institutions.

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en un informe presentado en el año 2008 ante la Organización de Estados Americanos (OEA), establece que en varios de los países de América Latina y El Caribe (1) la protección judicial de las personas con padecimiento psíquico aún no ha sido implementada (2). Iniciar el camino y/o avanzar hacia el principio de igualdad de derechos (Saraceno y Tognoni, 1989; OMS, 2005; Kraut, 2006a-b) constituye una medida necesaria que debiera ser garantizada por los Estados de la Región. Por tal razón, existe desde hace al menos siete décadas, un conjunto de normas internacionales y supranacionales que han buscado introducir, en la escena política y social de los Estados, la garantía de derechos humanos, civiles, sociales y políticos de esta población vulnerada (3). En la dirección expuesta por estas normativas, en Latinoamérica se observan, cada vez más, tendencias a la implementación de políticas des/institucionalizadoras en el campo de la salud mental (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 1987; Amarante, 2007; Deva, 2006).

En esta orientación, la Argentina tuvo un importante desarrollo previo al golpe de militar de 1976; ese momento marcó cambios significativos -prácticos y conceptuales- relacionados con la sustitución del orden asilar en este país (Galende, 1990,1991, 2006; Stolkiner, 1993). Así, las investigaciones acerca del campo de la Salud Mental en los '60 y '70 dan cuenta de estas transformaciones (Galende, 1992; Galli, 1994; Carpintero y Vainer, 2004, 2005; Visacovsky, 2002; Dagfal, 2009) y aportan un hilo histórico en la institucionalización de prácticas innovadoras en este campo. Los lineamientos de la

Dirección Nacional de Salud Mental formulados en los primeros años de regreso a la democracia (Galli, 1986, 1993) y los documentos de la OPS/OMS de ese período (1989a, 1989b) son instrumentos que han orientado las nuevas políticas transformadoras en este ámbito. Los estudios posteriores realizados sobre el proceso de desmanicomialización (Cohen, 1994), con una mirada sobre la transformación de las prácticas y la sustitución de la institución manicomial en la provincia de Río Negro, muestran una construcción colectiva de cambios en las prácticas instituidas y una potencia que ressignifica tanto la intervención como a los sujetos involucrados (Faraone, 1993a-b, 1995, 2005).

La reciente sanción, en el año 2010, de la ley *de Derecho a la Protección de la Salud Mental* (ley N° 26657) consolida una orientación política coincidente con la impugnación de los modelos de abordaje manicomiales. A pesar de esto, aún existen a nivel nacional un importante número de instituciones totales (Goffman, 2004) que implican la persistencia de un espacio donde continúa la segregación de personas con padecimiento psíquico (4). Por tanto, un importante grupo poblacional, como es el caso de las personas privadas de libertad por internaciones en instituciones psiquiátricas (5), continúa siendo víctima del incumplimiento de la protección jurídica, violándose sistemáticamente sus derechos (Foucault, 2007; Galende, 1994; CELS-MDRI, 2008).

Iniciar, continuar y/o consolidar procesos des/institucionalizadores es el desafío que hoy deben asumir las políticas y las prácticas en el

área. En este marco, los equipos de salud mental son actores privilegiados en los procesos de cambio. Transitar por el camino de una reforma implica iniciar una trayectoria de transformación que pone en juego no solo la construcción de nuevas e innovadoras prácticas, sino también la institucionalización de estrategias que posibiliten su viabilidad. Esta trayectoria se desenvuelve en los procesos culturales, sociales y subjetivos de manera diferencial sobre los actores, individuales y colectivos, generadores del cambio.

En el sentido de lo precedente, es importante aclarar que en este trabajo no se asume que las prácticas manicomiales son susceptibles de reducirse a la existencia de las instituciones manicomiales; sin embargo, estudiar los contextos de mayor constricción en la dimensión custodial asilar -como lo constituye la sala psiquiátrica (6) in-

serta en una unidad penitenciaria, y explorar allí los potenciales para la transformación de las prácticas- puede contribuir a un abordaje iluminador de nuevos contextos y reformas.

El presente trabajo se propone analizar las formas en que los contextos institucionales constriñen y desafían a las prácticas que desarrollan los equipos de salud mental incidiendo en los procesos de configuración y reconfiguración de la subjetividad colectiva (7). El alcance de las relaciones consideradas demarca así un nudo crucial que deja su impronta en las trayectorias recorridas en los procesos de des/institucionalización por aquellos sujetos, individuales y colectivos, que asumen la institucionalización de procesos de cambio.

Iniciar, continuar y/o consolidar procesos des/institucionalizadores es el desafío que hoy deben asumir las políticas y las prácticas en el área. En este marco, los equipos de salud mental son actores privilegiados en los procesos.

Para los fines propuestos, este trabajo se basa en el análisis de la experiencia orientada a la transformación de las prácticas -en los equipos de salud- intervinientes en el proceso de cierre de una sala psiquiátrica inserta en una Unidad Penitenciaria, el Instituto Correccional Modelo N° 1, de la ciudad de Coronda, Provincia de Santa Fe (8). No podrá ser dejado de lado en el planteo de este trabajo que el proceso singular tomado como analizador se centra en los abordajes representados por los dispositivos asistenciales incluidos bajo la esfera del Sistema Penal Penitenciario. La singularidad reside en que el contexto señalado remite en forma necesaria a la tensión que tiene lugar entre los dispositivos de “cura y sanción” (Pavarini y Betti, 1984: 99), así como entre “enfermedad mental y peligrosidad social” (Pitch, 1999: 112).

En consecuencia, cualquier análisis de las transformaciones en los modelos de abordaje terapéutico- asistenciales en el ámbito del Sistema Penal Penitenciario deberá tener en cuenta necesariamente la relevancia del interjuego que tiene lugar entre el Sistema de Salud y el Sistema Penal Penitenciario; que se expresa en la combinación de intencionalidades fundamentalmente terapéuticas y punitivas (Faraone, y otros 2011: 292).

En términos metodológicos, este trabajo se basa en un diseño de tipo cualitativo y de corte transversal. Se desarrolló una aproximación etnográfica basada en entrevistas en profundidad. Todos los entrevistados fueron profesionales que se desempeñaron como actores protagonistas de la experiencia de intervención para la transformación de las prácticas desarrolladas en la sala psiquiátrica de la Unidad Correccional Modelo N°1 (Coronda, Santa Fe) durante el período extendido entre los años 2005 y 2008. Se efectuaron un total de cuatro entrevistas individuales (dos psicólogas, un psicólogo social y un abogado) y una entrevista conjunta a dos en-

fermeros (cada uno de los cuales son designados ‘A’ y ‘B’ a los efectos de la presentación). Todas las personas participantes dependían de la Dirección Provincial de Salud Mental. Los encuentros fueron realizados observando los criterios de anonimato, confidencialidad y bajo Consentimiento Informado, atendiendo a las Buenas Prácticas de la Investigación en Ciencias Sociales.

Desandando el pabellón psiquiátrico

La Provincia de Santa Fe es una de las provincias (9) Argentina que cuenta, desde el año 1991, con una ley específica de Salud Mental, la Ley 10.772, aunque recién fue reglamentada en el año 2007; además, desde el año 2003, existe una Dirección Provincial de Salud Mental que instituye una política tendiente a la sustitución de la lógica manicomial (10).

Desde la creación de la sala psiquiátrica en el año 1985, el personal de salud asignado al área estuvo constituido por un médico psiquiatra y dos enfermeros por turno que dependían formalmente del Ministerio de Salud Provincial, aunque en el aspecto operativo respondían a las directivas del personal del Sistema Penitenciario.

La población alojada en la sala psiquiátrica conformaba un conjunto de difuso criterio diagnóstico no especificados, además de tratarse en su mayoría de personas, que sometidas a un proceso penal, habían sido encontradas inimpugnables (11).

A partir del año 2005, la Dirección Provincial de Salud Mental comenzó a trabajar activamente dentro de la sala psiquiátrica introduciendo un equipo interdisciplinario de profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y abogados). Dicha intervención tuvo por objetivo desarrollar acciones que hicieran posible la construcción de espacios asistenciales de carácter no penitenciario. Luego de transcurridos tres años, se produjo el cierre de

finitivo de la sala psiquiátrica. Entenderemos en adelante por ‘proceso de cierre’ al proceso complejo que abarca el período que va desde el inicio de la intervención del equipo de la Dirección Provincial de Salud Mental en el año 2005, hasta el cierre definitivo en octubre de 2008.

El equipo interdisciplinario inició su trabajo con los 22 pacientes alojados en el pabellón adoptando una orientación terapéutico-asistencial focalizada en el cuestionamiento, y eventual sustitución, de las lógicas punitivas-manicomiales allí imperantes. Si bien este proceso fue paulatino y con avances y retrocesos permanentes podemos, a modo de síntesis, establecer diferentes momentos.

En una primera etapa, parte del trabajo se orientó hacia la recopilación y sistematización de la información disponible sobre cada uno de los pacientes y la elaboración de historias clínicas, hasta entonces, ausentes por completo.

En segundo lugar, el equipo procedió a la revisión y adecuación de los abordajes farmacológicos. En esa instancia, se presentaron obstáculos ligados a la lógica institucional propia de la cárcel; por un lado, las prácticas instauradas no tradicionales de castigo implicaban la ‘sedación’ de pacientes con y sin padecimiento psíquico y, por otro lado, existía un fluido comercio de fármacos del que participaban tanto los detenidos de ese y otros pabellones, como también el personal penitenciario. Estas condiciones alteraban drásticamente el marco de observación, y obturaban la posibilidad de construir, en aquel contexto, un espacio terapéutico asistencial; así se manifestaba esta situación por los propios participantes:

“Te rompiste la cabeza viendo lo que te decía el paciente, lo que... escuchabas, los efectos indeseables que veías..., donde acotaba... Y este... si después el otro venía y le vendía una tableta de Rivotril®, de (minetone) o de lo que te imagines” (Enfermero A)

“...significó durante muchos años... [el lugar] donde se comercializaba estupefacientes... muchos enfermos se tomaban a la joda... de comprar y vender. Negociaban pastilla, cigarrillo, ropa...” (Psicólogo social).

En tercer lugar, la intención terapéutica que orientaba las prácticas desarrolladas por el nuevo equipo tenía por fin último la reinserción social y en ese sentido, según la situación de cada paciente, se planificaron salidas hacia ‘el afuera’ del ámbito penitenciar-

rio, no sin los obstáculos propios de una lógica de encierro que dificultaba permanentemente la implementación de dichas estrategias.

Por último, el conjunto de trabajadores que eran responsables de la asistencia de las personas alojadas en el pabellón antes de la incorporación de los trabajadores pertenecientes a la Dirección Provincial de Salud Mental, conservaron sus cargos. Más aún, el médico psiquiatra jefe del primer equipo, continuó siendo formalmente la autoridad. Es así que, con trayectorias profesionales, esquemas referenciales, finalidades y expectativas de intervenciones diversas, ambos equipos coexistieron en tensión durante los tres años que duró esta etapa:

“A ‘Perez’ [el médico psiquiatra a cargo de la Dirección del área]... lo que le pesaba... era un tipo muy inteligente, muy psiquiatra, pero... ‘Perez’

La población alojada en la sala psiquiátrica conformaba un conjunto de difuso criterio diagnóstico no especificados, además de tratarse en su mayoría de personas, que sometidas a un proceso penal, habían sido encontradas inimputables.

lo que le pesaba, porque estaba en duda, todavía si éramos importantes o unos taraditos... Pero era la chapa que llevábamos de la Dirección (provincial) de Salud Mental... Nada más. Nosotros explotamos hasta donde pudimos eso.” (Enfermero B)

“Intentaba acordar... porque él iba los lunes, diez minutos.” (Enfermero A)

Los diferentes aspectos señalados (la recopilación de la información en las historias clínicas, la revisión de los abordajes de la terapéutica farmacológica, la planificación y realización de salidas tendientes a alentar la reinserción social y la coexistencia de dos equipos profesionales con enfoques y fines divergentes), supusieron por parte del equipo interdisciplinario de la Dirección Provincial de Salud Mental la puesta en marcha, en un territorio adverso, de la desnaturalización de las viejas prácticas y la introducción de un desplazamiento respecto de la lógica de alienación-opresión reinante hasta ese momento en el pabellón. Las nuevas relaciones que se desarrollaron entre los trabajadores de salud y las personas con padecimiento psíquico alojadas allí, cedieron espacio a nuevas prácticas, de sentido contrario a aquellas de alienación-opresión, dadas por la posibilidad de salir hacia el afuera de la institución carcelaria y la interrupción de las estrategias de sedación utilizadas como mecanismo de silenciamiento y de control social. Dichas relaciones signadas hasta ese entonces por relaciones sujeto - objeto, en el sentido expresado por Foucault (2000), experimentaron una profunda alteración de la fórmula a favor de las relaciones sujeto - sujeto.

Entramados conceptuales

En el caso de los abordajes manicomiales, la impronta del sistema custodial -asilar en la modelación de la subjetividad recae tanto en las personas internadas en calidad de ‘pacientes’ como también sobre los trabajadores que allí se desempeñan. Esto tiene lugar tanto en la continuidad del sostenimiento cotidiano de los procesos de trabajo, como también en los movimientos transformadores instituyentes.

El concepto de subjetividad nos permite profundizar en una mirada capaz de orientar analíticamente la articulación entre lo institucional y lo personal en el accionar de las prácticas transformadoras en el marco de una institución total (Goffman, 2004). Sin embargo, debemos des-

tacar que el significado del concepto ‘subjetividad’ resulta controversial para las Ciencias Sociales. Podríamos decir que las Ciencias Sociales en general hacen uso del término subjetividad de manera evasiva, en tanto la dificultad central reside en articular en forma teórica la dimensión individual e intrapsíquica y la colectiva e intersubjetiva. Así, por ejemplo en la Antropología se observa una utilización imprecisa del concepto, la mayoría de los autores acuerdan en entender la subjetividad en el sentido propuesto por Holland y Leander (2004:127) en alusión a los “pensamientos, sentimientos y sensibilidades corporizadas de los actores y especialmente su sentido de sí mismos y de sus relaciones con el mundo”. En forma más específica, el interés de los antropólogos por la subjetividad se encuentra focalizado en el intento de compren-

Es en los primeros tiempos de la vida, en los que se configuran los anclajes articuladores de la subjetividad, justamente en el encuentro con un otro significativo.

der la vida interior compartida, y con ello, los componentes socioculturales de la subjetividad (Luhmann, 2006). Una línea de trabajo desarrollada desde la antropología ha puesto especial énfasis en la manera en que las formaciones sociales y culturales modelan, organizan y provocan los modos de percepción, afecto, pensamiento, deseo y temor (Ortner, 2005). Como consecuencia de la ausencia de otras alternativas teórico conceptuales, las aproximaciones efectuadas desde el campo de la Antropología han sido señaladas por sobredimensionar el condicionamiento sociocultural de la subjetividad (Luhmann, 2006).

Como contrapartida, los abordajes más ligados al campo del Psicoanálisis, tienden a poner el acento en los condicionantes propios de los procesos intrapsíquicos sobre la configuración de la subjetividad (Layton, 2008). Es en los primeros tiempos de la vida, en los que se configuran los anclajes articuladores de la subjetividad, justamente en el encuentro con un otro significativo. Esa matriz de interjuego es considerada fundante de la subjetividad y favorecedora del encuentro futuro con diversos 'otros', con los cuales se experimentará la posibilidad de vivir creativamente, pensar y construir colectivamente, o en el extremo contrario someterse alienadamente (Bleichmar, 1986, 1999).

Desde el campo de la Psicología se advierte también acerca de la importancia de construir una teoría psicosocial de la subjetividad capaz de dar cuenta de la paradójica relación entre dos aspectos: por un lado, de los efectos de lo social sin sucumbir al reduccionismo de la determinación social, y por otro, de las idiosincrasias de la subjetividad humana sin quitar (aislar) la subjetividad de su contexto social e histórico (Layton, 2008).

Galende, analiza la categoría de subjetividad trascendental desde el sentido dado por Husserl, aportando que la misma no puede ser entendida desde una psicología estática, como tam-

co las relaciones entre sujeto y cultura pueden ser comprendidas desde la idea de una subjetividad inmanente y una cultura atemporal: "*Ambos, subjetividad y cultura, son procesos conjuntamente determinados, inestables, cambiantes, que mutuamente sostienen la vida social del individuo, los modos en el cual los individuos realizan su interacción práctica y dan significados y valores a su experiencia*" (Galende, 2008:77).

Desde el campo de la Filosofía y el Psicoanálisis, se desarrolló desde la década del 60' una tradición filosófica que encarna una revisión del psicoanálisis y una aproximación sociohistórica crítica con base en la economía política, bajo la cual se encuentran los aportes franceses contra el freudismo de Foucault, Deleuze y Guattari (Roudinesco, 1996).

En la obra de Foucault, el concepto de subjetividad se presenta desde un abordaje histórico (Foucault, 2000). Para el autor, los modos de subjetivación son precisamente las prácticas de constitución del sujeto mismo y éste será el punto nodal para pensar las relaciones entre sujeto y verdad.

Por otro lado, frente al problema de la falta de balance y articulación de las aproximaciones dicotómicas entre los aspectos intrapsíquicos e individuales y los colectivos y socioculturales, la propuesta de Félix Guattari se presenta como alternativa teórica especialmente fértil para nuestro trabajo en tanto, el autor parte de la consideración que la subjetividad es un proceso doblemente descentralizado tanto respecto del individuo, como respecto del grupo. Guattari (2005) afirma que la subjetividad no es susceptible de totalización o de centralización en el individuo. El autor sostiene que la subjetividad está esencialmente fabricada y modelada en el registro social y que por otro lado no se sitúa en el campo individual sino que su campo es el de todos los procesos de producción social y material. Ambas fases, lo individual y lo grupal, con-

viven entonces descentralizadamente en la subjetividad: *“la subjetividad está en circulación en grupos sociales de diferentes tamaños: es esencialmente social, asumida y vivida por individuos en sus existencias particulares”* (Guattari, 2005:48).

El autor plantea como hipótesis que

“el modo en que los individuos viven esa subjetividad oscila entre dos extremos: una relación de alienación y opresión, en la cual el individuo se somete a la subjetividad tal como la recibe, o una relación de expresión y creación en la cual el individuo se reapropia de los componentes de la subjetividad, produciendo un proceso que llamaría de singularización” (Guattari, 2005: 48).

Bajo estas dos modalidades tienen lugar para Guattari las relaciones entre individuo y subjetividad: la primera de ellas, consistente en la serialización subjetiva y la segunda, representada por la singularización subjetiva.

Construyendo y demoliendo equipos de salud mental: identidad de los trabajadores y subjetividad colectiva

Los relatos y las experiencias de los trabajadores de la sala psiquiátrica parecen vislumbrar las relaciones intrínsecas entre las propias particularidades personales (individuales) y el contexto institucional. Interacciones, discursos y prácticas definen tanto el eje identitario en los trabajadores, como su incidencia en la modelización de su constitución personal, subjetiva (Wetherell, 2008). Desde esta perspectiva, identidad y subjetividad no resultan opuestas, ni disociadas:

“(...) a mí me costó mucho salir de la Colonia. Entonces digo, yo soy de la colonia de Oliveros, pero un proyecto tan importante como lo que pudieron hacer muchos compañeros y pudimos hacer cada uno fuimos sumando. Era una cuestión identitaria muy fuerte. Eso a mí me parece muy importante, que una vaya circulando (...) Entonces después yo soy de la colonia... me posiciona sobre el proyecto de la co-

lonia... lo construya o no, reconozca la historia de otros o no... Y bueno, acá se usó la vanguardia de la salud mental. Y eso (desmanicomializador) también para uno, uno se hace una identidad. Y está bueno... porque uno se apropia del proyecto, pero cuando coagula como una identidad y nada más como una identidad... y no como un trabajo... es un problema. Porque sino no se coagula en... una historia se coagula en una identidad... Entonces está bueno... pero apropiarse de un proyecto pero cuando uno queda con el cartel y nada más... y la práctica está pasando por otro lado, es un problemón... enorme. Yo creo que algo de eso hay... por eso tenemos que pensar los modos de circulación de gente por los dispositivos... para que haya movimiento” (Psicóloga).

Desde la visión de los trabajadores, los discursos y las prácticas (en este caso orientados a la des/institucionalización) forman parte de su construcción identitaria y, por ende, de su adscripción a cierto proyecto de trabajo. Sin embargo, también existe el riesgo de *crystalización* si esos discursos y prácticas no se transforman en procesos concretos de trabajo; la posibilidad del movimiento tendiente a evitar la *crystalización*, también forma parte de los propios procesos personales:

“Porque ahí corre el riesgo de burocratizarse... y mucho más con algo que produce cambios... y efectos que a mí me parece que uno tiene que estar muy atento a eso. Eh... a mí me costó muchísimo... Obviamente hay que salir... me pareció interesante. Y como apuesta personal fue salir... porque sentía que iba a quedar encerrada en una cuestión identitaria... entonces, digo, bueno... uno tiene que moverse un poco, ¿no? y ser interpelado en otro lugar también” (Psicóloga).

La construcción identitaria que tiene lugar en los procesos de subjetivación conlleva instancias de diferenciación colectiva respecto de otros sujetos colectivos tal como lo constituye el personal penitenciario para los trabajadores de la salud:

“(…) La mayoría de los guardiacárceles están re locos... ¿viste? Ni siquiera se pueden llamar por su nombre, ¿viste? Yo nunca he visto que uno se llame por su nombre... Chau cabeza de chanco... (….) viste, ni siquiera el nombre propio... Fue complejo” (Enfermero A).

Las instancias de diferenciación conforman espacios propicios en los cuales los trabajadores se debaten entonces entre ser ‘sujetos’ de la transformación institucional y ser, subrepticia e inconscientemente, capturados como ‘objetos’ por las propias dinámicas manicomiales persistentes. Como plantea Layton (2008), la subjetividad incluye nuestras respuestas conscientes e inconscientes a dos tipos de experiencias relacionales: como ‘objeto’ de nuestras figuras significativas y como ‘sujetos’.

Así, mientras los movimientos institucionales desarrollados en la sala psiquiátrica conllevaban a la vez la posibilidad de instaurar procesos instituyentes y dar paso a la producción de nuevas subjetividades, la dinámica manicomial que continuaba acechando implicaba -para los trabajadores- un malestar y sufrimiento colectivo. Probablemente, uno de los riesgos más notables fuera que este proceso instituyente, volcado sobre la subjetividad, se tornara como sufrimiento privado e individualizado de cada uno de los actores institucionales, perdiendo en este camino todo viso de proceso colectivo:

“El loquero te come la cabeza día a día, aunque vos lo quieras transformar, es una cosa cotidiana. Donde vos te dejaste un poco... el loquero te invade. La institución ésta, si bien uno habla de unos mo-

mento donde vos... Hubo baches, donde... muy fácilmente hubo recambios de gente, de personas, vinieron otras... eh... se perdió el hilo... Es muy fino esto... de no perder el hilo... para que el loquero no te entre por la ventana o por la chimenea o por todos lados. Es muy fino” (Enfermero B).

La profundidad del combate librado entre la ‘subjetividad serializada’ y la ‘subjetividad singularizada’ (Guattari, 2005), tiene su correlato en el malestar individual testimoniado en la expresión ‘picadora de carne’ utilizada para calificar la experiencia de los trabajadores en la sala psiquiátrica: “La experiencia de los compañeros que estuvieron laburando fue una picadora de carne... porque era insostenible para la gente que laburaba ahí. ¿Te imaginas para los pacientes, no? Eh... condiciones de mucho hacinamiento...” (Abogado).

La individualización del sufrimiento estuvo representada en el plano colectivo por la inestabilidad de la permanencia de los integrantes que componían el equipo. El alcance de cierta continuidad en un trayecto puntuado por una sumatoria de obstáculos e incertidumbres, otorgaron al proceso de cierre de la sala psiquiátrica una dinámica de vaivén al estilo ‘Juego de la Oca’ según el relato de los mismos trabajadores:

“Y yo a veces le decía a una compañera, que parecía el Juego de la Oca, porque por ahí avanzábamos tres casilleros y una palabra de más... y sobre todo con los compañeros..., y retrocedía diez casilleros, ¿viste? Al final... se quería avanzar un poquito más y... encontrabas ahí la pared.” (Enfermero A)

La adversidad del contexto carcelario, en toda su complejidad, provocaba la permanente rota-

La construcción identitaria que tiene lugar en los procesos de subjetivación conlleva instancias de diferenciación colectiva respecto de otros sujetos colectivos tal como lo constituye el personal penitenciario para los trabajadores de la salud.

ción de los profesionales comprometidos. Constituía ésta una fuerte limitación a la conformación y consolidación de equipos y la orientación de acciones.

Por otra parte, el ineludible costo que significa asumir un rol activo no solo en el impulso sino, por sobretodo, en el sostenimiento de la reforma: es decir, tanto la implementación como también el sustento de los procesos instituyentes supusieron, en este caso, un desafío al bienestar físico y psíquico de sus actores:

“Y... bueno, así es como empezamos a laburar como equipo. Después como equipo... hubo quizás deserciones, porque hubo profesionales que no se la bancaron y... Así que siempre teníamos problemas como equipo, teníamos problemas... si incorporaban un compañero nuevo y... era volver a repensar y a... a ver cómo seguíamos...” (Enfermero A)

Sostener los procesos instituyentes encarados, se torna una tarea desgastante y dolorosa. Ocupar un rol activo y central en la motorización de las reformas constituye un posicionamiento que implica la confrontación contra los procesos instituidos, con los actores que puján por mantenerlos y hasta con las propias convicciones y contradicciones personales y profesionales:

“Pero... los lugares hay que ocuparlos, y después hacerse cargo, en la medida que cada uno pueda, pero hay que hacerse cargo... de los lugares que vos vas ocupando. Creo que nos está pasando. A veces retrocedemos, avanzamos, flaqueamos... Pero bueno, sabemos que vamos contrapelo de... de un montón de cosas” (Enfermero B).

“Claro, es que uno está ocupando un lugar... en donde es muy fácil... Qué sé yo... desde la van-

guardia... nos hubiéramos quedando nosotros peleando contra lo que hacían otro... es un lugar mucho más fácil, en donde no te confronta con... con contradicciones... Es mucho más fácil, más cómodo, me refiero. Sobre todo si uno no da una pelea, no la gana y si la gana tenés que ocupar un lugar. Usar aue no se ocupa, lo ocupa otro, decíamos siempre nosotros, así que tratábamos de ocuparnos todo lo que pudiéramos” (Psicóloga).

La salida a tal disyuntiva pareciera radicar tanto en la construcción y automodelamiento como grupo-equipo, con base en el reconocimiento de los propios miembros; la construcción de sus propias referencias teóricas y prácticas, así como en el establecimiento de nuevos lazos vinculares

con otros movimientos sociales y organizaciones, que puján por objetivos e ideologías afines. Constituirse como grupo-equipo, a través del proceso de singularización, supone entonces para el grupo la posibilidad de adquirir la autonomía de vivir sus propios procesos y de leer su propia situación.

El contexto institucional custodial implicó grandes obstáculos al desarrollo de la experiencia de reforma institucional que condujo al cierre de la sala psiquiátrica. Dichas barreras u obstáculos pusieron en jaque las bases de los sentidos de las dimensiones colectivas del quehacer profesional y con ello conmovieron la identidad profesional pero arrojaron como resultado la producción de mecanismos diferenciados de subjetivación mediante los cuales los trabajadores buscaron constituirse como grupo-equipo.

Sostener los procesos instituyentes encarados, se torna una tarea desgastante y dolorosa. Ocupar un rol activo y central en la motorización de las reformas constituye un posicionamiento que implica la confrontación contra los procesos instituidos.

Conclusiones

En este trabajo se describieron y analizaron las relaciones entre los trabajadores de la salud y los procesos de subjetivación colectiva en el marco, de un proceso de transformación de las prácticas manicomiales de una sala psiquiátrica perteneciente a una unidad penitenciaria.

Los rasgos distintivos de los procesos de subjetivación desarrollados son derivados del singular y complejo trayecto que condujo a una, no siempre estable, constitución de los trabajadores como grupo - equipos de intervención. Las dimensiones de dicho proceso fueron:

- el emplazamiento y establecimiento inicial de las coordenadas de trabajo del nuevo equipo en vinculación y diferenciación con los profesionales que ya formaban parte del escenario cotidiano y la desnaturalización de las viejas prácticas;
- el reconocimiento por parte de los trabajadores que protagonizaban el proceso; tanto como proceso colectivo de constitución de un grupo distintivo como en relación a la construcción de una nueva identidad profesional;
- el sostenimiento de las transformaciones a pesar del malestar individual y de la inestabilidad en la permanencia de los equipos.

El reconocimiento, por parte de los trabajadores de la salud del proceso de producción de subjetividad colectiva en marcha, abrió un camino que implicó tanto la resistencia en contra de la 'serialización subjetiva', como también la posibilidad de, a través de la lógica de expresión y creación, producir procesos de 'singularización subjetiva'.

Orientar la estrategia de cierre de la sala psiquiátrica implicó desarmar esta trama del manicomio dentro de la cárcel, es decir, desmontar el dispositivo penal, legitimado/ naturalizado como tratamiento. Pero asimismo involucró la

conformación de un proceso de singularización subjetiva que desembocó en la constitución de un nuevo sujeto grupal (equipo).

La sala psiquiátrica necesita ser comprendida dentro del entramado histórico de las políticas que emplean el secuestro institucional en el sentido de diferenciación-especialización. En dicho proceso se pone de manifiesto la cárcel y el manicomio asociados en una respuesta que viola los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico, incluyendo la violación al derecho a la vida, a la salud y a un trato digno y humano.

El ingreso del equipo de Dirección Provincial de Salud Mental a la cárcel de Coronda, el trabajo en su interior, el abordaje terapéutico a las personas con sufrimiento psíquico y el posterior desmantelamiento del espacio físico de la sala psiquiátrica, constituyeron mojones sustantivos en la producción de una subjetivación colectiva des/institucionalizadora.

El extenso proceso de transformación de la práctica manicomial en el interior del dispositivo penitenciario - cierre de la sala psiquiátrica- implicó la modelización de una subjetividad colectiva de los procesos des/institucionalizadores, entendiendo la misma no como la suma de subjetividades individuales, sino como una construcción colectiva en los procesos de reforma. Se observó a lo largo del desarrollo aquí expuesto que el equipo de salud mental fue construyendo su propia subjetividad colectiva en el día a día, en el desarrollo de la mirada hacia el problema, en la necesidad de construcción de modelos no represivos, en la dignidad de su trabajo y en la construcción de un enfoque basada en los derechos humanos.

Notas finales

1. Se relevaron 18 Estados: Argentina, Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Hon-

- duras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, y Santa Lucía.
2. Particularmente el informe da cuenta de aquellas personas institucionalizadas.
 3. Estas normas jurídicas tienen características diferenciales; en algunos casos son legislaciones vinculantes y de cumplimiento obligatorio por los Estados. En nuestro país estas normativas tienen rango constitucional (Art. 75, inc. 22 de la Constitución Nacional), son las denominadas *'hard law'* (Kraut, 2006b: 121): la Declaración Universal por los Derechos Humanos (DUDH, 1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC, 1966). En otros casos, se trata de legislaciones no vinculantes, *'soft law'* (Kraut, 2006a:121), dentro de las cuales podemos señalar las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, fundamentales para el campo en estudio: los Principios para la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (Principios EM, 1991) y las Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Normas Uniformes, 1993). Por otro lado también existe un conjunto de *'instrumentos jurídicos internacionales'* convenios, cartas, declaraciones, convenciones, tratados y/o los pactos, que son vinculantes para los Estados, previa ratificación de sus gobiernos; particularmente para el caso de salud: la Declaración de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, por la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, conocida como *'Declaración de Caracas'* (1990); la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental (Brasilia, 2005); la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y la reciente Declaración de Panamá (2010).
 4. A nivel nacional aún existen 54 Instituciones monovalentes: 1 colonia nacional, 11 colonias provinciales y 42 hospitales monovalentes (DNSM 2010, según datos PROSAM 2001). Según una investigación del CELS- MDRI (2008) en la Argentina hay aproximadamente 25.000 personas internadas en instituciones monovalentes. El 80% de estas personas son encerradas durante más de un año y muchas lo son de por vida. El informe señala que dos tercios de las camas pertenecen al sector público y que el 75% de las personas internadas en el sistema de salud público se encuentran en instalaciones de más de 1000 camas. El informe afirma asimismo que entre el 60% y 90% de estas personas permanecen internadas por razones sociales (CELS-MDRI, 2008, 9-10). Ese mismo informe revela que en la Ciudad de Buenos Aires de 2414 personas internadas –en el 2005- el 10% llevaba más de 25 años de internación y el 25% entre 10 y 25 años.
 5. En el libro *"Vidas Arrasadas"*, el CELS-MDRI, se utilizan como sinónimos los conceptos de: *'personas institucionalizadas'*, *'personas internadas'* o *'personas detenidas'*, contemplando los estándares internacionales de derechos humanos en materia de derechos de los niños y que también son de aplicación en este campo (CELS-MDRI, 2008: 9). En este marco se entiende *"por privación de libertad toda forma de detención o encarcelamiento, así como el internamiento en un establecimiento público o privado del que no se permita salir al menos [la persona] por su propia voluntad, por orden de cualquier autoridad judicial, administrativa u de otra autoridad pública"* (Regla de Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 45/113, del 14 de diciembre de 1990, 11b. Citado por CELS-MDRI, 2008: 9-10).
 6. Asumimos la denominación de *'sala psiquiátrica'* expresada por Sozzo (1997) para definir el espacio (pabellón) destinado a sujetos con padecimiento psíquico en el interior de la unidad penitenciaria.
 7. El presente trabajo fue desarrollado en el marco de dos proyectos de investigación de mayor amplitud: 1) Proyecto UBACYT 20020090200361 (2010-2012). Ciencias Sociales, Salud Mental y Derechos Humanos. Legislación y Gestión de políticas en los procesos de transformación de los modelos asilares: el caso de Provincia de Santa Fe y de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA. 2) Proyecto SACYT Ministerio de Salud (2011). "Accesibilidad y Derechos Humanos en Salud Mental. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego"
 8. La creación del pabellón psiquiátrico se produce en el año 1985 como resultado del reclamo de los profesionales de la salud del Hospital Psiquiátrico *'Mira y López'* de Santa Fe en resistencia a continuar asistiendo a personas con padecimiento psíquico que se encontraran transitando un proceso penal.
 9. La Argentina cuenta con una ley de Salud Mental a nivel nacional de reciente sanción. Las provincias que disponen además de leyes específicas a nivel jurisdiccional son: Salta, Entre Ríos, San Juan, Chubut, Río Negro, Santa Fe, Córdoba y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
 10. El colectivo de gestión de la Dirección Provincial de Salud Mental de la provincia de Santa Fe define el proceso des/institucionalizador a partir del término nativo *'sustitución de la lógica manicomial'*.

11. Al momento del cierre del pabellón, 14 de las 22 personas alojadas habían sido declaradas inimputables en sus respectivos procesos penales.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atensão Psicossocial*. Brasil: Fiocruz.
- Bleichmar, S. (1986). *En los orígenes del sujeto psíquico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bleichmar, S. (1999). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I: 1957-1969*, Buenos Aires: Topía Editorial.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2005). *Las Huellas de la Memoria II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970-1983*, Buenos Aires: Topía Editorial.
- CELS- MDRI (2008). *Vidas Arrasadas*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Cohen, H. (1994). El proceso de desmanicomialización en la provincia de Río Negro. En *Políticas en salud mental*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.
- Deva, P. (2006). Rehabilitación psiquiátrica y su función actual en los países en vías de desarrollo, *Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría*, Vol. 4, N° 3, diciembre, pp164-166.
- Faraone, S. (1993a). Desmanicomialización. Notas para un debate de las transformaciones de las instituciones psiquiátricas asilares, *Revista Margen* N°3, Buenos Aires. Pp 50-80
- Faraone, S. (1993b). La transformación del hospital psiquiátrico, Informe final, UBACYT, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, *Informe, 1991-1993. Un abordaje alternativo o una política de reducción económica-administrativa*. Tesis de maestría. Maestría en Salud Pública. UBA.
- Faraone, S. (2005). Desinstitucionalización. Una mirada alternativa para el abordaje en Salud Mental. Tesis de maestría en Salud Pública. UBA.
- Faraone, S., Valero, A., Geller, Y., Rosendo, E., Bianchi, E. y N. Boucht (2011). De prácticas represivas a prácticas integrales de cuidado en salud mental: la experiencia del corralito. (Pinheiro y Martins orgs.) En *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. CEPESC – IMS/UERJ – Río de Janeiro: Editora Universitaria UFPE – ABRASCO.
- Foucault, M. (2000). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Foucault, M. (2007). [2003]. *El poder psiquiátrico*, Curso en el College de France (1973-1974) Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica de Argentina.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para la crítica a la razón psiquiátrica*, Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (1991). La crisis del modelo médico en psiquiatría, *Cuadernos Médicos Sociales*, Rosario: CEES. Pp. 53-59
- Galende, E. (1992). Algo para recordar. Lanús y la salud mental. En *35 años. Primera jornadas de encuentro de Psicopatología del Policlínico de Lanús*. Buenos Aires. Pp. 101-105.
- Galende, E. (1994). Los manicomios en la situación actual. En *Políticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (2006). Breve historia de la crueldad disciplinaria. En Galende, E. y Kraut, A *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galli, V. (1986). *Salud Mental. Definiciones y Problemas*. Dirección Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud. Buenos Aires.
- Galli, V. (1993). Como construir un proyecto anti-manicomial. *Revista Zona Erógena* N° 13.
- Galli, V. (1994). Encuentro de encuentros. *35 años. Primera jornadas de encuentro de Psicopatología del Policlínico de Lanús*. Buenos Aires. Pp. 107-115.
- Goffman, E. (2004). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Guattari, F. (2005). *Micropolítica. Cartografías do desejo*. Petropolis: Ed. Vozes Ltda.
- Holland, D. & Leander, K. (2004). Ethnographic Studies of Positioning and Subjectivity: An Introduction. *Ethos*, 32: 127- 39.
- Kraut, A (2006a). Derechos humanos y salud mental. En Galende, E. y Kraut, A: *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Kraut, A. (2006b). *Salud Mental. Tutela Jurídica*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni Editores.
- Layton, L. (2008). What Divides the Subject? Psychoanalytic Reflections on Subjectivity, Subjection and Resistance. *Subjectivity*, 22: 60-72.
- Luhmann, T. (2006). Subjectivity. *Anthropological Theory*, Vol. 6 (3): 345-361.
- OMS (2005). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental. Derechos humanos y Legislación*. Ginebra: OMS.
- OPS/OMS (1989a). *Argentina condiciones de Salud*, Buenos Aires: OPS/OMS.
- OPS/OMS (1989b). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*, Washington: OPS/OMS.
- Ortner, S. (2005). Subjectivity and cultural critique. *Anthropological Theory*, Vol. 5 (1): 31-52.
- Pavarini, M y Betti, M. (1999). La tutela social de la /a la locura. Notas teóricas sobre las ciencias sociales y la práctica psiquiátrica frente a las nuevas es-

- trategias de control social. *Revista Delito y Sociedad*. Nro. 13. UNL/UBA. Pp. 93-109.
- Pitch, T. [1989] (1999). Responsabilidad penal y enfermedad mental. Justicia penal y psiquiatría reformada en Italia. *Revista Delito y Sociedad*. 1989; Nro. 13. Pág. 111-138.
 - Rotelli, F., De Leonardis, O. y Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados, *Revista de Asociación de Neuropsiquiatría*, Volumen VII, No. 21. Pp. 165-187.
 - Roudinesco, E. (1996). Introducción. En: *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Bs. As.: Ed. Paidós.
 - Sarraceno, B. & Tognoni, G. (1989). Methodological lessons from the Italian psychiatric experience, *The International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 35., N°. 1: 98-109.
 - Stolkiner, A. (1993). Crisis y ajuste. En *Políticas en salud mental*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
 - Sozzo, M. (1997). Derechos humanos en la interacción psiquiatría justicia penal. El caso de la Sala Psiquiátrica de la Unidad Penitenciaria N°1 de la Provincia de Santa Fe (Argentina). En *Informe sobre la situación de derechos humanos en la Argentina 1996*. CELS. Pp.167-200.
 - Visacovsky, S. (2002). *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Buenos Aires: Alianza Editorial.
 - Wacquant, L. (2002). The curious eclipse of prison ethnography in the age of mass incarceration. *Ethnography*, Vol. 3 (4): 371- 397.
 - Wetherell, M. (2008). Subjectivity or Psycho-Dis-cursive Practices? Investigating Complex Intersectional Identities. *Subjectivity*, 22: 73-81.

Investigando sobre procesos de evaluación de programas de reinserción comunitaria de personas externadas de instituciones psiquiátricas



Sara Ardila

Psicóloga. Magíster en Psicología Social Comunitaria. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. Docente Regular Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Becaria Posgrado Tipo II, CONICET – Universidad Nacional de Lanús. Ex Becaria (2008-2010) Proyecto PICTO-UNLa “Metodología y estrategias de evaluación en programas de reinserción comunitaria de pacientes psiquiátricos” financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.

Alicia Stolkiner

Licenciada en Psicología Universidad Nacional de Córdoba, Diplomada en Salud Pública Universidad de Buenos Aires. Profesora de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Profesora Titular Cátedra II Salud Pública/Salud Mental. Investigadora Responsable Proyecto PICTO-UNLa “Metodología y estrategias de evaluación en programas de reinserción comunitaria de pacientes psiquiátricos” financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.

Resumen

Pese a reconocerse la importancia de la evaluación de programas y servicios de salud mental para transformar y mejorar la atención, su inclusión como práctica cotidiana ha sido reducida. Este problema fue abordado por la investigación aquí presentada (PICTO-UNLa 2008-2011) cuyo objetivo fue desarrollar conceptual y técnicamente metodologías contextuales y participativas de evaluación de programas y servi-

cios comunitarios de reinserción de pacientes psiquiátricos, y estudiar la aplicabilidad de herramientas internacionales al contexto local, en un estudio de caso de un programa de externación de la Provincia de Buenos Aires. Se utilizó una metodología de investigación social participativa con componentes de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Las técnicas fueron: encuesta a los trabajadores del programa, talleres de discusión, aplicación de herramientas internacionales de evaluación de programas y ser-

vicios de salud mental, y la conformación de un comité de seguimiento de la investigación. Los resultados muestran que el personal considera positivamente la evaluación como potenciador de cambios y visibilizador de la tarea realizada. La escasa formación en elementos de gestión y los modos reducidos y dispersos de contratación del personal constituyen obstáculos para la evaluación permanente. Las herramientas internacionales fueron valoradas porque permiten desnaturalizar la práctica al contrastarla con estándares externos, aunque el marco referencial implícito en su elaboración obstaculiza su aplicabilidad. El proceso de investigación promovió la revisión de los objetivos del programa, y la necesidad de incluir la perspectiva de las usuarias en la evaluación, tarea que se adelanta actualmente.

Palabras clave: Evaluación. Salud Mental. Programa. Servicio. Comunitario.

Abstract

Although exists an agreement about the importance of use evaluation as a tool to improve and develop mental health programs and services, it is still not a part of the everyday practice. This problem was the starting point of the present research (PICTO-UNLa2008-2011) where the objectives were: 1) to develop contextual and participative methodologies both conceptual and technically for the evaluation of community programs and services for reinsercion of psychiatric patients and 2) to study the applicability of international tools to the local context, in a case study of a discharge program in the Buenos Aires Province. A social participation methodology with Health Systems and Services Research components was used. The techniques used were: inquiry to the workers of the program; discussion workshops; international tools for evaluating mental health pro-

grams and services, and a research-follow-up committee was created. The results shows that the staff has a positive attitude towards evaluation as a facilitator of change in their practice. The international tools were valued because they create a contrast between the practice and external standards even though its implicit theoretical frame made it difficult to apply. Results also show that the main obstacles for routine evaluation in services are a lack of training in management issues and the hiring styles of health services. The research process promoted a review of the program objectives and the need of the inclusion of the points of view of the users of the program.

Key words: Evaluation. Mental Health. Program. Service. Community.

Introducción

En el último siglo se produjeron en el mundo diversos movimientos de reforma en la atención de las personas bajo tratamiento psiquiátrico. En el contexto regional, la Declaración de Caracas (1990) manifestó el compromiso de los países de América Latina y el Caribe por los principios fundamentales de dicha transformación. Pese a ello, en Argentina todavía falta un camino a recorrer para cumplir con tales principios, los cuales señalaban que los recursos, cuidados y tratamiento provistos debían:

- *Salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles.*
- *Estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados.*
- *Propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.* (OPS, 1990)

Aunque son diversas y complejas las razones por las cuales ha tardado la efectivización de los compromisos asumidos en Caracas, uno de los aspectos que habría contribuido a esta situa-

ción es que las experiencias puntuales de cambio no han podido, por lo general, dar cuenta de su funcionamiento y resultados, privándose de un recurso de legitimación frente a las resistencias al mismo (Stolkiner y Ardila, 2009).

De hecho, muchas de las experiencias innovadoras de atención en la región no han logrado trascender a modificaciones más radicales de las políticas en salud mental, quedando más como formas *complementarias* que como verdaderas *alternativas* a la atención psiquiátrica tradicional. Muchas veces han respondido a iniciativas de sus gestores por lo que han tendido a desaparecer al retirarse éstos (González Uzcátegui, 1992).

Por lo anterior, la evaluación de los programas y servicios de salud mental resalta como herramienta estratégica para la reforma de la atención y para la consolidación de las valiosas experiencias que existen. La ausencia de procesos verificables y transmisibles de evaluación hace que los servicios de salud mental sean más vulnerables a su desmantelamiento, como de hecho ocurrió en algunos países del continente durante los movimientos de reforma de los sistemas de salud ocurridos en la década del 90 (Ardila, 2008) y que sean más permeables frente a los grupos de presión (Agrest y Nemirovsky, 2002).

Los cambios recientes en el panorama del campo de la salud mental en la Argentina, evidenciados en la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010, han colocado la necesidad de

reformular la atención en salud mental en la agenda pública nacional. En este escenario, las herramientas técnicas de gestión, y dentro de ellas las de evaluación de programas y servicios, son necesarias para la consolidación de las transformaciones planteadas a nivel de principios, y para poder, parafraseando a Thornicroft y Tansella (1999), alcanzar la traducción de los principios éticos en desarrollos técnico-operativos.

La evaluación de Programas y Servicios de Salud Mental como problema y como recurso estratégico

En cuanto herramienta estratégica de la reforma de la atención psiquiátrica, los desarrollos de procesos de evaluación de los programas y servicios de salud mental debieran acompañar los movimientos de transformación de la atención, entre otros objetivos, para establecer si existen diferencias entre aquello que se propone como innovador -generalmente englobado bajo el título de “comunitario”- y la atención psiquiátrica tradicional.

Durante la década del 70 del siglo pasado se produjeron desarrollos de teorías y herramientas de evaluación de servicios de salud mental comunitarios con el propósito de comprobar algunos de sus supuestos de base, por ejemplo, que

eran más “humanos”, más terapéuticos, y más eficientes que la atención psiquiátrica tradicional (Bachrach, 1996; Knudsen, 1996). Sin embargo, subyacía un debate conceptual referido a

Muchas de las experiencias innovadoras de atención en la región no han logrado trascender a modificaciones más radicales de las políticas en salud mental, quedando más como formas complementarias que como verdaderas alternativas a la atención psiquiátrica tradicional.

si los objetivos y propósitos de la atención psiquiátrica tradicional eran comparables con las propuestas de salud mental comunitaria, y, por ello, si era posible utilizar los mismos criterios e instrumentos para evaluar servicios tradicionales y servicios alternativos, y cuáles serían los indicadores apropiados para ello. (Ardila y Stolkiner, 2010). Por ejemplo, en la evaluación de resultados la perspectiva comunitaria requeriría indicadores que exceden en mucho la persistencia o no de síntomas, al subyacer una representación distinta del proceso de salud/enfermedad/cuidado.

En las últimas décadas hubo un desarrollo importante en la producción de instrumentos, herramientas e indicadores de evaluación de programas y servicios de salud mental, y a la vez, una distancia entre ellos y su utilización cotidiana en los programas y servicios en nuestra región. Esto posiblemente se deba a particularidades de las prácticas en salud mental y también a aspectos más generales referidos a la cultura de las instituciones de nuestros países, que De Souza Minayo (2005) ha caracterizado como de *discontinuidad administrativa*.

Finalmente cabe preguntarse sobre el modo y alcances de la aplicación de herramientas “universales” en proyectos cuyos objetivos y supuestos pueden diferir dado que forman parte de procesos de salud/enfermedad/cuidado en distintas culturas y comunidades.

Respecto al supuesto de que las particularidades de las prácticas en salud mental se constituyen en obstáculos para el desarrollo de evaluaciones, se han planteado diversas explicaciones. Entre ellas, factores de cultura profesional como la creencia de lo “incuantificable” de las prácticas “psi” y el temor a que la evaluación produzca un reduccionismo de las prácticas de atención. Otras referidas a especificidades del campo, por ejemplo que la heterogeneidad de los programas e intervenciones dificultaría el desarro-

llo de comparaciones y de indicadores comunes, el carácter complejo de las problemáticas que se atienden y que requerirían intervenciones diversas por parte de distintos profesionales, servicios y sectores; y la dificultad de operacionalización en indicadores de los objetivos de los programas y servicios de salud mental. También se afirma que la carga doctrinal que puede acompañar la reforma psiquiátrica dificultaría debatir con argumentos racionales a los diversos actores en disputa (Aparicio, 1993; Salvador-Carulla, Romero, Rodríguez-Blázquez, Atienza y Velázquez, 1998; Ardila y Stolkiner, 2010).

Interesa resaltar, entre las dificultades, aquella derivada de la baja reflexividad que tendrían los profesionales de la salud mental sobre el contexto institucional en el cual se desarrollan sus prácticas. La formación centrada en el quehacer clínico individual conduciría a invisibilizar el campo de determinaciones en el cual se produce la práctica profesional (Stolkiner, 1989). Se parte entonces, del supuesto de que la utilización de elementos de gestión de los servicios, puede, contrario a la creencia del reduccionismo, ampliar las posibilidades de las prácticas de atención (Agrest y Nemirovsky, 2002).

Investigando sobre procesos de evaluación de Programas y Servicios de Salud Mental

Los problemas y preguntas planteados fueron la base del proyecto de investigación que se expone en este trabajo. La Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica financió el proyecto, que tuvo sede en la Universidad Nacional de Lanús, entre los años 2008 y 2011.

Su objetivo general consistió en desarrollar conceptual y técnicamente metodologías contextuales y participativas de evaluación de programas y servicios comunitarios de reinserción de pacientes psiquiátricos y estudiar la apli-

cabilidad de herramientas internacionales al contexto local.

Partiendo del supuesto de la importancia estratégica de la evaluación de los programas y servicios de salud mental, y de la brecha entre los desarrollos técnicos en materia de evaluación y su inclusión en las prácticas cotidianas, se esperaba ampliar la comprensión de este problema a fin de aportar elementos para producir transformaciones, contribuyendo a la inclusión de las prácticas evaluativas en la cultura institucional.

La trama conceptual de la investigación incluyó las teorizaciones sobre gestión en salud enmarcadas en el pensamiento de la salud colectiva, tales como los desarrollos de De Sousa Campos (2006) sobre gestión-subjetividad y los postulados de Testa (1989) y de Rovere (1999) sobre pensamiento y planificación estratégica en salud. En ello se basó el concepto central de *práctica técnica no tecnocrática* (Stolkiner y Ardila, 2009) para aplicar al proceso de evaluación.

La lógica tecnocrática se caracteriza por el supuesto de la posibilidad de “objetivación” de los procesos y de las instituciones, eludiendo las dimensiones de poder, conflicto, burocracia, creatividad, deseos y afectos, orden e irracionalidad que son inherentes a las instituciones y proyectos humanos (Stolkiner, 1993). Por su parte, la práctica no-tecnocrática, al considerar tales elementos, requiere ser abordada en tres dimensiones (que se entretajan): *la técnica, la política y la ética*. La primera de ellas conlleva el empleo de los instru-

mentos y herramientas de evaluación de programas y servicios de salud que contienen implícitas las otras dimensiones. La dimensión política implica el reconocimiento del conflicto de actores, poderes e intereses. Finalmente, la dimensión ética supone la pregunta permanente por

el antagonismo entre objetivación-subjetivación, referente al principio de dignidad de todos los actores involucrados en el proceso (Stolkiner, 2009).

La Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) y la relación entre Investigación y Evaluación fueron también referentes conceptuales. La ISSS cuestiona la relación investigación-transformación, y propone reducir las distancias entre el conocimiento científico “puro” y el “aplicado”, y entre inves-

tigadores y trabajadores de servicios de salud y/o tomadores de decisiones, a fin de promover mejoras en los procesos de atención. De ello deviene la necesidad de la inclusión de los actores directamente involucrados en la problemática objeto de la investigación (Almeida, 2000).

En cuanto a la relación entre investigación y evaluación, se retoma la propuesta de De Souza Minayo (2005) sobre la necesidad de estudiar las intervenciones en relación al contexto en el cual se sitúan, de allí el concepto de “evaluación contextualizada”. Así mismo, se incluyen las ideas de Guba y Lincoln (1989) sobre las distintas generaciones que hubo en el concepto y en las prácticas de evaluación: una centrada en la medición, la segunda en el cumplimiento de objetivos, la tercera que señala la importancia

En las últimas décadas hubo un desarrollo importante en la producción de instrumentos, herramientas e indicadores de evaluación de programas y servicios de salud mental, y a la vez, una distancia entre ellos y su utilización cotidiana en los programas y servicios en nuestra región.

de evaluar los objetivos mismos, y finalmente la necesidad de incluir en la evaluación la perspectiva de los diversos actores involucrados en los procesos de atención.

Se considera a la evaluación como un momento intrínseco al proceso de gestión de los programas y servicios, estrechamente ligada al planeamiento, en tanto reflexión metódica que acompaña la tarea, y que requiere, en un sentido formal, cumplir con una serie de características. Nirenberg, Brawerman y Ruiz (2000: 32) la definen como:

“la actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos, con el fin de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre el proyecto, y formular recomendaciones para la toma de decisiones”.

El proceso de investigación

El proyecto originalmente estuvo formulado para incorporarse en un plan estratégico de descentralización y externación de un hospital monovalente de la Provincia de Buenos Aires que se iniciaba, pero en el tiempo transcurrido entre la presentación y la aprobación del mismo se modificó la situación institucional y política del plan, resultando imposible desarrollar la investigación en él.

La necesidad de encontrar otro programa o servicio comunitario de reinserción de pacientes psiquiátricos para el estudio de caso, coincidió con una solicitud de asesoría realizada al equipo de investigación por un programa de externación de pacientes de larga estadía. Esperaban “elevar la calidad del mismo” mediante la inclusión de herramientas de registro y de evaluación de las intervenciones que se realizaban, para lo cual solicitaban ayuda.

Es importante mencionar que el haber respondido a una demanda, a un problema visualizado por actores del servicio, constituyó un elemento importante del trabajo.

La investigación se desarrolló, a partir de ello, en ese programa comunitario, existente desde hace diez años, cuyo objetivo era la externación de pacientes de un Hospital Monovalente de la Provincia de Buenos Aires.

El programa se organiza en dos áreas de trabajo: una centrada en la *externación y apoyo* de mujeres con internaciones prolongadas y con falta de soporte familiar y social. El apoyo incluye la provisión de vivienda, la atención psiquiátrica y psicológica, y el acompañamiento necesario en cada caso para la vida cotidiana. El área de *trabajo comunitario* se desarrolla en un centro de día en el cual se ofrecen actividades abiertas a toda la comunidad, en las que participan las mujeres externadas, organizadas bajo los paradigmas de la promoción de la salud y la inclusión social (Cáceres, Druetta, Hartfiel, y Riva, 2009).

El proceso de investigación tuvo las siguientes fases:

Primera Etapa:

Podríamos denominarla de “establecimiento de acuerdos”. Se desarrollaron reuniones para conformar un “comité de seguimiento de investigación” (Basagoiti y Paloma, 1999), formado por directivos de la institución de la que depende el programa, coordinadores del programa e integrantes del equipo de investigación. Este dispositivo se deriva de la investigación social participativa y tiene como objetivo generar un espacio para la toma de decisiones conjuntas frente a aspectos del proceso investigativo, y establecer un canal de comunicación abierto entre los investigadores y la institución (Basagoiti y Paloma, 1999). Las reuniones del comité de seguimiento han acompañado todo el proceso de investigación.

Posterior a la conformación del comité de seguimiento, se realizó una reunión con todo el personal del programa, a fin de debatir los obje-

tivos, límites y alcances de la investigación. Resultó importante aclarar que la investigación no se proponía evaluar el programa sino investigar sobre metodologías y herramientas de evaluación. Así, y aunque del trabajo se derivaron acciones de evaluación del programa, su utilización correspondía al mismo, no a la investigación. El lugar de investigadores no habilitaba a constituirse en “evaluadores” externos.

También se acordó que todo el material que se produjera a partir de la investigación (informes, artículos, presentaciones en congresos) se debatiría previamente en el programa.

Segunda Etapa:

Durante la misma se aplicó un cuestionario diseñado por el equipo de investigación y presentado al comité de seguimiento para sus aportes y comentarios. Lo respondieron individualmente todos los trabajadores del programa. Sus objetivos eran identificar su postura frente a la evaluación de su tarea y del programa, identificar prácticas y criterios evaluativos existentes, y posibles obstáculos o resistencias frente a actividades de evaluación.

Tercera Etapa:

Consistió en la realización de talleres con los trabajadores del programa. En ellos se hizo una devolución de los resultados del cuestionario, se debatió la historización del programa y, a partir de ésta, se revisaron y discutieron los objetivos del mismo. En estos talleres también se brindó capacitación sobre aspectos teóricos generales de evaluación de programas y servicios de salud mental, así como sobre herramientas de evaluación existentes, algunas de las cuales serían utilizadas en la siguiente etapa.

Cuarta Etapa:

Durante la misma se aplicaron en los equipos de trabajo las herramientas internaciona-

les de evaluación seleccionadas. El modo grupal de aplicación fue una sugerencia hecha por el programa, de modo tal que la aplicación sirviese para discutir, por equipos de trabajo, los instrumentos. Las herramientas aplicadas fueron:

- *Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental, Volumen 2* (WHO, 1997). De éste se aplicaron los módulos de “Servicios de Apoyo de Base Comunitaria” y de “Centros de Día (centros de rehabilitación psicosocial)”.
- *Clasificación Internacional de Cuidado de Salud Mental* (OMS, 1997).
- *Guías para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastorno Mental*. (WHO, 1996). De este se aplicaron la “lista de verificación” y el “principio 3: vida en comunidad”.

Las herramientas se seleccionaron a partir de un rastreo documental de instrumentos de evaluación enfocados en servicios comunitarios de atención en salud mental.

Se eligieron las producidas por la Organización Mundial de la Salud, dado que serían, teóricamente, aquellas adecuadas para aplicarse en diversos contextos. El instrumento de Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental (WHO, 1996) cuenta con módulos específicos para diversos dispositivos de atención, y se seleccionaron aquellos más pertinentes con las características del programa. El instrumento de la Clasificación Internacional de Cuidados en Salud Mental (OMS, 1997) tiene la particularidad de haber sido confeccionado para su aplicación en cualquier tipo de servicio, al evaluar la existencia o no de modalidades determinadas de cuidado. Finalmente, las Guías para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastorno Mental (WHO, 1996) constituyen un intento por operacionalizar los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental de las Naciones Unidas (ONU, 1991). Al

ser un eje del trabajo comunitario la restitución de derechos, se consideró necesario incluir un instrumento que los evaluara como indicadores de calidad y eficacia de atención, no cómo algo externo a ella. El instrumento de evaluación de la calidad y el de derechos humanos fueron traducidos del inglés específicamente para los propósitos de la presente investigación.

Quinta Etapa:

Durante ésta, actualmente en desarrollo, se está incluyendo la perspectiva de las usuarias en la evaluación. Para ello se tienen contempladas varias actividades tales como la revisión de algunos registros escritos, la aplicación de un cuestionario a la totalidad de las usuarias del programa y la realización de grupos focales. Esta etapa constituye una ampliación del proyecto inicial, y corresponde al desarrollo de la tesis de doctorado de una de las investigadoras (1).

Resultados

A continuación presentaremos algunos de los resultados que consideramos más significativos de las estrategias de producción de datos desarrolladas y analizadas a la fecha: el cuestionario, los talleres, y la aplicación de las herramientas internacionales de evaluación.

La posición de los trabajadores respecto a la evaluación

En las respuestas apareció una idea compartida por los trabajadores del programa: que el mismo es “innovador”, de lo que se desprendía la necesidad de sistematizar el trabajo realizado para poder compartirlo y promoverlo en otros lugares. Esto contradecía el supuesto de que habría resistencias explícitas frente a la evaluación. Los trabajadores consideraban la misma como una ayuda para sus metas y para la valoración de la actividad desarrollada. La implica-

ción de los trabajadores con el programa apareció como un elemento favorecedor del proceso de evaluación.

Es de señalar que el inicio del trabajo en terreno y la aplicación del cuestionario, coincidieron con un momento en que el programa llevaba un tiempo sin realizar externaciones, debido a dificultades financieras para el alquiler de las casas donde vivirían las usuarias. La evaluación les parecía una herramienta que favorecería la prosecución del programa al legitimarlo. El sentido y la utilidad del proceso de evaluación parecen ser un factor importante de aceptación.

También surgió de los cuestionarios que la gran mayoría de las personas encuestadas afirmaban realizar algún tipo de evaluación de su trabajo, aunque éste no se correspondiese con una evaluación formal en un sentido estricto.

Las variables de estructura que inciden en las posibilidades de evaluación

Una característica del programa es que los tiempos de contratación del personal son generalmente reducidos y dispersos (muchas personas con baja carga de dedicación horaria, en turnos diferentes), lo cual dificulta los espacios de reunión y obstaculiza la evaluación como proceso colectivo. Los datos arrojados por el cuestionario indicaban que un 80,4% de las personas encuestadas trabajaban 20 horas semanales o menos en el programa, y que incluso un 19,6% trabajaban 5 horas o menos.

Esta variable de “estructura” no es exclusiva de este caso sino frecuente en buena parte de los programas y servicios de salud mental. La solicitud de presencia y participación en reuniones de equipo se obstaculiza por ello, dificultando la integración de tareas, la articulación interdisciplinaria y, obviamente, la reflexión colectiva sobre la práctica inherente a los procesos de evaluación.

La revisión de los objetivos y de la organización del programa

Los talleres se realizaron en dos grupos: el primero con los trabajadores relacionados con el cuidado y seguimiento de las usuarias del programa, y el segundo con los trabajadores de las áreas comunitaria (“talleristas”) y administrativa del centro de día. En ambos grupos se revisó el documento base del programa, haciendo énfasis en los objetivos y en el flujograma originales.

Los objetivos fueron repensados junto con la historización del programa, lo cual permitió ver que aquellos planteados 10 años atrás seguían teniendo vigencia pero requerían modificaciones para dar cuenta de las actividades actuales. Había en ellas nuevas metas no contempladas en los objetivos originales y que no entrarían en la evaluación de su cumplimiento si no se los actualizaba.

Por ejemplo, aunque el programa estaba dirigido a personas “sin apoyo familiar”, con el tiempo se había observado que algunas de las externadas bajo programa reconstruían ciertos vínculos familiares. Sucede que algunas familias no pueden responder a la demanda de alojar a su familiar, por lo que se considera que la persona no cuenta con su apoyo, pero demostraron poder restablecer las relaciones e inclusive acompañar o apoyar a la usuaria del programa en necesidades puntuales. Este modelo de revinculación, sustentada en el soporte que brindaba el programa, no estaba incluido en los objetivos, pero era una práctica existente que debía ser evaluada y valorada.

A su vez, el programa estaba inicialmente dirigido a personas con mediana y larga internación, lo que se modificó con el tiempo, debiendo incluirse objetivos de acciones específicas para personas que habían atravesado internaciones breves.

Se desprendía del debate que en la evaluación de programas comunitarios de inserción para pacientes psiquiátricos habría dos ejes fundamentales para la construcción de indicadores: *los derechos* (incluyendo los de todos los actores del programa y las tareas concretas tendientes a lograr la restitución o conservación de los mismos) y la *vinculación con el afuera del programa*, considerando que lo que daría cuenta de un trabajo comunitario sería el grado de vinculación de la institución con otras, así como la red de vínculos externos propiciados y desarrollados por las usuarias, esto se constituía en base de indicadores para la evaluación.

En el taller con los trabajadores de las áreas comunitaria (“talleristas”) y administrativa del centro de día, se realizó una tarea adicional: la revisión de algunas herramientas de evaluación particulares al programa: de autoevaluación por parte de los talleristas y de evaluación de los talleres por parte de los participantes. Uno de dichos instrumentos existía ya, y el otro lo propuso el equipo de investigación. Algo que resultó de interés a partir de dicha revisión, fue vincular las preguntas de los instrumentos de evaluación con los objetivos específicos del centro de día, lo cual condujo a pensar en la necesidad de discutir en equipo las formas en que los distintos integrantes se

Los objetivos fueron repensados junto con la historización del programa, lo cual permitió ver que aquellos planteados 10 años atrás seguían teniendo vigencia pero requerían modificaciones para dar cuenta de las actividades actuales.

representaban los mismos: “promoción de la salud” e “integración social” que son los objetivos centrales de las acciones del centro de día.

En ambos talleres se evidenció que una de las dificultades para los procesos continuos de evaluación es que no se cuenta con los recursos necesarios (personal, tiempo, insumos) para la necesaria sistematización, elaboración y retroalimentación de datos que significa el proceso de evaluación. Esta era la fase en que se habían frustrado algunas iniciativas de evaluación metódica previas.

La utilidad y las limitaciones de las herramientas internacionales para la evaluación del programa

Las herramientas seleccionadas fueron aplicadas de manera grupal a los equipos de trabajo del programa del área de externación (tres equipos). Un primer aspecto que surgió, referido a los implícitos que están de base a la construcción de las herramientas, es quién debe responder a las preguntas de las mismas, o sea quien se considera el sujeto o interlocutor de la evaluación. Algunas de las preguntas solicitaban datos o información que suelen ser conocimientos específicos de personas que trabajan a nivel de gestión de un programa o servicio, más que de atención directa.

También existían varios implícitos teóricos, los cuales sin duda son inevitables a la hora de construir una herramienta de evaluación, pero que llevan a cuestionar la supuesta ateoricidad y posibilidades de aplicación universal. Entre tales implícitos teóricos están, por ejemplo, que se considere fundamentalmente al paciente individual como destinatario de la intervención. Esto contrastaba con el hecho de que muchas de las intervenciones del programa estudiado tienen como unidad de trabajo por excelencia al “grupo convivencial” de personas que comparten un hogar.

Se evidencia que una dificultad general de los instrumentos de evaluación y registro en salud mental, es que éstos se han desarrollado fuertemente sobre el paradigma de intervenciones individuales no contemplando el trabajo con las familiares o colectivos. Muestran carencias de mecanismos de registro y de evaluación que den cuenta de lo relacional y grupal.

Otro de los implícitos observados al debatir las herramientas, refiere a la división tajante – según los equipos– que se tiende a hacer entre las intervenciones de carácter psicológico y las de rehabilitación o de “re-educación”, como se las nombra en alguno de los instrumentos. Según ellos, esto no daba cuenta del trabajo constante de subjetivación que se realiza en toda actividad, así se estuviese “re-educando” en una tarea concreta de la vida cotidiana.

Por otro lado, un elemento de interés surgido del instrumento específico orientado a la evaluación de derechos es que éste más que evaluar ejercicio o restitución de derechos, evalúa el grado de conocimiento que tienen quienes lo responden acerca de los derechos de los usuarios, lo cual puede considerarse un indicador indirecto de la orientación de un servicio, pero no alcanza a dar cuenta de la operacionalización, en la práctica, del enfoque de derechos.

No obstante estas observaciones, los instrumentos de evaluación fueron valorados positivamente por los trabajadores del programa quienes consideraban que éstos constituyen una intervención en sí mismos, al poner a circular ciertas ideas sobre “el deber ser” y sobre las “acciones concretas” de los servicios, así como una herramienta para propiciar la discusión sobre tales aspectos.

Los equipos señalaron que las preguntas contempladas en los instrumentos contribuían a reflexionar sobre lo que sería concebido como una buena atención y lo que ésta implica, y abrían interrogantes sobre aspectos que sería impor-

tante conocer por parte de los trabajadores del servicio. También los instrumentos proveerían de un modelo posible para el establecimiento de criterios y estándares de evaluación así como del modo de valorarlos.

A partir de esto se consideró que las herramientas utilizadas, pese a sus limitaciones, ofrecen elementos eficaces para propiciar la discusión en el programa sobre su quehacer y puntos a desarrollar. Queda claro que su valor se adquiere al incorporarlas en una estrategia evaluativa más amplia. No obstante, como instrumentos de uso rutinario no fueron considerados muy adecuados por razones tales como el tiempo que insume su aplicación, elaboración y análisis.

Conclusiones

Retomando el objetivo general de la investigación, referido a *desarrollar conceptual y técnicamente metodologías contextuales y participativas de evaluación de programas y servicios comunitarios de reinserción de pacientes psiquiátricos, y estudiar la aplicabilidad de herramientas internacionales al contexto local*, podríamos señalar que uno de los requisitos para la incorporación de la evaluación como práctica rutinaria de los servicios es que las personas integran los mismos lo consideren necesario y útil. Esto es posible si se logra generar un contexto en el cual la evaluación sea vivida como un aporte a la tarea, y no de modo “persecutorio”.

Pareciera que una variable favorable a la tarea de evaluación es el nivel de implicación de sus actores con la actividad y que la reflexión sobre la tarea sea parte de sus prácticas habituales, contando con dispositivos adecuados para ello.

Por otro lado, un hallazgo que creemos significativo es que los servicios muchas veces realizan intentos por utilizar herramientas de evaluación encontrando dificultades operacionales para procesar los datos. Si bien existe una difi-

cultad para la creación de registros, el obstáculo más importante pareciera ser el análisis, sistematización y debate de los mismos. La utilización de registros o instrumentos de evaluación que no se analizan y reprocessan desvirtúa su sentido y su utilidad frente a quienes los completan o responden.

En lo que respecta a las herramientas internacionales de evaluación, señalamos ya que su utilidad reside en establecer un parámetro de comparación y de reflexión por parte de los programas y servicios sobre su práctica. Esto es, no solo responder, por ejemplo “no se cumple con ese criterio” sino poder hacerse la pregunta “¿deberíamos cumplir con ese criterio?” Los instrumentos permiten, en un escenario en el cual cada programa o servicio desarrolla su “experiencia” de manera local y muchas veces aislada, poder pensarse a la luz de los estándares comunes con otros. No obstante, y como lo señaláramos, algo que dificulta su utilización es que insumen un tiempo considerable de trabajo.

Esto conduce a lo que podría ser la reflexión final de esta experiencia, y es la alianza o trabajo en conjunto entre los servicios y los equipos de investigación. Estos últimos cuentan con herramientas y recursos que son de utilidad para los servicios si se trabaja colaborativamente. Creemos que esta investigación, además de sus desarrollos específicos en el terreno de la evaluación de programas y servicios de salud mental, ejemplifica un modo en el cual la investigación y los servicios pueden enriquecerse mutuamente, a través de la conjunción de sus saberes y experticias, conocimientos e intereses. Los equipos de investigación deben acompañar y potenciar las prácticas de los servicios favoreciendo la sistematización metódica de los conocimientos que se producen en los mismos. La investigación, desde el marco que nos cobija, debe servir a los servicios. Servir, en su doble acepción significa estar al servicio de, y ser de utilidad para.

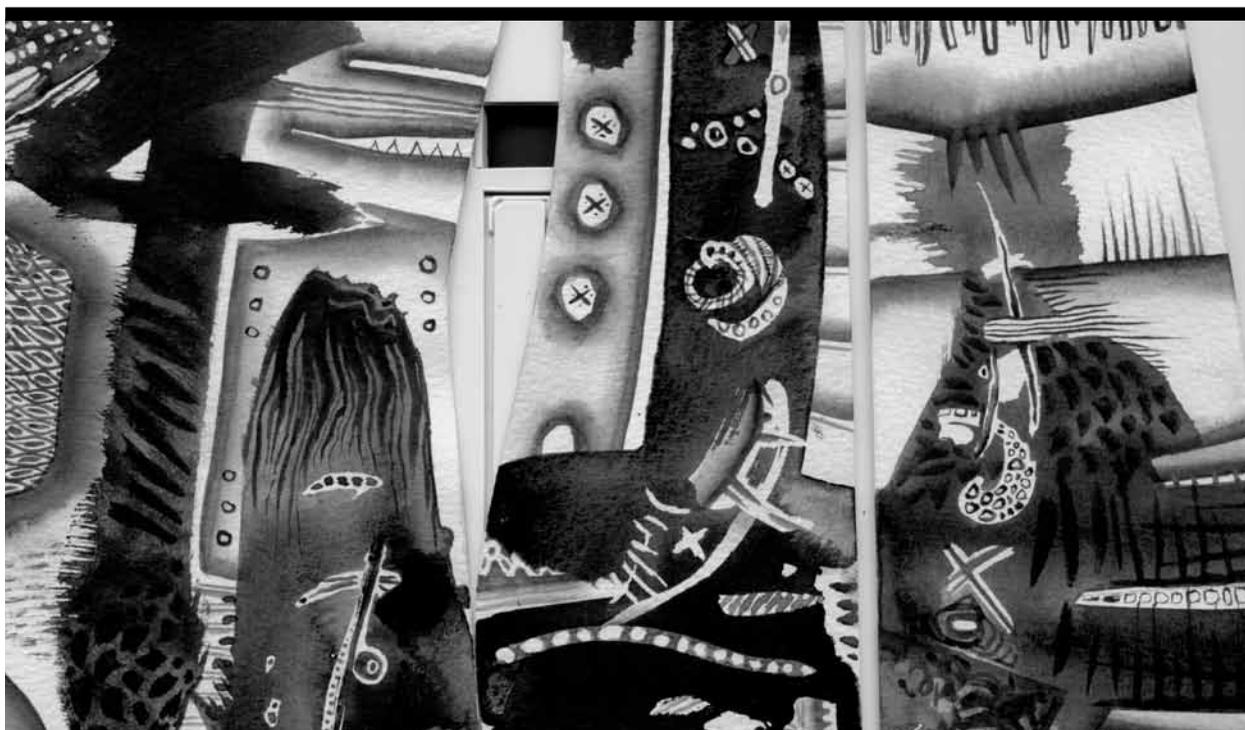
Nota

1. La tesis a la que se hace mención es desarrollada por Sara Ardila.

Referencias bibliográficas

- Agrest, M. y Nemirovsky, M. (2002). Aspectos conceptuales de los indicadores de calidad para un sistema de Salud Mental. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XIII, 311-318.
- Almeida, C. (2000). Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo Histórico y Tendencias, Texto base para discusión. *Cuadernos para Discusión de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur*, 1, 11-35.
- Aparicio, V. (1993). Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes. En *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ardila, S. (2008). La Transformación de la Atención Psiquiátrica en el Marco de las Reformas de los Sistemas de Salud: Opciones para las Prácticas de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud Colombiano. *Tesis, Maestría en Psicología Social Comunitaria, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.
- Ardila, S. y Stolkiner, A. (2010). Lo Comunitario en la Evaluación de Sistemas y Servicios de Salud Mental. *Revista Argentina de Psicología*, No. 48, 74-88.
- Bachrach, L.L. (1996). Desinstitutionalisation: Promises, Problems and Prospects. En *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Basagoiti, M. y Paloma, B. (1999). "Mira Quién Habla" (El trabajo con grupos en la I.A.P.) En *La Investigación Social Participativa - Construyendo Ciudadanía 1*. Madrid: Ed. El Viejo Topo.
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M. y Riva, M.R. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XX, No. 86, 299-307.
- De Sousa Campos, G.W. (2006). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Souza Minayo, M.C. (2005). Introducción. Concepto de evaluación por triangulación de métodos. En *Evaluación por Triangulación de Métodos-Abordaje de Programas Sociales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- González Uzcátegui, R. (1992). Salud mental en la comunidad en América Latina. Ejemplo de programas. En *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Knudsen, H. Ch. (1996). Preface. En *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V. (2000) *Programación y Evaluación de Proyectos Sociales*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *Clasificación Internacional de Cuidados de Salud Mental*. Versión Granada, 1997.
- Organización de Naciones Unidas. (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela.
- Rovere, M. (1999). Planificación estratégica en salud: acompañando la democratización de un sector en crisis. *Cuadernos Médicos Sociales*, 75, 31-63.
- Salvador-Carulla, L., Romero, C., Rodríguez-Blázquez, C., Atienza, C. y Velázquez, R. (1998). ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva Internacional. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 2 (3). Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/artic_4.htm
- Stolkiner, A. (1989). Salud Pública- Salud Mental. *Teórico No. 1. Cátedra II Salud Pública y Salud Mental*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (1993). Asesoría a Servicios de Salud Mental: Una Metodología participativa, *Boletín Argentino de Psicología*, Vol. VI, Número especial, 34-39.
- Stolkiner, A. (2009). El trabajo del Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia de la CONADI (Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad): Reflexiones Éticas. En *Jornada La Dignidad Humana, Filosofía, Bioética y Derechos Humanos, Espacio para la Memoria*. Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires, 16 de abril de 2009.
- Stolkiner, A. y Ardila, S. (2009). Metodologías de Evaluación No Tecnocráticas. *XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva*. Bogotá, 15 al 19 de noviembre de 2009. Recuperado de: <http://www.alames.org/documentos/EJE02-26.pdf>
- Testa, M (1989/1995). *Pensamiento Estratégico y Lógicas de Programación (El Caso de Salud)*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 29, 761-767.
- World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (1996). *Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders*. Geneva: WHO.
- World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (1997). *Quality Assurance in Mental Health Care. Check-lists & Glossaries. Volume 2*. Geneva: WHO.

Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria



María Cecilia López Santi

Directora Asociada de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Especializado Dr. Alejandro Korn. Maestranda en Salud Mental Comunitaria UNLA

Resumen

En el contexto de la salud mental comunitaria se desarrollan, en los últimos años, diferentes experiencias de desinstitucionalización de personas con trastorno mental severo (TMS) alojadas en hospitales psiquiátricos de la Argentina. El presente trabajo se aproxima a la situación actual de los procesos de reforma en la Provincia de Buenos Aires, a partir de la descripción de la transformación que desarrolla, en tal sentido, el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. A. Korn, de la Ciudad de la Plata. Podemos observar de que forma se trasladan los recursos del modelo asilar hacia un modelo comunitario.

Los dispositivos comunitarios, en primer lugar, proporcionan a las personas desinstitucionalizadas un lugar donde se aloja la palabra,

aportan a la reconstrucción de la historia, a la recuperación de derechos, al restablecimiento del lazo social y a la posibilidad de sostener un proyecto extramuros. En segundo lugar, dichos dispositivos, se abren al trabajo con la comunidad proporcionando espacios de encuentro y co-participación en la construcción de un nuevo modelo de atención.

Palabras clave: Desinstitucionalización. Reforma. Salud Mental. Comunitario

Abstract

In the context of community mental health different experiences of deinstitutionalization of people with severe mental disorder (SMD) admitted in psychiatric hospitals in Argentina have been developed in the last years. This stu-

dy approaches the present situation of reform processes in the Province of Buenos Aires, on the basis of a description of the transformation being developed in this respect by the Dr. Alejandro Korn Neuropsychiatric Hospital in the city of La Plata. We can observe how the asylum model resources are transferred towards a community model. Community devices firstly provide deinstitutionalized people with a place for the word, contribute to the reconstruction of the history, to the regaining of rights, to the reestablishment of social ties and to the possibility of running an extramural project. Secondly, those devices open up to community work providing meeting spaces and co-participation in the construction of a new assistance model.

Key words: Deinstitutionalization. Reform. Mental Health. Community.

Introducción

Las instituciones totales (Goffman, 2004) tienen aún hoy un papel protagónico en el momento de albergar a aquellos que la sociedad considera por fuera de ella, los extra numerarios, a los cuales las políticas de estado no contemplan en la complejidad del problema. Los locos, los pobres, los marginales, los adictos y los ancianos forman parte del colectivo social que ocupa las instituciones totales. Estas personas integran la población asilar y ven cercado su futuro por una confluencia de factores que los llevan a la pérdida del lazo social y la participación de diferentes estamentos del estado que no responden a las necesidades de la población usuaria.

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010 –Ley N ° 26.657– las instituciones psiquiátricas se ven compelidas a participar en un proceso de reforma. La Ley señala que todas las personas usuarias de servicios de salud mental tienen derecho a acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo

a la atención en salud mental. La atención debe desarrollarse preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Para ser más específicos, señala la prohibición de nuevas Instituciones Psiquiátricas de tipo asilar y el cierre progresivo de las ya existentes. Por lo expuesto, las llamadas instituciones totales deben resolver de qué manera desinstitucionalizan a las personas que viven allí hace años. Sujetos que han perdido las redes sociales, por tanto han quedado fuera del mercado productivo y de intercambio, que ven suspendidos sus derechos por procesos de insanía e inhabilitación y alejados de sus familiares y amigos. Una población asilar suspendida en un sin sentido a la cual se le ha sustraído su historia, su presente y su futuro. Forman parte de una gran masa humana, sobre la cual, como señaláramos, muchos poderes del estado intervienen –Poder Judicial, Ministerio de Salud, Ministerios de Desarrollo Social, Educación pero pocos pueden dar cuenta de ellos como sujetos de derecho (Galende, 2006).

La atención de la salud mental en comunidad representa un aporte imprescindible en la resolución de la demanda del usuario y su familia, la cual no puede ser resuelta por una atención centrada en la institucionalización, que ha demostrado ampliamente su fracaso a lo largo de los años. Los diferentes dispositivos comunitarios permiten un piso a partir del cual las personas con Trastorno Mental Severo (TMS) ven resueltas sus necesidades básicas - vivienda, trabajo, salud, un ingreso adecuado a las necesidades, educación - y facilitan la conformación de nuevas redes sociales. La conformación de dichas redes ofrece el escenario apropiado para el desarrollo de la persona en comunidad. Este sistema de atención en salud mental en comunidad es sin duda, para las personas con TMS, un cambio significativo en cuanto a la calidad de vida y la autodeterminación (OPS, 1990; Saraceno, 2003).

El desarrollo de la atención en salud mental comunitaria

La construcción del campo de la salud mental da origen a nuevas prácticas y nuevas disciplinas. Éstas dan cuenta del escenario complejo que plantea la desmanicomialización y la atención en comunidad de las personas con sufrimiento mental (Galende 1998).

La Declaración de Caracas (OMS 1990) estableció la reestructuración de la atención psiquiátrica a través de una serie de ejes prioritarios que hasta la actualidad marcan el rumbo a seguir en un proceso de reforma. Esta posición, que supone el traslado a la comunidad de los servicios, implica necesariamente la desintitucionalización. Representa entonces, una transferencia de cuidados desde el hospital neuropsiquiátrico a la comunidad.

El desarrollo de la atención en salud mental comunitaria en América Latina, según los datos aportados por el Proyecto Atlas (OMS 2001), se implementó de manera insuficiente dada la coexisten en el sistema de salud de dispositivos comunitarios y asilares, la orientación de los servicios disponibles es inadecuada y la calidad de la atención, deficitaria.

Las reformas realizadas en Argentina avanzaron en la creación de servicios de salud mental en hospitales generales -con o sin camas de internación-, en la conformación de equipos interdisciplinarios, el trabajo intersectorial y la inclusión de la palabra como instrumento de recuperación del lazo social. Además, la apertura comunitaria significó la presencia de nuevos dispositivos tales como centros de salud mental

comunitarios, hospitales de día, programas residenciales y ocupacionales.

Río Negro es la primera provincia que en el año 1983 inicia un proceso de reforma, que incluye al Neuropsiquiátrico de la ciudad de Allen: en octubre de 1988 se decide su cierre y, en septiembre de 1991, se sanciona la Ley 2440 de Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental. Se concreta la externación de 100 pacientes alojados en el neuropsiquiátrico, se crearon equipos de salud mental en hospitales generales y estructuras intermedias como hogares de tránsito y casas de medio camino.

En la Provincia de Buenos Aires, en particular, aún existen tres neuropsiquiátricos, el Hospital Dr. Domingo Cabred, el Hospital Estévez y el Hospital Dr. A. Korn. Puede observarse en cada uno de ellos el traspaso de recursos del sistema asilar al sistema comunitario.

El traspaso de un modelo asilar al comunitario nos enfrenta a nuevos desafíos, uno de ellos es la forma que tienen en los dispositivos de atención comunitaria de resolver las demandas originadas en las necesidades de las personas desinstitucionalizadas de hospitales psiquiátricos, habida cuenta de la complejidad de la consulta y las respuestas de los sistemas de atención, considerando las dificultades que suele presentar la transferencia de servicios y recursos.

En un estudio realizado sobre la Atención en redes de salud mental basado en la eficacia del modelo asistencial, M. Do Amaral (1997) revisa la implementación de las políticas de salud en la red básica del Municipio de Campinas en Brasil. Este trabajo estudia la relación entre la capacidad de cuidados de los servicios comunitarios

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010, las instituciones psiquiátricas se ven compelidas a participar en un proceso de reforma.

y su contribución a la mejora de las condiciones de vida de las personas con sufrimiento mental. Un indicador importante, que toma dicho estudio, es la eficacia de un servicio en relación a su índice de reingreso hospitalario, que va asociado a la continuidad y adhesión al tratamiento. Consideran que la “suspensión del tratamiento”, por parte de la persona asistida, es el resultado de la fractura que se produce en el vínculo entre éste y el equipo de salud.

De la mano de las necesidades de los usuarios es ineludible plantearnos el concepto de calidad de vida. Hay aspectos ampliamente valorados de la vida que, por lo general, no se consideran como salud, tales como ingresos, libertad y apoyo social. En el campo de la salud mental, el concepto de “calidad de vida” solo cobra sentido si se lo asocia a estos factores. La falta de recurso económico, la ausencia de autonomía y el escaso apoyo social ubican al sujeto en la marginalidad social. (Sartorius y otros 2000)

Por último, el concepto de gravedad es muy importante en el campo de la gestión y planificación sanitaria. Más aún, en el caso específico de la salud mental, esto se vuelve relevante, dado que la utilización del recurso que se le ofrece al usuario dependerá del nivel de simbolización alcanzado sobre lo que le acontece. Sobre esta base se superpone la experiencia traumática de la hospitalización prolongada.

La transformación de la Institución Psiquiátrica

Los movimientos de reforma tomaron como uno de sus principales propósitos la transformación de las instituciones asilares. Como forma de aproximarnos a la complejidad de tal propósito, tomaremos la experiencia del Hospital Dr. A. Korn.

En el siguiente apartado se tratará, en primer lugar, una breve reseña sobre el Hospital Dr.

A. Korn y, en segundo lugar, la descripción del traspaso de recursos hacia el sistema comunitario a partir de la creación de sus diferentes dispositivos.

El Hospital Neuropsiquiátrico Dr. A. Korn fue inaugurado el 23 de abril de 1884 bajo el nombre de “Melchor Romero”. El Hospital tenía como misión “*atender a los pobres de solemnidad, sean hombres, mujeres o niños, atacados de enfermedades comunes o de demencia*”.

El 5 de noviembre de 1883 en un informe al Sr. Ministro de Gobierno, donde realiza una descripción del proyecto final, se recomendaba “*la creación de una sala para 32 pacientes y dos más proyectadas que se edificarán cuando sean necesarias, una sala de mujeres con 22 camas, una de niños con 10. El departamento de dementes será repartido así, para dementes tranquilos 25 camas, para los agitados 16 y un departamento completamente separado del anterior para mujeres con 16 camas*”.

Además señala el documento: “*en nuestro clima y dada la situación del hospital alejado de la población, sin temor se podrán alojar en caso necesario, hasta cuarenta enfermos en cada pabellón [...] convendría que todas estas construcciones que abarcan una superficie de una manzana y media sean encerrados con un cerco provisorio*”.

El paisaje hospitalario se transforma con el tiempo en grandes extensiones de tierra surcadas por caminos precarios a cuyos lados se disponían los pabellones cercados. En los años 80 la población total del hospital llegó a 2800 personas alojadas en los diferentes servicios de corta, mediana y larga estancia. El Hospital se compromete en un proceso de reforma, ya iniciado una década atrás e interrumpido por los acontecimientos políticos del país, que se plasma en 1987 con la creación del primer Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) al cual se denominó Casa de Pre Alta.

Durante estos años diferentes dispositivos y proyectos se han implementado en el Hospi-

tal, desde una transversalidad que aporta a salir del funcionamiento estanco, fragmentado y des-subjetivante propio de la institución manicomial. Parados frente al escenario de la institución manicomial, podemos observar como cada persona se sitúa en ella de forma diferente. Durante la vida hospitalaria la capacidad de hacer lazo coloca a la persona con trastorno mental grave en el posible camino a la desinstitucionalización. Esto marca la diferencia con respecto a las personas que son des-subjetivadas por la institución, pasando a ser parte de la gran población estable y de difícil abordaje.

En la actualidad el número total de camas es de 940, lo cual significa una reducción del 67 % de la población, esto ha permitido cerrar en los últimos 20 años 11 salas de larga estancia. Es de resaltar que la reducción de camas se produjo en el sector de larga estancia, donde se busca priorizar el bajar la cantidad de camas por sala al cierre de las mismas. Hasta no hace muchos años había 70 o más personas por sala de larga estancia, en la actualidad oscilan entre 24 y 50 de acuerdo a las características de la población.

El CSMC “Casa de Pre Alta”, en sus inicios se proyecta con el fin de alojar personas con TMS externadas del hospital -el centro disponía de 20 camas para pacientes varones- los aspirantes eran incluidos en un Programa de rehabilitación, externación y seguimiento comunitario, en pleno acuerdo con los procesos de reforma en salud mental que se daban en otros países. De esta forma la Institución iniciaba la transferencia de recursos del hospital psiquiátrico a la comunidad. El nuevo dispositivo se sitúa en la zona

céntrica de la Ciudad de La Plata, a 12 km del Hospital, lo cual favorece el proceso de desinstitucionalización por disponer de mayores oportunidades de participar de actividades culturales, búsqueda de trabajo, lugares de residencia, actividades recreativas, etc.

El nuevo CSMC sale de la lógica manicomial centrada en la figura del psiquiatra y toma en cambio el trabajo interdisciplinario e interinstitucional como nuevo paradigma. El trabajo se realiza con la inclusión de los usuarios quienes participan activamente de la propuesta.

En el CSMC se implementa una nueva modalidad de trabajo: talleres artísticos y productivos, se desarrollaron dispositivos grupales, asambleas e intervenciones realizadas tanto en sede como en la comunidad. Se le da prioridad al seguimiento comunitario y la adhesión al tratamiento. De forma conjunta entre el usuario y el equipo interdisciplinario se elabora un

plan personalizado de rehabilitación que es flexible, lo que implica que si las necesidades del individuo varían, tanto el equipo como los apoyos disponibles se adecuan a las nuevas necesidades. Al abordar una patología de evolución crónica, el plan debe acompañar los diferentes momentos vitales del usuario. La persona desinstitucionalizada recupera el poder de decidir sobre su vida y sus proyectos. Entran en el mundo laboral, de la educación, social, forman nuevas parejas, establecen nuevos vínculos y también tienen otro tipo de pérdidas y sufrimientos propios de la vida en sociedad. De esto surge que la necesidad de apoyos varía de acuerdo a los acontecimientos que los atraviesan.

En la actualidad el número total de camas es de 940, lo cual significa una reducción del 67 % de la población, esto ha permitido cerrar en los últimos 20 años 11 salas de larga estancia.

El conocimiento más profundo de la problemática de la persona con padecimiento psicótico, la incorporación de nuevos fármacos, la planificación y evaluación de las intervenciones plantean nuevos desafíos. Durante el análisis del Caso se determina no solo los déficit motores, cognitivos, relacionales y simbólicos, sino también las habilidades y competencias. En el proceso diagnóstico y terapéutico se considera importante diferenciar las habilidades que el sujeto no ejerce por no poseerlas, de aquellas que si posee pero no ejecuta por no estar motivado, por no ser pertinentes en el ambiente hospitalario o por sus síntomas. Teniendo en cuenta las elecciones que el sujeto realiza - vivienda, trabajo, nuevas relaciones, revinculación familiar - se lo acompaña en este proceso de toma de decisiones, y se configuran los ámbitos específicos en que se intervendrá.

Las actividades que se desarrollan incluyen: Talleres de Producción destinados a la formación laboral y promoción de empleo, Talleres Artísticos y de recreación, Consultorios externos para la atención de los usuarios del Programa, Seguimiento comunitario con el Sistema de Referentes, Actividades diversas con objetivos encaminados a la promoción de la salud y a la obtención de los recursos sociales requeridos para el proceso inserción social, Seguimiento domiciliario, Apoyo laboral.

Como parte del desarrollo del programa de atención en comunidad se implementa, a partir de los años 90, el Dispositivo Residencial no hospitalario "Casa de Convivencia" con el fin de cubrir la necesidad de alojamiento que hasta en-

tonces solo se resolvía a través del alquiler en Pensiones. Dichas Pensiones son una opción de alojamiento no hospitalario y transitorio que depende del sector privado, donde la persona alquila una habitación y comparte espacios comunes con los demás inquilinos. Los miembros de la comunidad que optan por este sistema de alo-

jamiento son estudiantes o trabajadores del sector informal, producto de migración interna o externa, lo que implica que la población con quien reside el usuario es cambiante y heterogénea. Los usuarios que acceden a las mismas tienen un mayor grado de autovalimiento, sus edades oscilan entre 30 y 45 años, y el pago de este alquiler, el cual puede realizarse con

subsídios o pensiones por discapacidad, dejan a los usuarios sin recursos económicos que les permitan sostener con tranquilidad el resto de sus gastos. Todos los usuarios reciben la medicación en forma gratuita, y si es necesario concurren a un comedor que funciona en el Centro o retiran víveres semanalmente.

Las Casas de Convivencia, durante los primeros años del CSMC, se organizaban a partir de la propiedad de uno de los usuarios -la mayoría de las casas eran recuperadas de alguna intrusión- donde se incluía un grupo de convivientes. De esta forma el propietario junto a sus compañeros lograban sostener las exigencias de vivir en comunidad. Durante estos años el equipo del centro gestionó dos propiedades que hoy pertenecen al Hospital. Esta modalidad de gestión y búsqueda de oportunidades marcó un estilo de trabajo que se diferenció del tradicional estancamiento hospitalario.

En el año 2007 se inauguran dos Centros nuevos, el Pichon Rivière y el Franco Basaglia, como parte del proceso de descentralización y transferencias del recurso del hospital a la atención en comunidad.

En los últimos 10 años se sumaron al dispositivo las casas alquiladas con el presupuesto hospitalario, con la misma modalidad del grupo de convivientes, para un máximo de cinco usuarios, de acuerdo al tamaño de la vivienda. Este dispositivo no tiene definido un tiempo máximo de estadía, pero se consideran transitorios, dado que al trabajar con cada usuario en un proyecto personal éste puede decidir cambios en la modalidad de alojamiento de acuerdo a las oportunidades que se le presenten. El tiempo estimado de permanencia en las mismas suele ser de 3 a 5 años. Como se señalara anteriormente, y gracias a una gestión comprometida del equipo profesional, dos de las casas son propiedad del Hospital y 4 se alquilan. En los últimos años se ha facilitado el alquiler de propiedades por parte de los propios usuarios. Algunas de las casas que antes eran alquiladas por el hospital pasaron a ser contratadas por los propios usuarios.

En el año 2007 se inauguran dos Centros nuevos, el Pichon Rivière y el Franco Basaglia, como parte del proceso de descentralización y transferencias del recurso del hospital a la atención en comunidad. Un promedio de 100 usuarios se asiste en cada uno de los centros. La relación con el centro y los equipos se extiende el tiempo necesario. En la población que se asiste en los centros podemos observar usuarios de menor tiempo de permanencia en el hospital, con mayores recursos psicosociales o que disponen de una red que los contiene y otros que presentan un mayor nivel de dependencia al centro, esta última población con más años de hospitalización. Se estima que en los 24 años de existencia de la Casa de Pre Alta se desinstitucionalizaron más de 300 personas con TMS, en su mayoría sin familia continente y con internaciones prolongadas. La población desinstitucionalizada deja atrás una vida signada por el desamparo, el abandono y las pérdidas. Puestos a pensar hacia

delante - cuando se les pregunta que les gustaría cambiar - aparecen deseos, temores, referencias al trabajo, la casa, y en algunos el fantasma del hospital como un lugar al que no se desea volver. Tal vez lo más importante, es que hay un deseo que se sostiene, a pesar de todo.

En el año 2011 se implementó el primer paso a la descentralización del Consultorio Externo del Hospital con la habilitación del mismo en Casa de Pre Alta, para los usuarios de La Plata y disponiendo de la medicación que antes retiraban de la farmacia del Hospital. A pocos meses de su apertura ya se asisten en el mismo más de 100 usuarios, sumados a los que participan del Programa personalizado de rehabilitación.

Conclusión

En la práctica cotidiana, dentro y fuera de los muros de las instituciones psiquiátricas, la lucha entre los dos modelos, institucionalización-atención comunitaria, sigue vigente. ¿Cómo escapar de estas relaciones de poder instaladas en las instituciones? Esto nos lleva a la necesidad de tener una mirada más amplia y atenta de la problemática planteada frente a posibles reproducciones de prácticas típicas de las instituciones totales. Rotelli (Sarraceno 1993) refiriéndose a la evaluación de servicios de salud mental, compara un centro de salud con un bazar o mercado árabe, donde se aglomeran, entrecruzan y multiplican demandas, como sucede en un mercado de canje. Allí ubica un cuerpo social que se reconoce. Es un lugar donde el sujeto se singulariza a través de la participación. Tomando la figura del bazar se puede pensar que un centro debe favorecer el intercambio pero no apropiarse del sujeto. Éste, como en el bazar, solo está de paso, su vida continúa fuera del mercado.

Nuestra trayectoria, los años transcurridos y los logros alcanzados en el proceso de desinstitucionalización nos permiten afirmar que el tra-

bajo en comunidad dejó de ser una “experiencia nueva” para convertirse en un derecho de las personas con TMS y una obligación del Estado, como garante de los derechos de todo ciudadano, de continuar y profundizar el enfoque comunitario en salud mental.

Referencias bibliográficas

- Amaral, M. A. do, (1997). Atencao a saude mental na rede básica: estudo sobre a eficacia do modelo asistencial. *Revista de Saude Pública*, volumen 31, número 3 Junio, pp 288-95.
- Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Galende, E. (2006). Para una ética en salud mental. En Galende, E. y Kraut, A.J. *El Sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Paidós.
- Goffman, E. (2004). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Atención comunitaria a personas con trastorno psicótico*. Washington D.C.: Editorial Paltex
- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela.
- Sartorius N., Freeman H., Katschnig H. (2000). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Masson.
- Sarraceno, B. y Montero F. (1993). *Evaluación de servicios de salud mental*. Capítulo 3.2.2. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Sarraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México D.F.: Editorial Pax México.
- Spinelli H. (comp) (2004). *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Editorial Lugar.

El rol de los trabajadores de la salud en el contexto de las políticas reparatorias por violaciones de derechos humanos



*Sabrina Balaña. Médica Generalista. / Federico Kaski. Médico Psiquiatra.
Silvana Reinoso. Lic. en Psicología. / Javier Rodríguez. Médico Psiquiatra.
Fabiana Rousseaux. Lic. en Psicología. / Juliana Serritella. Lic. en Psicología.*

*Institución de pertenencia:
Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa"*

Resumen

En el presente trabajo buscamos dar cuenta de la experiencia y las distintas estrategias que venimos desarrollando en el Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, "Dr. Fernando Ulloa", dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, en relación con la forma de implementación de las políticas reparatorias en materia de derechos, llevadas adelante por el Estado Nacional, bajo las premisas de Memoria, Verdad y Justicia.

Desarrollaremos las distintas estrategias implementadas, como la Red de Derivación y Asistencia a víctimas, y el Plan Nacional de Acom-

pañamiento y Asistencia a víctimas testigos y querellantes en los juicios por delitos de lesa humanidad. Asimismo, describiremos el marco legal vigente en materia reparatoria, como el armado de las Juntas Médicas en este contexto.

Por último, intentaremos promover la reflexión en torno a la injerencia de las prácticas de los trabajadores de la salud en el proceso de la reparación integral de las víctimas de violaciones de Derechos Humanos, partiendo de la noción de su rol en tanto agentes del Estado.

Palabras clave: Políticas reparatorias. Derechos Humanos. Trabajadores de salud. Terrorismo de Estado.

Abstract

In this paper we will give an account of the experience and different strategies developed in the Assistance Center for Victims of Human Rights Violations, “Dr. Fernando Ulloa”, dependent on the National Human Rights Secretary, in connection with the implementation of reparation policies in matter of Rights, carried out by the National State, under the premises of Memory, Truth and Justice.

We will develop the different strategies implemented, such as the Derivation and Assistance Network, and the National Plan for the Accompaniment and Assistance of victims, witnesses and complainants in the trials for crimes against humanity. Also, we will describe the contemporary legal framework in reparation matters.

Finally, we will try to promote considerations on the influence that the practice of health workers have on the process of integral reparation of victims of Human Rights violations, based on the notion of their role as State agents.

Key words: Reparation Policies. Human Rights. Health Workers. State Terrorism.

“El psicoanalista, concorde con su ideología, podrá o no aproximar su colaboración directa al campo de los Derechos Humanos, pero si es cabalmente analista, si su práctica no desmiente las propuestas teóricas del psicoanálisis, no podrá dejar de hacer justicia desde la promoción de la verdad como antídoto frente al ocultamiento que anida lo siniestro”.

Ulloa, F. (1986)

Contextualizando

El 24 de marzo de 1976, el golpe de Estado cívico militar instauró una dictadura que institucionalizó desde el Estado las prácticas genocidas que, al menos desde 1974, venían operándose en el país. Esto significó la aplicación de un

plan sistemático y clandestino de persecución, desaparición y exterminio, que sometió a miles de personas al secuestro, la tortura y la muerte, convirtiéndolos en “desaparecidos”. Otros miles poblaron las cárceles, sin causa o con procesos ilegales, y muchos miles más encontraron en el exilio forzado o en el exilio la única forma de supervivencia. Cientos de

niños fueron arrancados de los brazos de sus madres en cautiverio al nacer, viéndose privados de su identidad y su familia.

Las marcas y huellas profundas en la salud psíquica y física de las víctimas del Terrorismo de Estado y de sus familiares que, con el paso del tiempo, se han convertido en secuelas irreversibles, no cesaron con la recuperación de la democracia.

Por otra parte, el Terrorismo de Estado no es solo algo que ocurrió sino algo que *ocurre*, a través de sus consecuencias, en la medida que aquello ocurrido sigue pulsando en lo actual, bajo diversas manifestaciones sintomáticas. En este sentido, desde el doble lugar de profesionales de la salud y representantes de la Secretaría de Derechos Humanos, venimos pensando los modos de incidencias posibles en las políticas públicas vinculadas al sostenimiento de la Memoria, la Verdad y la Justicia.

En el presente trabajo intentaremos realizar un recorrido por los distintos ejes que guían nuestra tarea en el Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, “Dr. Fernando Ulloa”, a fin de transmitir el marco desde el que conceptualizamos las políticas públicas reparatorias, y los modos en los que el ejercicio de la práctica clínica cotidiana de los profesionales de la salud pública puede incidir en el proceso reparatorio.

El Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de los Derechos Humanos “Dr. Fernando Ulloa”

En el marco de las Políticas Reparatorias del Estado Nacional, de **Memoria, Verdad y Justicia**, se creó el Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones a los Derechos Humanos “Dr. Fernando Ulloa” (Res. n° 1207/09), que desarrolla, en el ámbito de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, políticas reparatorias que, yendo más allá de lo pecuniario, abordan la reparación de manera integral, atendiendo a las secuelas en la salud física y psíquica de los sobrevivientes y de todo el colectivo social. Este Centro amplía y consolida la tarea que la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación venía realizando en todo el país a través del Programa “Consecuencias Actuales del Terrorismo de Estado” (CATE) (1), quedando sus objetivos incluidos dentro de las acciones actuales del Centro.

Decreto N° 141

Las funciones del Centro Ulloa

1. Dirigir acciones de asistencia integral a víctimas del Terrorismo de Estado y a víctimas del abuso de poder que hayan sufrido graves situaciones traumáticas que puedan ocasionar menoscabo de sus derechos fundamentales, y/o a sus familiares, entendiéndose por tal la contención psicológica, orientación, asistencia y derivación de los afectados y/o sus familiares en función de las demandas que se detecten. Estas acciones se desarrollan en coordinación y cooperación con las áreas gubernamentales y no gubernamentales pertinentes.
2. Proponer, diseñar, desarrollar y evaluar políticas públicas en relación a situaciones provocadas por el accionar directo de agentes del Estado que, en el ejercicio abusivo de sus funciones, importen graves violaciones a los Derechos Humanos.
3. Articular acciones para la asistencia de víctimas, testigos y querellantes que deban comparecer en juicio, en particular aquellos que se celebran por delitos de lesa humanidad, para lo cual el Centro proveerá asistencia y contención psicológica en las audiencias en los casos que así lo requieran.
4. Contribuir a paliar los efectos de las acciones intimidantes en los testigos y querellantes, a través de la planificación de estrategias y políticas públicas que impliquen abordajes terapéuticos para incidir sobre las diversas sintomatologías que se producen, de modo tal que su contribución a la búsqueda de la justicia no sea victimizante ni impacte en su salud mental y/o física.
5. Implementar estrategias y políticas públicas de abordaje terapéutico para construir y consolidar una red nacional de profesionales de la salud mental que permita efectuar derivaciones a los ámbitos públicos, generando vínculos de confianza con los profesionales para establecer una modalidad de trabajo conjunto y de seguimiento de los casos tratados.
6. Supervisar la realización de las Juntas Médicas requeridas por las leyes reparatorias N° 24.043, N° 25.914 y N° 26.564 para la evaluación de lesiones (ver más adelante).

7. Supervisar la realización de las Juntas Médicas que le sean solicitadas para la evaluación de víctimas de violaciones de Derechos Humanos.
8. Realizar investigaciones, actividades de formación y especialización en la temática destinadas a profesionales de la salud mental, del derecho y de las ciencias sociales.
9. Elaborar informes, material de difusión y publicaciones en materia de su competencia.
10. Crear espacios de debate interdisciplinario en torno a la temática, contribuyendo al análisis y difusión de los efectos producidos por el terrorismo estatal.

En relación con las *violaciones actuales de los Derechos Humanos*, el Centro tiene entre sus objetivos la articulación de recursos y programas existentes tanto en el Estado, como en las ONG's que trabajan en torno a esta temática.

En este sentido, se entiende por *víctimas* a quienes padecen consecuencias psicofísicas debido a situaciones provocadas por el accionar directo de agentes del Estado que, en el ejercicio abusivo de sus funciones, importen graves violaciones a los Derechos Humanos.

En estrecha vinculación con la categoría de víctima, entendemos por *violencia institucional*, aquella que sobrepasa los límites de la violencia legítima y del uso excepcional y limitado de los agentes del Estado, en el marco de un Estado de Derecho, siendo que, en las actuales acciones de violencia observamos las marcas y secuelas del accionar represivo del Estado terrorista.

Programa "Consecuencias actuales del terrorismo de Estado" (CATE)

Uno de los ejes centrales del Centro es continuar con las acciones llevadas a cabo por el Programa CATE, que se centra en la investigación, formación y especialización de distintos profesionales

de la salud, del derecho y de las ciencias sociales para el abordaje de las consecuencias producidas por el Terrorismo de Estado, así como también en la asistencia a víctimas de violaciones de los Derechos Humanos. En tal sentido, este Programa viene trabajando en varias líneas de acción:

- **Asistencia Directa:** Implica el abordaje terapéutico sobre las diversas sintomatologías que se producen en los afectados directos, en sus familiares, como así también en las *víctimas-testigos* (ver conceptualización más adelante) y querellantes en relación con los juicios por delitos de lesa humanidad, a fin de que la búsqueda de la justicia no termine provocando una nueva revictimización.
- **Asistencia en Juicios:** Acciones vinculadas a coordinar estrategias con el Ministerio Público Fiscal, querellantes, Tribunales, y otros actores para la realización de trabajos conjuntos en la asistencia de las víctimas del Terrorismo de Estado.
- **Investigación, docencia y difusión:** Fomentar actividades de investigación, formación y especialización destinadas a profesionales de la salud, del derecho y de las ciencias sociales, para abordar las consecuencias del Terrorismo de Estado y los efectos de la impunidad en las subjetividades y los lazos sociales. Para ello se elaboran informes, material de difusión y publicaciones sobre la temática y se crean espacios de debate interdisciplinario en torno a la temática.
- **Creación y Fortalecimiento de una Red Nacional de Asistencia:** La misma despliega un trabajo dinámico, interdisciplinario, con aquellos profesionales que se comprometen con la política actual en materia de Derechos Humanos, y el abordaje de las víctimas del Terrorismo de Estado. Para ello se desarrollan actividades de intercambio, perfeccionamiento y discusión para el abordaje de las situaciones que se van planteando.

La construcción de una Red Nacional de Asistencia Integral, desde la perspectiva de Derechos Humanos

El Estado terrorista se gestó con un fuerte consenso de gran parte de la sociedad civil, instalando una serie de prácticas basadas en la rotura del lazo social como *modus operandi* de des-articulación simbólica, que arrasó con el tejido de redes vinculares de trabajo comunitario en las instituciones.

Cabe recordar que el plan sistemático de exterminio instalado por el Terrorismo de Estado tuvo, entre sus principales objetivos, las intervenciones sobre las instituciones que sostenían con su labor gran parte del tejido social.

El trabajo en red es una **estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio** entre instituciones y/o personas, que deciden asociarse para el logro de fines comunes.

La *“...forma red da cuenta de un modo de conexión no formalizado ni instituido, de las interacciones no planificadas, de los acontecimientos inesperados, de las erosiones en las arquitecturas formales, de las circulaciones no previstas, de la potencia de la multitud, de la densa trama de relaciones que escapan, se superponen, eluden, burlan, atraviesan el control de los ingenieros sociales de todos los tiempos”* (Dabas, E., et. al., 1995:19).

Desde nuestra concepción, las redes constituyen una herramienta de trabajo, un dispositivo

por el cual podemos articular intervenciones de diferentes áreas o instituciones.

En relación a las personas afectadas de modo directo por el terrorismo estatal, es de nuestro interés pensar estrategias y políticas de abordaje terapéutico que incidan sobre las diversas sintomatologías que aún hoy continúan produciéndose, apuntando al armado y sostenimiento de una red nacional de profesionales de la salud mental que aborden la temática.

Quienes asumimos esta tarea como agentes del Estado nos encontramos en la compleja tarea de propiciar entre sus trabajadores la “memoria incómoda” de la cual tanto pregona-ba Fernando Ulloa (1987). Interpretamos que este concepto debe ser abordado como un compromiso de no olvidar el horror sufrido por la ciudadanía y las instituciones que fueron víctimas y escenario del arrasamiento de la trama social.

Puntualmente nuestro interés se focaliza en replicar el enfoque de la reparación como política pública en todos los recursos del Estado (nacionales, provinciales y mu-

nicipales), incluyendo a los profesionales a fin de que desarrollen una práctica ética, basada en los valores de los Derechos Humanos como un eje central de sus abordajes e intervenciones.

Asimismo, nuestro trabajo se propone develar aquellas consecuencias del Terrorismo de Estado que generaron una impronta en algunas de las prácticas actuales, encontrándose natu-

En estrecha vinculación con la categoría de víctima, entendemos por violencia institucional, aquella que sobrepasa los límites de la violencia legítima y del uso excepcional y limitado de los agentes del Estado, en el marco de un Estado de Derecho, siendo que, en las actuales acciones de violencia observamos las marcas y secuelas del accionar represivo del Estado terrorista..

realizadas como cotidianas. Uno de los propósitos del trabajo de la red es propiciar una reflexión crítica sobre las prácticas y sus marcas, que pueda favorecer su modificación en función de la particularidad de cada escenario en donde deban implementarse.

Para que una red crezca y se fortalezca es indispensable que las personas cuenten con espacios para encontrarse. Con una regularidad definida. Cada persona que integra una red ejerce una función, representa alguna institución y cuenta con diferentes recursos y posibilidades en los procesos de toma de decisiones. Por eso la construcción de una red implica trabajar con heterogeneidades. Heterogeneidades posibles de ser articuladas. Nuestra experiencia nos muestra que si se sostienen espacios a lo largo del tiempo, para recuperar la historia y la memoria de aquello que nos ha sucedido y nos sucede, posibilitan la reflexión y la reinterpretación de las identidades individuales y colectivas.

Las distancias geográficas, que en algunos casos son muy amplias pueden constituirse en un obstáculo. Sin embargo, generan más incertidumbre los diferentes posicionamientos políticos e ideológicos de quienes representan a los gobiernos locales en cada ciudad o provincia. En palabras de Mónica Macha (2008: 30) *“Si la Red logra sostener y fortalecer a quienes hoy están trabajando en soledad, habrá alcanzado parte de sus objetivos”*.

Plan Nacional de Acompañamiento y Asistencia a Testigos y Querellantes, víctimas del terrorismo de Estado

Debido a la reapertura de los juicios por crímenes de lesa humanidad cometidos durante

el Terrorismo de Estado, como consecuencia de la derogación de las leyes de impunidad (2), resulta necesario el desarrollo de estrategias de protección integral de los derechos de las víctimas de estos crímenes en contextos de acceso

a la justicia. En estos procesos, los testigos se han convertido en un elemento probatorio fundamental para el descubrimiento de la verdad de los hechos que se juzgan.

La desaparición del testigo Jorge Julio López en el año 2006, tuvo como efecto la reactualización del terror, tanto

en los afectados directos como en el conjunto de la población. Para articular políticas públicas de asistencia y contención a los afectados, en el marco de las políticas reparatorias del Estado, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación decidió implementar el *Plan Nacional de Acompañamiento y Asistencia a Testigos y Querellantes, víctimas del terrorismo de Estado* (3).

Este Plan Nacional tiene el objetivo de unificar criterios, potenciar esfuerzos y dar mayor eficacia al acompañamiento y protección de testigos y querellantes, quedando dicho Plan bajo las incumbencias del Centro Dr. Fernando Ulloa desde el momento de su creación.

Se pretende de este modo hacer más eficaz el acto jurídico y el accionar de la ley, al mismo tiempo que se procura la no revictimización de los testigos afectados por el terror estatal.

Pensamos que consentir en utilizar la categoría de testigo-víctima para hablar de sujetos que atravesaron o fueron tocados, en cualquiera de sus dimensiones, por la experiencia concentracionaria, peca de convertirse en una rápida y rígida conceptualización que nos limita en cuanto a todo lo que dentro de esa catego-

Para que una red crezca y se fortalezca es indispensable que las personas cuenten con espacios para encontrarse. Con una regularidad definida.

ría encontramos cada vez que escuchamos a un testigo. Proponemos, entonces, redefinir el concepto de testigo víctima, entendiendo que priorizar el primero de los términos por sobre el segundo, implica considerar al sujeto como mero medio de prueba en el proceso penal. Definirlo, en cambio, como *víctima-testigo*, revirtiendo los términos, implica centrar la mirada en el sujeto, quien sufrió los crímenes más horribles (4).

Por otra parte, el **acompañamiento**, por las características complejas de esta situación, brinda contención a los testigos en momentos críticos del proceso, produciendo intervenciones que alivian los efectos dolorosos del mismo. Por lo que resulta necesario y conveniente contar con equipos profesionales que puedan proveer asistencia y contención psicológica en las audiencias para los casos que así lo requieran.

En el marco de la Protección Integral a los testigos, se decidió desarrollar capacitaciones y jornadas de trabajo con los profesionales de la salud, sobre las especificidades que requiere la atención de los testigos, en tanto que han sido víctimas de los delitos cometidos. Se pretende brindar, entonces, instrumentos para la reflexión y la comprensión de la complejidad que esta problemática comporta.

El *profesional acompañante* se presenta como representando a una institución del Estado, proponiéndose como articulador entre relatos del ámbito privado o familiar y el ámbito público. Este tránsito está vinculado al esclarecimiento de la Verdad, la Memoria y la Justicia, rompiendo los efectos de desamparo y soledad que el horror y la ausencia de justicia generan. Habilitar esta articulación es el objetivo de la intervención de los acompañantes. Por otra parte, el acompañamiento convoca también, por las características complejas de esta situación, a brindar contención frente a algunas de las posibles manifestaciones psicológicas que pueden surgir.

Pensamos que en ningún caso se deberá psicopatologizar a los testigos, ni hablar de descompensaciones, siendo éste un término muy usado en el ámbito jurídico, pero que tiene fuertes incidencias psiquiátricas (5).

En síntesis, el Plan consiste en brindar acompañamiento a las *víctimas-testigos*, coordinar acciones, implementar una perspectiva integral psico-jurídica a nivel nacional, y dar seguimiento a los casos para una mejor evaluación de las respuestas ofrecidas en cada situación puntual.

El propósito fundamental es, entonces, resguardar no solo el valor de prueba de los testimonios, sino sobre todo su valor social en cuanto aporte a la construcción de la memoria colectiva y de la historia de nuestro país, transmisible a la ciudadanía en su conjunto en tanto política pública reparatoria del Estado Nacional.

¿Qué significa testimoniar?

A partir de la experiencia de acompañamiento a las *víctimas-testigos* en los juicios por delitos de lesa humanidad, desde el Centro Ulloa entendemos que dar testimonio no es solo volver a contar, es revivir, reactualizar, re-editar una situación extremadamente traumática que vuelve a afectar al testigo.

Debemos saber que la situación de testimonio pone en marcha un trabajo de historización del sujeto, que al presentarse a dar testimonio de su condición de víctima del Terrorismo de Estado volverá a enfrentarse con estos episodios traumáticos.

En los procesos de decisión que se abren para afrontar el acto del testimonio, detectamos que en muchos casos se provocan situaciones que desestabilizan la estructura familiar de quien testimonia, donde además retornan el terror y la parálisis. Pensamos que la instalación de un lugar “tercero”, de un marco legal aportado por el Estado, este Estado reparator, no solo pone coto a la decisión en soledad, sino que además aporta un marco simbólico sobre

el cual otorgar un sentido diferente a ese testimonio. El efecto de la protección institucional, justamente allí donde se habían arrasado todas las protecciones y violado todos los derechos. Insistimos en armar dispositivos que contemplen la particularidad de cada caso, la especificidad, porque no podemos anticipar los efectos de hablar en un dispositivo testimonial. El pasaje del relato particular y privado al ámbito público, genera en la subjetividad del afectado un primer movimiento reparatorio, en tanto posibilita el reconocimiento social y jurídico de su condición de afectado por violaciones a los Derechos Humanos.

Como explica Fabiana Rousseaux (2008) hay un campo de intersección entre el sujeto del testimonio y el sujeto que habla. Esta articulación podemos pensarla entre el discurso jurídico y el testimonio como terreno ético. Por lo tanto podemos plantear que entran en juego dos modos de legalidad: la legalidad jurídica y la del sujeto que habla, donde se manifiestan al menos dos modos de recordar:

- 1) Relatar los hechos con objetividad ante el juez, y
- 2) Contar lo vivido y encontrarse con sus respectivas consecuencias.

El discurso jurídico, fuertemente instalado y legitimado desde el ideal de igualdad, abre la dimensión de un supuesto sujeto de derecho, que al describir los hechos en un proceso judicial y en su calidad de testigo que relata, debe ejercer el plano de lo demostrable, lo probatorio, sin entrar en detalles que puedan confundir o correr el eje de la lógica que el ámbito jurídico quiere consolidar.

Desde el punto de vista del Sujeto que habla, veremos que al testimoniar, la verdad en la cual se apoya para poder realizar un relato de lo vivido por él, y ningún otro, no es la misma verdad que se persigue en el ámbito jurídico. Siempre existe una divergencia en este sentido. Divergencia necesaria, porque lo que se pone en jue-

go al hablar y volver a transitar por el horror de lo vivido toca una memoria corporal, una memoria compleja que tiene efectos en el cuerpo. La reiteración mecánica del aparato judicial deja por fuera al sujeto que testimonia.

Desde la Secretaría de Derechos Humanos planteamos que “acompañar” es una función fundamental en las políticas públicas reparatorias de Estado, ya que colabora en habilitar un espacio de confiabilidad para que el testigo produzca ese acto de palabra, en relación a la Memoria, la Verdad y la Justicia.

Leyes⁶ y políticas reparatorias

Las leyes reparatorias son promulgadas en el marco de una situación sostenida de impunidad respecto de las víctimas del Terrorismo de Estado, ya que, como se mencionó anteriormente, luego del Juicio a las Juntas en 1985, surgieron una serie de leyes que cercenaron la posibilidad de acceder a la justicia. Las acciones promovidas por algunos familiares, incluso ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), dieron como resultado condenas al Estado argentino a reparar las graves violaciones denunciadas, por lo cual Argentina fue condenada a reparar integralmente (no solo económicamente) el *daño* ocasionado por el Estado terrorista. En este contexto se promulgan las primeras leyes que reparan, en primera instancia, en el marco pecuniario.

Tanto la Ley 24.043 como la Ley 25.914, contemplan un “*incremento en el beneficio*” para quienes hubieran muerto durante el cautiverio o hubiesen sufrido *lesiones graves o gravísimas*, según la clasificación que hace el Código Penal. El decreto reglamentario de la Ley 24.043 (7) requiere que se mida el daño ocasionado por la experiencia concentracionaria vivida, conforme a los artículos 90 y 91 del Código Penal. Cabe aclarar que estos artículos han sido creados a los fines

de tipificar la pena de un delito y no para medir gravedad de lesiones. Sumado a esto, como profesionales de la salud sabemos de lo dificultoso que resulta la mensura de estas secuelas a 35 años de ocurridos los hechos.

Es necesario establecer que las personas que padecieron de forma directa delitos de lesa humanidad, que implicaron una violación masiva y sistemática de sus Derechos Humanos, han sufrido actos crueles que se caracterizan por agravar la esencia del ser humano afectando su dignidad. Las situaciones de extrema y sostenida violencia que comportan los secuestros, los cautiverios, tanto en cárceles como en centros clandestinos de detención y exterminio, la tortura física y psíquica, los tratos crueles, inhumanos y degradantes, y demás vejaciones, constituyen actos que provocan efectos traumáticos y devastadores, que no pueden mensurarse por tratarse de un daño integral, ya que afecta todos los aspectos estructurales de la vida, y por tanto deben ser considerados en su verdadera magnitud para establecer las medidas reparatorias más apropiadas. Dado que la dimensión del daño subjetivo es intangible e inconmensurable, todas las formas de reparación que contenga el proceso, tendrán efectos simbólicos y estos solo se producirán si se logra sostener en todo momento la dignidad de las víctimas, contemplando que las secuelas de dichos daños pueden reactualizarse en distintos momentos y circunstancias de la vida.

Es necesario establecer que las personas que padecieron de forma directa delitos de lesa humanidad, que implicaron una violación masiva y sistemática de sus Derechos Humanos, han sufrido actos crueles que se caracterizan por agravar la esencia del ser humano afectando su dignidad.

La desaparición forzada de personas, como ningún otro delito, implicó la abolición de la condición humana al afectar derechos fundamentales como la libertad, la integridad, la identidad, en tanto las víctimas quedaron reducidas a la pura condición de objetos, despojadas inclusive de sus nombres.

Asimismo, y tal como establece la sentencia de la Causa 13/84, conocida como “Juicio a las Juntas” (1985):

“...a las situaciones antes mencionadas, debe sumársele un sentimiento de pánico permanente, cuya magnitud no es fácil de comprender ni siquiera imaginar, pero que constituye en sí mismo un horroroso tormento que perdura más allá de la temporalidad real de los hechos

concretos, y configura un dolor psíquico, muy difícil de disipar, y de posible transmisión a los herederos de quienes padecen estas secuelas”.

A los efectos traumáticos de dichas situaciones, debe sumarse la afectación persistente derivada de un proceso de victimización, en tanto los delitos que las constituyen han sido evadidos durante muchos años del accionar de la Justicia en un contexto de impunidad. Dicho contexto generó

condiciones de persistencia del dolor psíquico, de vulnerabilidad, de desamparo y revictimización, que podría definirse como *tortura psíquica de carácter permanente*.

En este contexto de contradicción, entre el texto de las leyes reparatorias vigentes que exige la valoración y medición de la gravedad del daño, y la especificidad de estos “traumas” por delitos

de lesa humanidad descripta, surge la necesidad de ampliar el concepto de daño y realizar un aporte en el campo de las políticas reparatorias del Estado como concepto más abarcativo de la reparación económica, instituida por el marco jurídico. En este caso, al tratarse de las consecuencias que provocan los delitos de lesa humanidad en la subjetividad de las víctimas y de la sociedad en su conjunto, es imposible establecer una medida de ese daño. Por eso consideramos que extender el significado de este concepto, sería un interesante aporte hacia una concepción más integral de los Derechos Humanos.

Debemos ser conscientes que no pueden resultarnos ajenas las obligaciones asumidas por el propio Estado para reparar los daños incommensurables causados, sin perjuicio de la sujeción a las obligaciones conocidas y respetadas cotidianamente. En este sentido, y de conformidad a los compromisos internacionalmente asumidos (8), el Estado tiene la obligación de reparar, en el sentido otorgado por la Corte Internacional de Derechos Humanos de acuerdo a los principios fundamentales de derecho internacional contemporáneo (9). Según estos principios la reparación “consiste en la plena restitución: restablecimiento de la situación anterior y reparación de

las consecuencias que la violación produjo, y el pago de una indemnización (...)” (Res. 2005/35 ONU, 2005). En este sentido destacamos el lugar que le ha sido otorgado a esta conjunción por la doctrina, entendiendo que “la indemnización es apenas una forma de reparación” (Gordillo, 1999:10).

En la medida en que el Estado reconoce el valor de la palabra de los sobrevivientes, dignificándola, abre la brecha que distancia “lo reparatorio” de la dimensión meramente indemnizatoria. La traducción monetaria del daño causado no basta para aludir al sentido de lo reparatorio si no va acompañado de acciones tendientes a *subjetivar el daño*.

Conclusión

¿Por qué el rol de un trabajador de la salud puede tener efectos reparatorios?

Pensamos que en el marco de las políticas reparatorias del Estado, el mismo debe introducir, el verdadero sentido de lo afectado o dañado, así como la verdadera dimensión de lo que debe reparar. a fin de poder aplicar medidas efectivas y acordes a la magnitud de los daños causados.

La instauración del régimen de terror dictatorial ha comprometido la responsabilidad del Estado, lo cual exige, por parte de este último, el deber de reparar *integralmente* los daños ocasionados a la sociedad en general, y a las víctimas en particular.

Una *reparación integral* implica, no solo el resarcimiento pecuniario de cada situación individual, sino que, sobre todo, aspectos tendien-

tes al alojamiento y reconocimiento de lo acontecido y sus consecuencias, en el contexto de las políticas de Memoria, Verdad y Justicia.

Justamente a partir de estas políticas, y habiendo mencionado aquellos efectos que también en las instituciones el Terrorismo de Estado

Proponemos que las políticas de un Estado reparator, deben ser llevadas adelante en las instituciones públicas, como parte del reconocimiento necesario de la problemática, tendiendo a su visibilización y a su incorporación en la trama de reconstrucción histórica.

provocó, deseamos situar la importancia del posicionamiento de los trabajadores de la salud en las mismas. En este sentido, se vuelve imperativo recordar que el trabajador de la salud de una institución pública es un agente y representante del Estado, teniendo por tanto un rol sustancial en el cumplimiento de las políticas estatales.

Proponemos que las políticas de un Estado reparador, deben ser llevadas adelante en las instituciones públicas, como parte del reconocimiento necesario de la problemática, tendiendo a su visibilización y a su incorporación en la trama de reconstrucción histórica. En este contexto, el rol del trabajador de la salud se vuelve fundamental en el proceso reparatorio, dado que su intervención, al tiempo que atiende a la singularidad y la salud de la persona, permite la incorporación de una dimensión histórico-social ineludible en una verdadera reparación integral.

Notas

1. Programa CATE: fue creado el 11/11/09, a través de Resolución Ministerial 1207/09.
2. Leyes de impunidad: “Punto Final” del año 1986 y “Obediencia Debida” del año 1987. Los decretos de Indulto a los genocidas juzgados en el “Juicio a las Juntas Militares” en 1985 datan de los años 1989 y 1990 respectivamente.
3. Resolución SDH N° 003/07, del 19/1/2007.
4. El concepto de *víctima-testigo* surge como tal en el proceso de elaboración del “Protocolo de intervención para el tratamiento de víctimas-testigo en el marco de procesos judiciales”, que será presentado públicamente en los próximos meses. La Secretaría de Derechos Humanos, consciente de su responsabilidad como órgano estatal con competencia primaria en la materia, comenzó tempranamente a trabajar en la asistencia de las víctimas-testigos, basándose en las experiencias acumuladas por los organismos de Derechos Humanos que desde hace años colaboraron con las víctimas del genocidio. Esta experiencia llevó a interactuar con otros actores, fundamentalmente los operadores jurídicos encargados de la marcha de los procesos. Este trabajo conjunto, desarrolla-

do en más de cinco años de labor constante, llevó al Centro Ulloa a la elaboración de dicho Protocolo, con el valioso consejo y colaboración del Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N°12, a cargo del Dr. Sergio Gabriel Torres.

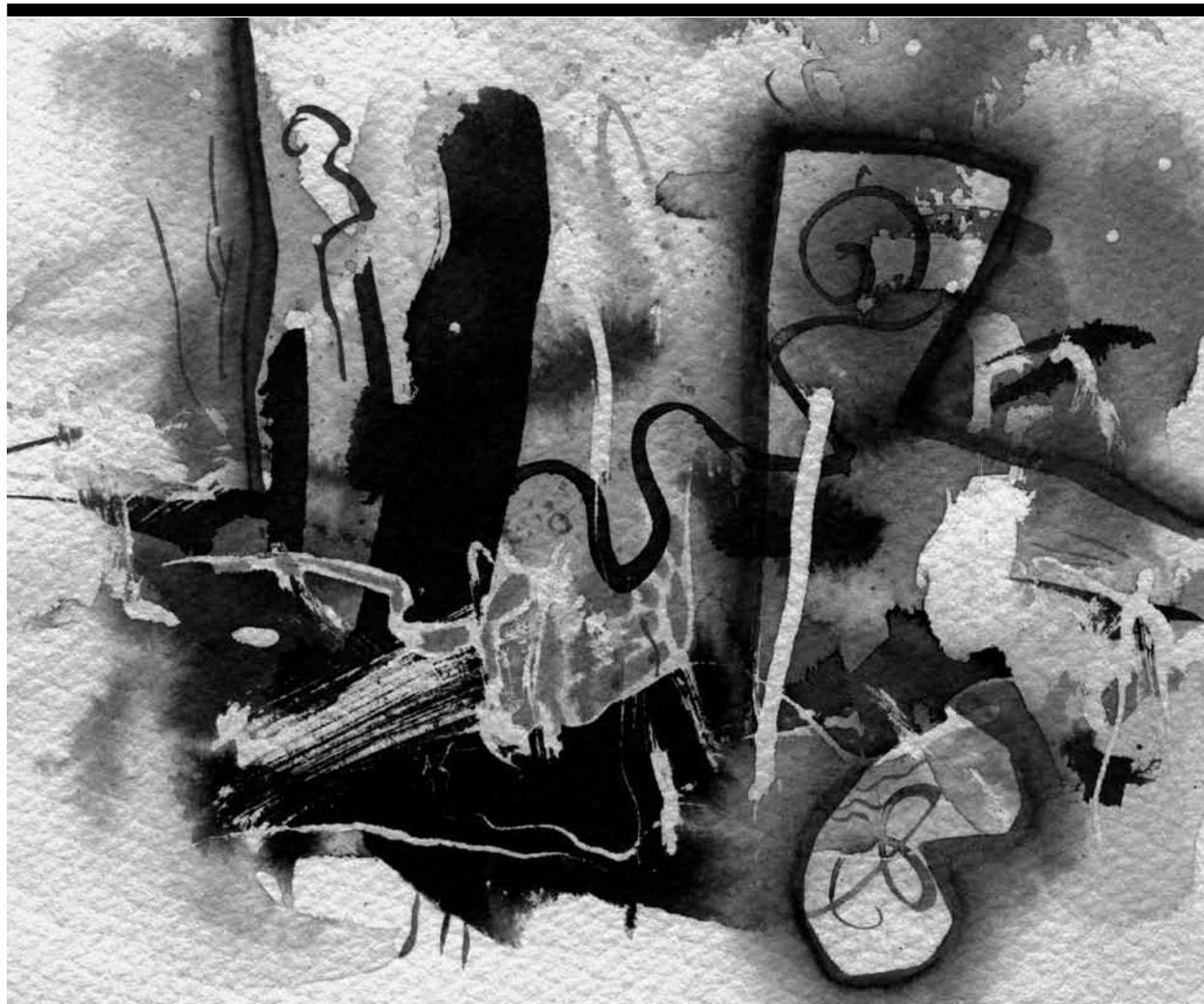
5. La política reparatoria cobra influencia en el espacio social, porque sostener, difundir y transmitir la memoria, así como analizar los diversos impactos generacionales producidos a partir de estos hechos, complejiza la concepción histórica de reparación de daños, tratándose de hechos imposibles de ser dimensionados. El *daño psíquico* es una categoría propia del campo jurídico que intenta establecer una referencia para medir la magnitud de lo ocasionado en un sujeto, traduciéndolo en “cantidad” de daño provocado. Desde el campo de la psicología sabemos que ese daño no es cuantificable ni anticipable; no se trataría entonces de imponer a las consecuencias del Terrorismo de Estado una lectura nosológica, que denote una categoría clínica per se, lo cual significaría reforzar la condición de víctimas, que empuja a un lugar paralizante y sin salida. Sin embargo trabajamos en la intersección de discursos que se tocan, y donde el reconocimiento de la categoría jurídica de “víctima” se convierte en el instrumento legal a través del cual el Estado se responsabiliza por las acciones cometidas contra esa persona.
6. La **Ley 24.043** fue la primera de estas leyes reparatorias, sancionada en 1991. Prevé una *reparación patrimonial* para las personas que estuvieron *detenidas* a disposición del Poder Ejecutivo Nacional (PEN), o hubieran sido privadas de su libertad por actos emanados de tribunales militares *con o sin sentencia condenatoria*, dentro del periodo que va desde la declaración del Estado de Sitio el 6 de noviembre de 1974 hasta el cese del mismo el 10 de diciembre de 1983. Esta ley tuvo una ampliación en noviembre del 2009 (**Ley 26.564**) que amplía el *beneficio* a las víctimas de causas federales (Ley 20840) y extiende el plazo hacia atrás hasta el 16 de junio de 1955, siempre que se identifique el accionar represivo del Estado. Poco tiempo después, se sanciona la **Ley 24.321** que crea la figura de “ausente por desaparición forzada”, que instauró esa figura legal dando entidad jurídica a las personas desaparecidas. Posteriormente, mediante la sanción de la **Ley 24.411**, se estableció un beneficio económico para los causahabientes de personas desaparecidas o asesinadas

- como consecuencia del accionar represivo de Estado, con anterioridad al 10 de diciembre de 1983. En el año 2004, se promulga la **Ley 25.914** que establece *beneficios* para las personas que hubiesen nacido durante la privación de la libertad de sus madres, o que siendo menores hubiesen permanecido detenidos en relación a sus padres, siempre que cualquiera de estos hubiese estado detenido y/o desaparecido por razones políticas, ya sea a disposición del PEN y/o tribunales militares; y para aquellos que por alguna de esas circunstancias hayan sido víctimas de sustitución de identidad. Debido a lo restrictivo del texto de la ley en un principio, que solo contempla la detención en centros clandestinos, prisión federal o militar, su lectura más amplia está incluyendo a los menores detenidos incluso en los operativos de calles o en el hogar de los que resultaron víctimas de la detención de sus padres.
7. Decreto 1023/92. Reglamentación de la Ley N° 24.043, Bs. As., 24/6/92. La Ley 25.914 aún no ha sido reglamentada, por lo cual se rige con los mismos requisitos probatorios que la reglamentación de la Ley 24.043.
 8. Artículo 63.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos, instrumento que goza de jerarquía constitucional de conformidad al artículo 75, inciso 22 de nuestra Carta Magna.
 9. Ver “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones de las normas internacionales de derechos humanos y del derecho internacional humanitario”. Resolución 2005/35 de la ONU sobre tratamiento de víctimas de violaciones de DDHH.

Referencias bibliográficas

- Causa 13/84, *Juicio a las Juntas Militares*.
- *Constitución Nacional de la República Argentina*.
- Dabas, E., Najmanovich, D. (1995). *Una, Dos, muchas redes: Itinerarios y afluentes del pensamiento y abordaje en redes*. Recuperado de: http://www.fts.uner.edu.ar/area_ts/lecturas/redes_dabas_najmanovich.pdf
- Decreto Presidencial N° 141, del 9/2/2011, Creación del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos, “Dr. Fernando Ulloa”.
- Duhalde, E. L., et. al. (2010). *Acompañamiento a testigos en los juicios contra el Terrorismo de Estado. Estrategias de intervención*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Duhalde, E. L., et. al. (2009). *Acompañamiento a testigos en los juicios contra el Terrorismo de Estado. Primeras experiencias*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Duhalde, E. L., et. al. (2006). *Consecuencias actuales del terrorismo de Estado en la salud mental*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Gordillo, A. (1999). *Derechos Humanos*. Buenos Aires: FDA.
- Ley 24043 (1991). *Beneficios otorgados a personas puestas a disposición del Poder Ejecutivo Nacional durante el Estado de sitio*. Reglamentado por Decreto Nacional 1.023/92.
- Ley 24321 (1994). *Desaparición forzada de personas*.
- Ley 24411 (1994). *Ausencia por desaparición forzada*. Reglamentado por Decreto Nacional 403/95.
- Ley 25914 (2004). (B.O. 30-08-2004).
- Ley 26564 (2009). *Ampliatoria y complementaria sobre beneficio por Desaparición Forzada de Personas*.
- Macha, M. (2010). *Hacia la construcción de una Red Nacional de Acompañamiento y Asistencia a Querrelantes y Testigos víctimas del Terrorismo de Estado*. En *Acompañamiento a testigos en los juicios contra el Terrorismo de Estado. Estrategias de intervención*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Martínez, V. comp. (1987). *Terrorismo de Estado. Efectos Psicológicos en los niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- OEA. *Convención Americana de Derechos Humanos*.
- ONU (2005). *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*. (Resolución 2005/35)
- Resolución Ministerial N° 1207/09, creación del Programa de Consecuencias Actuales del Terrorismo de Estado.
- Ulloa, F. (1986). *La Ética del analista ante lo siniestro*. *Revista Territorios*. N° 2.

Sección Debates



En el campo de la salud mental, una serie de acontecimientos acaecidos entre fines del 2010 y agosto del presente año nos posibilitan mirar con esperanza los cambios que venimos reclamando en el sistema de atención a la salud mental. Estos acontecimientos instalan una nueva manera de concebir y de operar en este campo.

Conocida es nuestra posición en relación a la manicomialización y a la institucionalización que producen las instituciones monovalentes psiquiátricas en las personas internadas. La des-subjetivación, la cronificación de los males y las condiciones cotidianas de un vivir no digno, alejan a estas instituciones de cualquier palabra que pueda acercarse a la idea de salud. Incluso esa siniestra fortaleza manicomial ha

impedido la visualización y el crecimiento de emprendimientos muy valiosos que dentro de algunos servicios o paralelos a ellos se han desarrollado en esas instituciones.

Creemos que los tres acontecimientos que vamos a presentar en esta sección: la creación de la Dirección de Salud Mental y Adicciones, la Ley Nacional de Salud Mental y la conformación de la Unidad de Letrados, que se desprende del art.22 de la nueva Ley Nacional son producto de una lucha histórica en este campo realizada por diversos actores sociales. Su conjunción y la tarea puesta en marcha, con gestiones comprometidas con el ideario de la salud mental comunitaria, nos permiten constatar que un nuevo panorama se abre en la atención de la salud mental.

Entrevista realizada al Lic. Yago Di Nella, Director de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones



*Entrevistadores: María Teresa Lodieu y Leandro Luciani Conde.
18 de agosto de 2011.*

*(Con posterioridad a la fecha de la entrevista y del proceso de edición
hubo un cambio de autoridades en la Dirección).*

► *Salud Mental y Comunidad: ¿Cuáles son las propuestas de la Dirección de Salud Mental y Adicciones?*

Yago Di Nella: Bueno, es una pregunta muy amplia esa. Nuestra propuesta tiene que ver con desarrollar una política de inclusión sanitaria de las personas que tienen padecimientos mentales o adictivos. En principio esa propuesta no es nuestra porque sea un antojo de la política nuestra como funcionarios sino que tiene que ver con lo que plantea la normativa. Toda la normativa nacional se apoya en normativa internacional que plantea que la atención de las personas con problemáticas de salud en general deben ser atendidas con base en la comunidad y cada vez más se institucionaliza una forma de trato que tiene que ver con sostener a las personas en su núcleo de vida comunitaria. Entonces, el concepto de inclusión es un concepto que se ha vuelto una política de estado en los últi-

mos ocho años y sumado a eso las políticas vinculadas a la restitución de derechos de aquellos que han pasado por una situación de vulnerabilidad, es decir, que han sido vulnerados en sus derechos, digo esto porque los dos parámetros: el de inclusión y el enfoque de derecho han sido los dos principios constitutivos de nuestra política como ejes filosóficos. Luego, en lo que respecta a las políticas en sí, a las estrategias y a la planificación de proyectos y programas, ahí nosotros hacemos eje en estos temas pero van tomando distinto distintos tamices, distinto cariz, de acuerdo a como se va organizando cada tema en particular. Es decir, la Dirección Nacional en este momento tiene cinco programas: 1) un programa vinculado a la prevención del alcohol que está aprobado por resolución ministerial; 2) un programa de trastornos mentales severos -que así se llamaba incluso antes de que surgiera la ley-, que es un programa creado por resolución ministerial y destinado específica-

mente a la inclusión socio sanitaria de personas con padecimientos mentales severos. 3) Un tercer programa fuerte, muy fuerte, que es una ley nacional, La Ley de Atención Primaria de la Salud Mental que fue aprobada en 2001 y la pusimos nosotros en vigencia a partir de la creación de la Dirección recién en el 2010...

► **SMyC: ¿Qué posibilita esta ley?**

Yago Di Nella: Esta ley está en proceso de reglamentarse, nosotros presentamos una propuesta de reglamentación que está circulando por la vía administrativa del Ministerio para luego poder pasar a la esfera de la Presidencia de la Nación. Esta ley articula un programa que ha sido creado por esta por esta ley que detallo luego. 4) El cuarto programa que trabaja los aspectos vinculados a justicia, salud mental y derechos humanos, y consta básicamente dos unidades de trabajo, una unidad de trabajo que se está encargando de todo lo que refiere a la capacidad jurídica de las personas en el marco de la nueva Ley Nacional de Salud Mental y de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. La tarea de este equipo en particular, es evaluar personas que a criterio del poder judicial requieren una re-evaluación en su capacidad jurídica, que son insanas o inhabilitadas o a quienes se les ha iniciado juicio, y en este punto nuestro equipo realiza una evaluación interdisciplinaria que se le entrega al poder judicial. Esto tiene que ver también con que hay dificultades dentro del poder judicial para constituir equipos de evaluación entonces, le solicita a la autoridad de aplicación – que somos nosotros – una evaluación de este tipo. Y otro subequipo, que está trabajando también en este programa de justicia y salud mental, es un equipo que hace fiscalización de tratamientos. Ahí a nosotros por indicación de la Defensoría General de la Nación o de los juzgados intervinientes en distintas causas nos piden una evaluación sobre si el tratamiento está bien indicado, si requiere o no internación la persona, si se le ha prestado Consentimiento Informado, y en fin, lo que aquí nos piden es fiscalizar si se cumple la ley para con esos casos; esto es otro programa, el

de justicia. 5) Y después hay un quinto programa que acaba de aprobarse hace poco menos de un mes que se llama PRISMA, Programa de Salud Mental Argentina, programa interministerial que trabaja lo que respecta a la atención de personas con padecimientos mentales pero que pasan por un proceso penal ya sea un proceso o una sentencia de inimputabilidad o un proceso penal pero que la persona tiene un trastorno mental severo también.

► **SMyC: ¿Qué significa PRISMA?**

Yago Di Nella: PRISMA es la sigla, es Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Y los ministerios que participan son el Ministerio de Justicia y de Derechos Humanos y el Ministerio de Salud. Nosotros estamos a cargo de ese programa y lo que estamos haciendo es atender en el marco del Sistema Penitenciario Federal a las personas con trastornos mentales severos o con régimen vinculado, o sea que tienen una causa por inimputabilidad, ya sea que esté en proceso o ya con sentencia. Este programa acaba de crearse y es realmente revolucionario, ningún país en nuestra región cuenta hoy con un programa interministerial para atender estos casos, que en general han sufrido –como ocurrió en nuestro país– dos tipos de procesos: o se penitencializaba la atención de personas con padecimiento mental, inimputables, o se psiquiatrizaba la atención de los presos. Antes teníamos psiquiátricos con una unidad penal o cárceles con una unidad psiquiátrica adentro, como era en el Borda una unidad psiquiátrica penal, la Unidad 20, que ha sido desarmada, o la Unidad 27 del Moyano para el caso de las mujeres; o teníamos el proceso inverso que era un psiquiátrico adentro de la cárcel, Colón de Santa Fe. Y éste es un tercer dispositivo...

► **SMyC: ¿Con qué características?**

Yago Di Nella: Y es un tercer dispositivo que está constituido por casas que tienen una seguridad perimetral pero adentro de ese perímetro es una institución sanitaria. Y está por fuera de estos dos ejes: ni está dentro de una cárcel, ni está dentro de un psiquiátrico.

► **SMyC: ¿Cómo fue que se reconvirtió el recurso humano que estaba en una Unidad 20 o en el caso en la Unidad del Moyano?**

Yago Di Nella: En el caso de la Unidad 20, los integrantes están recibiendo un proceso de capacitación y de re-asignación de funciones y además incorporamos personal sanitario del Ministerio de Salud. Para que realmente también el equipo sea un programa interministerial, no solo en la formulación del proyecto. Esto ustedes lo pueden bajar por internet y mirarlo, tiene una resolución conjunta y el programa es un programa escrito con sus componentes y demás, es la Resolución 1075 del 2011. Resolución Ministerial. Pero este es un programa, para nosotros muy importante por lo que implica que es realmente un salto cualitativo revolucionario respecto de cómo históricamente se atendió a los inimputables, que en general era un pabellón dentro de un penal o un pabellón con seguridad dentro de un psiquiátrico pero no una tercera cosa, digamos así, un dispositivo que atendiera la especificidad de esa situación, que es éste el objetivo.

Una actividad que me interesa plantear que para nosotros es muy relevante y que desde la Dirección intentamos intervenir, desde un enfoque promocional, en todas las propuestas sanitarias del Ministerio de Salud, incorporando el componente mental. Es decir que nosotros tenemos un desarrollo de actividades en la cual la Dirección de Salud Mental se suma a las po-

líticas sanitarias tradicionales, incorporando el componente mental. Esto lo hacemos tanto desde el Programa de Atención Primaria de la Salud Mental como desde una unidad de trabajo, un equipo de trabajo que hace promoción de la salud mental específicamente y que tiene un expediente de creación de programas, esto está como en trámite. Desde estos dos lugares estamos trabajando fuertemente para que cada unidad del programa del Ministerio de Salud incluya el componente mental; a esto le llamamos inclusión sanitaria del componente mental.

Bueno, estos serían como los cinco grandes programas de la dirección y todos ellos tienen

estos dos ejes centrales que comenté antes sobre el enfoque de derechos y el eje de inclusión. Hay un tercer eje que me interesa plantear y que también atraviesa todos estos programas y es el de intersectorialidad, si nosotros analizamos cada uno de estos programas van a encontrar que están incluidos en ellos desde su propia escritura hasta su ejecución concreta otros ministerios, otras oficinas, otros dispositivos. El Programa de Justicia incluye acciones con el INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo), con la Secretaría de Derechos Humanos; el Programa de Alcohol incluye trabajo con el Ministerio de Desarrollo Social y con el Ministerio de Trabajo, etc.; el Programa de Atención Primaria de la Salud también es con el Ministerio de Desarrollo Social, con el Minis-

Tenemos un desarrollo de actividades en el cual la Dirección de Salud Mental se suma a las políticas sanitarias tradicionales, incorporando el componente mental. Esto lo hacemos tanto desde el Programa de Atención Primaria de la Salud Mental como desde una unidad de trabajo, un equipo de trabajo que hace promoción de la salud mental específicamente.

terios de Justicia incluye acciones con el INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo), con la Secretaría de Derechos Humanos; el Programa de Alcohol incluye trabajo con el Ministerio de Desarrollo Social y con el Ministerio de Trabajo, etc.; el Programa de Atención Primaria de la Salud también es con el Ministerio de Desarrollo Social, con el Minis-

terio de Trabajo a través de los Centros de Integración Comunitaria (CIC) y toda esta estrategia de desarrollo territorial de atención. Y así van a encontrar que cada una de nuestras acciones tiene en concreto este perfil netamente intersectorial que es el tercer eje de gestión.

► **SMyC:** *¿Estas propuestas se basaron en algún tipo de diagnóstico?*

Yago Di Nella: Algunos de estos programas ya existían, lo que nosotros le dimos es otra entidad. Por ejemplo, la Ley de Atención Primaria de la Salud Mental era pre-existente, lo que hicimos nosotros fue implementarla simplemente y no se requirió ahí hacer demasiada modificación; lo que no había es voluntad para implementarla, cuando digo voluntad no me refiero a una persona en particular sino que no estaba instituido como tal. Y el Programa “Alcohol No” estaba en trámite y se aprobó durante nuestra gestión; el Programa de Justicia ya había acciones previas, la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos ya existe del 2005, y lo que nosotros en todo caso hicimos fue agregar acciones concretas vinculadas a fiscalización y a evaluación de capacidad jurídica, además de las acciones de la Mesa Federal. Y así podríamos decir, en cada uno de estos programas lo que les dimos fue un impulso, un impulso fuerte en este sentido. El Programa, por ejemplo, de Trastornos Mentales Severos realizó una convocatoria nacional para presentar proyectos; todas las provincias estuvieron habilitadas para presentar proyectos para crear servicios de salud mental basadas en la comunidad. Se presentaron 20 provincias de las 24 y presentaron proyectos para la creación de: centros de día; casas de medio camino; dispositivos móviles para atención ambulatoria; servicios en hospital general; proyectos de atención domiciliaria; becas de externación, todo un abanico de dispositivos vinculados al sostenimiento de las personas en

la vida comunitaria. Esta convocatoria destinada a trastornos mentales severos, la verdad que tiene que ver con iniciativas que nosotros hemos visto en otras épocas de como a pulmón, las provincias y los municipios, sostenían, creaban, impulsaban proyectos y no tenían un apoyo fuerte nacional. Bueno, esa visualización previa sí hizo que nuestro equipo gestara y luego impulsara y diseñara toda una propuesta vinculada a que las provincias recibieran apoyos concretos financieros y apoyo técnico también por supuesto, para proyectos de este tipo, sabemos que a efectos de la implementación de la Ley Nacional es una cuestión sustancial: si no hay dispositivos, si no hay servicios, la ley es imposible de ser implementada.

► **SMyC:** *Tanto la Ley Nacional como la Dirección Nacional plantean una acción claramente basada en derechos, entonces, ¿cuáles serían los obstáculos o las dificultades que se fueron encontrando en la gestión o para una política que en el campo sanitario instala una lógica, que es la de derechos humanos, que no era la existente?. ¿Qué fue pasando con ese enfoque?*

Yago Di Nella: Sí, está muy bien la pregunta. El enfoque de derechos tiene una buena prensa en los discursos y una mala prensa en la implementación digámoslo así. Entonces el desafío que nosotros teníamos por delante era mostrar que el enfoque de derechos es implementable y que además implica un salto cualitativo de ganancia respecto de las formas de atención de las personas con padecimiento mental. Ese era el desafío que teníamos y estas iniciativas que comenté antes como la convocatoria nacional a proyectos, como la creación de centros de atención primaria a través de los CIC, como la creación de dispositivos para la prevención del alcohol, etc., todos estos dispositivos vienen a poner en concreto ese enfoque de derechos. Es decir, que no se trata simplemente de una filo-

sofía sino de una visión que tiene una filosofía pero que se vuelve concreta, que se concretiza en dispositivos palpables vigentes y que se pueden poner en funcionamiento. Porque siempre la crítica que recibe el enfoque de derechos es que es una utopía.

► **SMyC: ¿Surgieron resistencias de actores sociales, profesionales, corporativos?**

Yago Di Nella: Y sí, por supuesto. Porque nosotros tenemos una tradición en el campo de la salud mental de la eliminación del carácter de sujeto de derechos de la persona con padecimiento. Y es así como se enseña en la universidad, se trasmite en el campo de las residencias y así podríamos seguir. Es decir, tenemos una cultura de la eliminación del sujeto de derechos en tanto es ubicado en el lugar de paciente. Entonces, con el reduccionismo que implica como único rol posible, el rol de paciente, como único rol de la persona con padecimiento. Entonces efectivamente sí, claro que hay resistencia. También es cierto que las resistencias son cada vez menores, esto es cierto, porque va ganando fuerza el enfoque de derechos en la medida en que se demuestra su capacidad operativa. Pero el esfuerzo por lograr esto es capacidad operativa y es en donde estamos concentrados.

► **SMyC: Está complicado pensar que en tan poco tiempo puedan implementar estas propuestas**

Yago Di Nella: Sí, estamos hablando de un año... Nosotros hicimos en este año una progresión de la cama psiquiátrica en Argentina, que es un indicador –no es más que eso– pero es un indicador importante, y nos hemos encontrado con una sorpresa y es que este año de trabajo, de 10.500 camas que había a mayo del 2010 a mayo del 2011 había 8.900. O sea que se produjo una reducción de 1.600 camas, en el sistema público, todo esto es el sistema públi-

co. Una pregunta que nos hacían es: ¿Y a donde fueron a parar estas 1.600 personas? Porque no alcanza esto para fundamentar que se trata de un enfoque de derechos, no. Con otro enfoque, un enfoque de reducción de gasto, también actuó así el estado de Nueva York o el gobierno de Margaret Thatcher, simplemente tirando las personas a la calle. Entonces lo que hicimos fue complementar este estudio con otro estudio sobre la creación de camas en la comunidad, es decir hogares, casas de medio camino, centros de residencia, de pensiones, etc., y nos encontramos con que casi se duplicó la cantidad de camas en ese mismo periodo. Y luego entonces fuimos a ver qué ocurría en los hospitales generales y nos encontramos con que las camas en hospitales generales en un año subieron cerca de un 40%. Esto sí empieza a explicar por qué baja la cama psiquiátrica monovalente, baja la cama psiquiátrica porque empieza a haber camas en la comunidad y empieza a haber camas en el hospital general para atención de la crisis y la vuelta rápidamente a la comunidad. Esta es la razón por la cual ha bajando tanto la cama psiquiátrica tradicional.

► **SMyC: ¿Cómo hicieron para llevar adelante estas tareas con el equipo de la Dirección, cómo se organizaron?**

Yago Di Nella: Eso es muy difícil, la creación de un organismo como esta Dirección no implicó la entrada e inmediatamente la constitución de un equipo. Un equipo se tarda un tiempo en construir. Porque hay poca cantidad de personas capacitadas para liderar un proceso de estas características, aunque si hay muchas personas interesadas en participar de un proceso como éste. Entonces la capacidad y las ganas de participar no siempre van de la mano, pero es cierto que nosotros en nuestro país –ustedes saben – tenemos la tasa de profesional de la salud mental más grande del mundo,

en ningún lugar del mundo hay tantos profesionales de la salud mental como aquí en términos de tasa, y ni hablar en Capital Federal, entonces también es cierto que esa es una ventaja relativa. Si estuviéramos en países como Paraguay, como Bolivia, como Ecuador, donde la cantidad de profesionales es muy baja, también es cierto que les debe ser. supongo yo, más difícil encontrar profesionales capaces de liderar un proceso como éste. No es nuestro caso, si hay una dificultad en cuanto a la capacidad de contratación, el Ministerio de Salud de la Nación no está acostumbrado a realizar políticas activas en este campo y entonces

sí tenemos un desafío permanente que es convencer a nuestras autoridades sobre la necesidad de desarrollar políticas activas lo que quiere decir contrataciones, incorporación de personal, etc., que al interior de un ministerio que está acostumbrado a que la salud mental no es una prioridad, ahí el desarrollo de una política activa a partir de la creación de la Dirección Nacional por parte de nuestra Presidenta y luego la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental han dado un soporte y un impulso importante que nos ha apoyado en ese punto. Pero convengamos que veníamos de más de 20 años, o sea desde el año 88, 98, al 2008, son más de 20 años, 22 años sin una Dirección Nacional de Salud Mental. Bueno, eso ya de por sí habla de cómo el Ministerio de Salud venía entendiendo este problema.

► **SMyC:** *¿La Dirección tiene capacidad de manejar presupuesto propio?*

Yago Di Nella: La Dirección tiene un presupuesto propio y lo está manejando, de ahí resul-

tan todos estos proyectos de los que yo les hablé. Y es un presupuesto en franco crecimiento.

► **SMyC:** *¿Qué porcentaje del presupuesto de salud en este momento es el de salud mental?*

Yago Di Nella: Sucede que eso es debatible, les voy a contar por qué. En nuestro Ministerio existen numerosos organismos descentra-

lizados que se encargan de atender personas con problemáticas de salud mental, una es la colonia Montes de Oca; otra es el CENARESO, que atiende personas con adicciones; otro es el Hospital Sommer que tiene un servicio de salud mental importante, el otro es el Hospi-

tal Posadas, que tiene un servicio de salud mental importante también, al menos en cuanto a volumen...

► **SMyC:** *¿Son las instituciones que siguieron siendo nacionales?*

Yago Di Nella: Claro. Entonces si uno incorpora esos organismos descentralizados el presupuesto es importante y está rondando los 200 millones de pesos anuales. Ahora si no incorpora esos organismos descentralizados y se queda exclusivamente con el presupuesto de esta Dirección Nacional, está muy bajo digamos así. Está muy bajo respecto del presupuesto general. El presupuesto general del 2010 para el Ministerio de Salud fue de 5.600 millones y el presupuesto que tuvo la Dirección Nacional en el 2010 fue de 25 millones... ¿se entiende? Ahora si yo sumo todos los organismos descentralizados estoy hablando de unos 200 millones de pesos, también tengo que incorporar el presupuesto del programa de prevención del tabaco, que es un programa también descentralizado que no

Tenemos una tradición en el campo de la salud mental de la eliminación del carácter de sujeto de derechos de la persona con padecimiento.

está en esta Dirección pero que tiene su presupuesto y atiende una adicción, sin duda, entonces qué es lo que quiero decir: es relativo. Si uno incluye todos estos otros organismos descentralizados del Ministerio está con un presupuesto comprensible, digámoslo así, dentro de una lógica... está dentro del 5%. Si sumaría todo está rondando entre el 4.5 y 5%, entonces, por supuesto que la Ley Nacional dice que en tres años hay que llegar al 10%, bueno fenómeno, pero digo arrancar con un piso del 5% no está mal. No muchos países pueden decir esto. Ahora, si yo digo no, pero eso son instituciones descentralizadas

que no están bajo la órbita de la Política Pública de Salud Mental, que sería como una opción restrictiva para entender esto, y ahí si estamos todavía lejos. Aunque es cierto que la Dirección Nacional ya para este año ha recibido un aumento que llega al doble del presupuesto del 2010, es decir, quiero decir que es relativa esta discusión.

► **SMyC: La información en salud en Argentina es problemática y en particular en salud mental, ¿cómo están actuando ustedes?**

Yago Di Nella: Nosotros creamos una Unidad Epidemiológica de Salud Mental inmediatamente cuando se creó la Dirección y establecimos una línea de base para el desarrollo de esa política pública. El equipo de epidemiología empezó a emitir un boletín, salieron hasta ahora cinco números, yo ahora se los voy a dejar a ustedes para que lo tengan, y está en impresión un sexto que es sobre salud mental en la infancia en

la República Argentina. Y emitió ya dos productos de investigación, ese mismo equipo de vigilancia, quiero decir con esto que nosotros consideramos que estamos teniendo un trabajo firme

y fuerte desde el punto de vista de la creación de un sistema de vigilancia que nuestro país prácticamente no tenía en lo referido a salud mental y adicciones. Entonces creemos que estamos encaminados al respecto pero estamos partiendo de un piso muy bajo, no es para contentarnos con esto. Nuestro país prácticamente no contaba con información epidemiológica sobre salud mental a nivel país, salvo algunos desarrollos que te-

nía alguna provincia, les estoy contando todo lo que hicimos pero contábamos con la ventaja de que no había nada, entonces muy rápidamente podemos hacer diferencia por decirlo de algún modo. La información con la que cuenta hoy el país ya es una información aceptable, tenemos una estimación de prevalencia, una información sobre sistemas, sobre camas, un boletín de información sobre la problemática del alcohol que es la primera problemática de salud mental en términos epidemiológicos en este país y un boletín muy exhaustivo sobre la temática de suicidio, que no es la primera en prevalencia pero sí la primera en gravedad en términos de la mortalidad en Argentina por supuesto. Además tenemos un boletín sobre enfermedades de deterioro cognitivo que afecta también a un importante sector de la población, básicamente adultos mayores pero éste es el quinto boletín. Y ahora estamos sacando el sexto sobre salud mental en la

El estudio realizado ahora es sobre cama: de cama en sistema monovalente, polivalente y camas en el sector comunitario, pero nos debemos una investigación más exhaustiva sobre la calidad de la atención en los servicios que es otro aspecto a mirar.

infancia. Quiero decir vamos tratando de tomar las principales temáticas vinculadas a la cuestión epidemiológica en salud mental.

► **SMyC: ¿Y en relación a la investigación de servicios?**

Yago Di Nella: De servicios todavía nos debemos una investigación sobre servicios, estamos avanzando. El estudio realizado ahora es sobre cama: de cama en sistema monovalente, polivalente y camas en el sector comunitario, pero nos debemos una investigación más exhaustiva sobre la calidad de la atención en los servicios que es otro aspecto a mirar.

► **SMyC: En relación a la formación del equipo, el equipo básico para llevar adelante todas estas propuestas ¿Cómo hicieron para imbuirlo de todas estas ideas?**

Yago Di Nella: Nosotros hicimos dos cosas. Por un lado, cada vez que creamos un programa realizamos una incorporación importante de profesionales mediante una convocatoria abierta; en este país en el cuál la mayoría de las personas son contratadas vía contactos personales, nosotros hemos tratado de romper ese circuito e hicimos no menos de cinco convocatorias de profesionales para distintas acciones o programas. Son muy tortuosas porque como es tan grande el campo de la salud mental en cuanto a la cantidad de profesionales cada vez que anunciamos una convocatoria se presentan cientos de personas, en una se presentaron mil personas para un lugar donde se cubrían 20 cargos. O sea que el trabajo es muy tortuoso pero también es muy gratificante desde el punto de vista de que uno realmente puede elegir, tiene opciones. Constituimos equipos de evaluación neutrales que son terceros, y estos equipos han seleccionado las personas que parecían más acordes a esa función y nos hemos encontrado siempre con personas con formación de posgrado, con

formación consolidada, con mucha experiencia en terreno. Logramos esto que es fruto de esta mecánica de selección mediante convocatorias. En esta Dirección prácticamente no han ingresado personas que no fuera por esa vía, prácticamente porque algunas personas han llegado a la Dirección por lo que se llaman pases o adscripciones o circulación intraministerial, entonces hay algunas excepciones desde ese punto de vista pero las inclusiones nuevas han sido siempre casi exclusivamente mediante convocatorias nacionales. Incluso, hemos favorecido que esta modalidad la realicen las provincias, por ejemplo, creamos un sistema que llamamos sistema de relocalización de recurso humano; cuando una provincia tiene lugares vacantes de residencia, de contrataciones, de planta o lo que fuere, nos gira a nosotros el pedido y hacemos la convocatoria nacional y luego enviamos todos los currículos que se presentaron para ese cargo a ese lugar del interior del país. Esto es un sistema que venimos usando, que nos está yendo muy bien, que nos ha dado muy buenos resultados porque además permite del lugar donde hay sobrecarga de profesionales –que es de donde generalmente se presentan– la zona metropolitana, la zona cordobesa o Rosario que son los tres centros de formación más importantes y donde sobreabundan la cifras profesionales, se trasladan a vivir a lugares donde no hay profesionales, donde nadie hasta ese momento quería ir a trabajar. Este trabajo que es el sistema de relocalización nos está dando muchos frutos también hacia el interior del país, que no solo lo hacemos para nosotros sino que también lo hacemos hacia el interior. Y otra cosa que hemos hecho que a mí me llena de orgullo en este punto, es que hemos incluido en el equipo de la Dirección Nacional, usuarios y familiares como parte del equipo de la Dirección. Esto también para nosotros es importante y estamos intentando también transferirlo a las provincias, que

incorporen como miembros del equipo de gestión a familiares, a ex-usuarios y a usuarios del sistema de salud mental.

► **SMyC:** *Yo quería preguntar sobre dos temas en relación con estos programas ¿cuáles son las políticas que están desarrollando en relación a la atención primaria en salud, como por ejemplo las actividades en los CIC, y si tienen un programa concreto de externación?*

Yago Di Nella: El Programa de Trastornos Severos es el que tiene la política de externación. Básicamente el lineamiento tiene que ver con la creación de centros de día; de casas de medio camino, de casas de convivencia y de dispositivos de seguimiento comunitario. Esto se encuentra, junto con becas de externación a los pacientes que estén en condiciones de externación, del lado del sistema de externación. Por el lado de atención primaria, lo que estamos favoreciendo ahora es que la atención primaria se aleje de todo el sistema de salud, o sea del primer, del segundo y del tercer nivel. Sabemos que el primer nivel es lo que más falencia tiene en nuestro país en términos de la accesibilidad, es decir, que la mayoría de las personas del país tiene que trasladarse a una gran capital, para recibir atención. Entonces el esfuerzo que estamos haciendo es que a través de los CIC que se están desarrollando en todo el país, aparezca la posibilidad desde un enfoque intersectorial que caracteriza estos Centros de Integración Comunitaria, de montar en cada uno de ellos un equipo nuestro con financiamiento nacional para, en conjunto con la provincia, nutrir cada uno de estos CIC de un equipo que permita una atención cercana en esa misma comunidad. Entonces estamos buscando que todo núcleo de convivencia, que sea un pueblo entre 10.000 – 20.000 habitantes, que tenga un CIC con su equipo de modo tal que las personas no tengan que estar trasladando kilómetros y kilómetros

para llegar a un efector de salud mental. Esto lo estamos haciendo por provincias en base a las provincias que por supuesto están interesadas en este tipo de acción, que son la mayoría a decir verdad, y ya estamos con procesos muy avanzados en algunas de ellas como Chaco, Misiones. En Chaco se han creado 23 equipos en 23 CIC, en Misiones 27 equipos en 27 CIC, que implica un volumen de personas incorporadas, imagínense que por cada equipo hay cinco personas, dos profesionales y tres o cuatro operadores comunitarios por CIC.

► **SMyC:** *¿Qué disciplinas?*

Yago Di Nella: Las disciplinas tienen que ver con la lógica del CIC. En el CIC cuando nosotros llegamos siempre hay alguien contratado por médicos comunitarios, por el Programa Médicos Comunitarios, personal puesto por la provincia o por el municipio. Nosotros lo que hacemos es complementar ese equipo ya existente con las profesiones que no estén. Entonces de repente puede ser que incorporemos un psicólogo, un trabajador social o un psiquiatra y un antropólogo, o un trabajador social y un sociólogo, depende lo que ya hay preexistente en ese lugar. Entonces el equipo CIC no está definido sino por lo que ese CIC necesita. No está prefigurado por nosotros que profesiones vamos a incorporar ahí aunque sí tenemos previsto que sea cualquiera de las profesiones que contribuyan al campo de la salud mental. Por ejemplo, en el caso de los CIC que están en el Impenetrable Chaqueño que sabemos que conviven comunidades aborígenes de las comunidades originarias, estamos promoviendo que haya disciplinas vinculadas a ello: antropología, sociología y demás. Distinto es en un lugar urbano, de la zona metropolitana aquí donde quizá tiene que ver más el trabajo intersectorial con la inclusión de trabajadores sociales, es decir, depende entonces el lugar.

► **SMyC:** *¿Qué políticas piensan llevar adelante en relación a la formación de profesionales al nivel del contacto con universidades? Teniendo en cuenta que hay déficit desde esa perspectiva comunitaria.*

Yago Di Nella: Sí, nosotros venimos trabajando con los nucleamientos vinculados a las carreras más tradicionales en el campo de la salud mental, es decir, las Facultades de Psicología, de Medicina y de Trabajo Social que son como las tres grandes disciplinas, por supuesto las otras también, pero en general están dentro de estas facultades también las carreras vinculadas al campo de la salud mental. Entonces el trabajo que venimos haciendo es el de promover la formación vía extensión para que participen no solo los graduados sino los estudiantes, porque si lo hacemos vía posgrado participan solo los graduados, entonces para también trabajar con los estudiantes promovemos acciones de extensión, cursos de extensión, sobre políticas públicas en salud mental. Estamos iniciando uno en Córdoba, estamos realizando uno en Rosario, en las Universidades de Córdoba y Rosario, hemos realizado cursos en las Universidades del Noroeste, estamos en trámite para realizar una capacitación en la Universidad de Tucumán. Y así vamos tratando por región del país de desarrollar estos cursos que permitan acercar las políticas públicas y presentar cuáles son las necesidades que el Estado tiene de formación del recurso humano. Tratando de un poco movilizar a la Universidad para que la formación de sus estudiantes se vincule más con la realidad de las necesidades y que en base a la epidemiología y a las necesida-

Venimos trabajando con los nucleamientos vinculados a las carreras más tradicionales en el campo de la salud mental, es decir, las Facultades de Psicología, de Medicina y de Trabajo Social.

des del Estado pueda ir modificando una curricula que históricamente ha estado desvinculada de las necesidades de la comunidad.

► **SMyC:** *Esta es una tarea compleja*

Yago Di Nella: Es una tarea muy compleja porque requiere el respeto de la autonomía universitaria, lo que nosotros estamos haciendo humildemente es acercarle las necesidades del Estado. Y en ese diálogo estamos.

► **SMyC:** *Sabemos, por las actividades académicas que desarrollamos, que a veces es bastante difícil y que la formación que se da en este momento se aleja de lo que requiere una tarea en el campo de la salud comunitaria.*

Yago Di Nella: Sí, eso es cierto. Nosotros hasta hicimos un estudio en este sentido sobre qué sabían los graduados al recibirse, sobre determinadas temáticas básicas. Entonces les preguntá-

bamos si conocían la Ley de Salud Mental, si conocían la Declaración de Caracas, si conocían la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, si conocían la Declaración de Alma-Ata, si conocían... bueno, y así sucesivamente. Y nos encontramos con un desastroso resultado, la absoluta mayoría de los estudiantes no

es que maneja o no maneja estos importantes documentos, los desconoce, desconoce su existencia o al menos dice desconocer su existencia. Porque uno después va y pregunta a los profesores o mira los programas y resulta que está, están en los programas pero el resultado es que el graduado cuando sale los desconoce. Más allá de que se vea en alguna clase, bueno a nosotros no

nos sirve como Estado que durante seis años de cursada hayan tenido una clase sobre Alma-Ata, lo que sirve que sea un eje de la formación de un médico, que sea un eje, que la Atención Primaria de la Salud sea un eje de la formación, no que haya tenido una clase. Que haya tenido una clase es no cambia nada.

► **SMyC:** *Varias veces te he escuchado en conferencias hablar de la problemática de la formación, en la Facultad de Psicología, pareciera que solo les interesa el trabajo privado, el consultorio y la perspectiva comunitaria es minoritaria.*

Yago Di Nella: Si fueran profesionales liberales pero con formación en atención primaria no sería tan preocupante. Que quiero decir con esto, que se forme un profesional pensando en el ejercicio liberal de la profesión pero maneja la estrategia de atención primaria de la salud, maneja los ejes de la intersectorialidad y el enfoque de derechos, ya sería un avance, se entiende. Pero que no sepa que es el Conocimiento Informado sí me preocupa más, porque no implica el eje ideológico del ejercicio de la profesión tanto como el desconocimiento del otro como un sujeto de derechos.

► **SMyC:** *Frente al problema de las cenizas volcánicas, la Dirección envió un equipo de abordaje psicosocial, ¿cómo se desarrolló esa actividad?*

Yago Di Nella: Fueron cinco equipos, nosotros los íbamos rotando semanalmente, en Villa de la Angostura trabajamos fuertísimo. En realidad tiene que ver con este eje que mencioné al inicio de la inclusión de lo mental en todas las políticas sanitarias. Cuando ocurre una tragedia como ésta nosotros inmediatamente ponemos a disposición un equipo para atención de emergencias psicosociales, trabajamos en varias de estas emergencias: en las exequias de Néstor Kir-

chner, en la tragedia del avión de la empresa Sol y ahora frente a irrupción de las cenizas volcánicas estamos trabajando en Villa de la Angostura, estamos cerrando el informe final. Y en el verano realizamos una campaña, no como un dispositivo de emergencia, sino como un dispositivo de contención desde el programa de alcohol, por el tema de las noches en la zona de la costa..

► **SMyC:** *¿Y ese equipo cómo lo armaron?*

Yago Di Nella: Ese equipo son miembros de los distintos programas que mencioné que los fuimos tomando en función de sus conocimientos y fueron quedando afectados a la emergencia, no es un equipo especial, no es otro equipo, sino que son miembros de los equipos de los programas existentes que se les dio una capacitación especial, muy rápida, sobre la emergencia de la que se trataba. La última, en el caso de Villa de la Angostura fue una formación que le dimos dos días antes –de personas ya formadas por otra parte, no es que estaban empezando de cero digamos– pero se les dio una formación muy especial sobre atención de tragedias volcánicas, la capacitación la impartió un miembro de la OPS. Con el apoyo de la OPS, fue el Doctor Hugo Cohen que nos ayudó en ese punto por su experiencia en Centroamérica en erupciones de volcanes, él había trabajado mucho allá, les dio una capacitación específica en la atención de tragedias volcánicas o en la cuestión de emergencias vinculadas a erupciones volcánicas.

► **SMyC:** *Yo tengo una pregunta más ligada al tema adicciones. En primer lugar, ¿cuál es la explicación de que sea una Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones?. En el sentido de que las adicciones tienen que ver con problemas de salud mental.*

Yago Di Nella: Y tiene que ver con la lógica de presentar el problema de modo tal de que quede explícitamente establecido que esta Dirección

incluye las adicciones. Uno puede pensar que terminológicamente es una aclaración innecesaria pero no lo es si uno piensa en la historia de la atención de las adicciones en este país, que ha estado divorciada de las políticas de salud mental. Entonces quiero decir que la explicación es histórica antes que terminológica o conceptual

► **SMyC:** *Y en ese sentido, en función de esta respuesta, la pregunta es: ¿cuáles son las propuestas concretas para el sector de la atención de adicciones que está también tildada como comunidad terapéutica o internación?*

Yago Di Nella: La propuesta que nosotros hacemos es la misma que estamos haciendo para las personas con padecimiento mental, justamente por esta idea de que se trata de problemáticas que tienen su especificidad sin duda pero que los dispositivos de intervención no requieren sino la inclusión de esa especificidad como cualquier otra, qué quiero decir, que el hospital general está tan capacitado en su capacidad logística para atender a una persona con intoxicación alcohólica o con una intoxicación con cualquier otra sustancia como para atender a una persona con una crisis aguda. Que un centro de atención comunitaria puede hacer trabajo de prevención y de atención ambulatorio como lo puede hacer para cualquier otra problemática. Y así sucesivamente, es decir, que desde el punto de la logística no vemos diferencia, y poder requerir una internación, por supuesto, cualquiera de estas problemáticas, como la requiere cualquier otro padecimiento mental. Entonces lo que estamos planteando para las adiccio-

nes es que se trata de una problemática de salud mental y por lo tanto reconociendo su especificidad como las tienen las enfermedades mentales cualquiera de ellas, atendiendo esa especificidad, el dispositivo de intervención no tiene por qué ser tan distinto. Lo que sí nosotros defendemos es la inclusión sanitaria de la persona con una problemática adictiva o de consumo.

► **SMyC:** *Y para esto –lo digo un poco con la experiencia de hace unos cuantos años, ya no sé si se hace así– cuando trabajé en lo que era el CONAF (Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia) en su momento, muchos de los dispositivos para la atención de jóvenes y adolescentes estaban financiados, subsidiados a través de CONAF (actual Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, SENAF), hacia casas de internación, lo que son las comunidades terapéuticas. Entonces esta propuesta incluye algún trabajo con los otros organismos para desmontar ese dispositivo que esta tan sufrido*

Yago Di Nella: Lo que sucede es que comunidad terapéutica se le llama a cosas muy distintas: hay dispositivos que se les llama co-

munidad terapéutica y que son centros militares y hay dispositivos a los que se les llama comunidad terapéutica y son granjas abiertas, es decir que es un proyecto en realidad agrícola con un dispositivo de contención y que son instituciones absolutamente abiertas, en realidad es como una chacra. Bueno, y a las dos

se les llama comunidades terapéuticas, entonces yo primero quiero poner en crisis el concepto, no porque este básicamente en acuerdo

Comunidad terapéutica se le llama a cosas muy distintas: hay dispositivos que se les llama así y son centros militares y hay dispositivos del mismo nombre que son granjas abiertas.

o en desacuerdo, sino porque ya se ha difuminado de tal forma que no es claro cuando uno habla de una comunidad terapéutica. Primero hay que separar esto, en segundo lugar nosotros consideramos que el mejor lugar de tratamiento para una persona es la comunidad. Esto no quiere decir, sin embargo, de que como en todo otro trastorno mental se requiera un periodo de internación para que la persona pueda sostenerse luego en la comunidad. Pero con ese objetivo, el problema es cuando la comunidad terapéutica reemplaza a la comunidad de origen y no hay ninguna estrategia para la devolución a la comunidad sino que simplemente es que pase un tiempo en un lugar de encierro. Ahora bien, nosotros nos encontramos con comunidades terapéuticas que trabajan todo el tiempo para que la persona se inserte laboralmente, se incluya educativamente, se capacite, se restituya a la comunidad, que se sostiene en sus vínculos primarios, etc.. Entonces ahí habría que ver si cabe el nombre “comunidad terapéutica” al menos no en el mismo sentido de aquella otra de funcionamiento militarizado que tiene por único objetivo tener encerrada a la persona. Ahí hay que introducir grises en este punto quiero decir, insisto en el mismo criterio y nosotros allí nos ponemos en el lugar de la ley, la Ley de Salud Mental, plantea que la internación es un último recurso, admisible para aquellos casos en los que no hay otra alternativa menos restrictiva.

Los próximos desafíos que tiene la Dirección Nacional pasan por establecer una Red Nacional de Atención en conjunto con la provincia y los municipios, estamos en ese camino tanto en el primer como en el segundo y en el tercer nivel de atención en base al financiamiento que la Dirección está proveyendo a los distritos.

► **SMyC:** Bueno, ya para terminar ¿Cuáles serían los desafíos de la Dirección en función de todas estas políticas de las que hablamos?

Yago Di Nella: Los próximos desafíos que tiene la Dirección Nacional pasan por establecer una Red Nacional de Atención en conjunto con la provincia y los municipios, estamos en ese camino tanto en el primer como en el se-

gundo y en el tercer nivel de atención en base al financiamiento que la Dirección Nacional está proveyendo a los distritos, a cada uno de los distritos que están interesados en desarrollar esta política. El primer nivel claramente es a través de los CIC, el segundo nivel tiene que ver con fortalecer el Hospital General y el tercer nivel con los dispositivos alternativos a la cama monovalente, es decir, las casas de medio camino, los centros de día, los albergues nocturnos, etc. Todo esto

conforma el principal desafío que es la accesibilidad a los servicios por parte de la población. El principal problema que tiene nuestro país, y eso no lo decimos solo nosotros sino que los organismos internacionales, es la accesibilidad a servicios cercanos a la comunidad. Este es el principal desafío porque ese es el más costoso, el más complejo, el más difícil, requiere un mediano y largo plazo. Ahora lo urgente es empezar a implementar la ley y que sean reconocidos como sujetos de derechos las personas con padecimientos mentales, ese sí es un corto plazo y tiene que ver con implementar la ley y su reglamentación, que está próxima a salir y en

ese punto ahí tenemos un objetivo ya de corto plazo. Y el otro gran desafío es integrar la política de salud mental con la atención de personas con problemática de consumo. Romper esta vieja bifurcación que lleva incluso a estos casos ridículos de los “duales”, los llamados duales, cuando hoy en día es casi imposible encontrarse a una persona que no tenga una y la otra problemática. Es decir, una persona con problemática adictiva en la absoluta mayoría de los casos tiene un problema de trastorno mental y la absoluta mayoría de las personas con trastornos mentales tienen alguna problemática de consumo, aunque más no sean psicofármacos. Hoy en día plantear este carácter dual como si fueran dos asuntos distintos, que en algún caso comparte ambas problemáticas, es un absurdo y nosotros estamos muy comprometidos en trabajar esto como una política única para las personas porque se trata de eso, de personas. Los que hacemos esta separación analítica somos los profesionales.

► **SMyC:** *Y la ley de drogas ¿no tensiona la ley de salud mental?*

Yago Di Nella: La ley de drogas nos excede... y sí, si la tensiona. La ley de drogas tiene un problema básico y es que acusa a la persona con padecimiento de su padecimiento, este sería el punto básico. Nosotros estamos por una des-criminalización de las personas que tienen consumo de sustancias, que quiero decir con esto, que lo que reclamamos es que el derecho de estas personas sea a ser atendidos no a ser encerradas. Entonces la criminalización confunde el problema porque desplaza del eje sanitario al eje criminal a una problemática que claramente es una problemática sanitaria.

► **SMyC:** *¿Se puede hacer alguna propuesta en relación a la ley de drogas?*

Yago Di Nella: Ahí ya hay varias propuestas de reforma a la ley de drogas. Yo creo que si no hubiera sido este año un año electoral ya hubiera estado en el tapete. Yo creo que estamos en muy buen camino para una modificación de esa ley.

► **SMyC:** *Bueno, en nombre de la Revista y de la UNLa queremos agradecer mucho toda la colaboración brindada.*

Ley 26.657: el desmontaje del sistema represivo en salud mental



Leonardo Ariel Gorbacz

Diputado de la Nación (MC), Autor de la Ley Nacional 26.657

Introducción

En qué consiste la Ley de Salud Mental y las políticas que se han comenzado a implementar desde el Ministerio de Salud de la Nación a partir de su sanción? En desmontar el aparato represivo que se ha montado, a través de la historia, sobre las prácticas en Salud Mental. Ni más ni menos que eso.

Sea por decisiones políticas tomadas en su momento por los gobiernos, o por ausencia de ellas, se ha ido consolidando un sistema aceitadísimo de represión de las personas con padecimientos mentales. Porque está claro que la ausencia de decisiones políticas tomadas por las autoridades no impide que el campo, en este caso el de la salud mental, se organice en torno a los poderes reales que lo atraviesan.

Corporaciones profesionales, laboratorios, corporación judicial, medios de comunicación que instalan escenarios de miedo en la sociedad o amplifican miradas medicalizadoras de los problemas mentales, negocios instalados a partir de las internaciones prolongadas, y podríamos continuar, constituyen factores de poder que organizan con precisión un sistema acorde a sus propios intereses, cuando enfrente no hay una política pública que reorganice el campo de acuerdo a los intereses populares.

El proceso de discusión de la Ley Nacional, primero en Diputados y luego en Senadores, escenificó esa discusión, poniendo a uno y otro lado de la propuesta a actores que representan intereses bien distintos:

Organismos de Derechos Humanos, asociaciones de usuarios y familiares, organiza-

ciones de profesionales de diversas disciplinas, organismos estatales como la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, y a mitad del proceso una flamante Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones cuyo titular, Yago Di Nella, vino a reemplazar a un antecesor que prefirió ser portavoz de intereses corporativos antes que militar por una reforma estructural del sistema.

Del otro lado, corporaciones médicas que ya se habían opuesto en la Ciudad de Buenos Aires a la Ley 448, segundas y terceras líneas de la SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico) –organismo estatal todavía afecto a políticas represivas en materia de adicciones-, una curiosa Comisión Directiva de la Asociación de Terapistas Ocupacionales (que por no saber interpretar el sentido de un inciso cometió un error histórico), y el Sr. Vicegobernador de San Luis Dr. Jorge Pellegrini, con la paradoja de que su obra en Salud Mental en San Luis puede considerarse legítimamente como un antecedente de la Ley. Creo que no hay mucho más que eso.

Un resultado aplastante en ambas cámaras (unanimidad, con una sola abstención no fundamentada del Senador por la UCR Nito Artaza) merece alguna mínima reflexión, después de cuatro audiencias donde todos pudieron decir lo suyo.

Una discusión semejante, 10 años atrás, hubiese terminado al revés. La legitimidad de las corporaciones para discutir las condiciones del campo en el que intervienen les hubiese inclinado entonces la balanza de otra manera. Hoy, la sola presencia de los usuarios y familiares avalando un proyecto de Ley que ayudaron, junto a muchos otros, a construir, marcó un destino distinto.

Los tres pilares del sistema represivo

Uno podría, a fin de sistematizar y simplificar, dividir en 3 grandes ejes los problemas que debemos enfrentar para desmontar ese aparato represivo a que hacíamos referencia:

- a) El Encierro,
- b) La Judicialización, y
- c) La Medicalización

a) El Encierro

El informe del CELS del 2006 no deja lugar a dudas: instituciones como el Borda o el Moyano, con promedios de internación de alrededor de 10 años, para dar solo el ejemplo de dos instituciones que todos conocen. Diez años de internación de promedio! cuando ninguna patología o crisis en salud mental justificaría internaciones más allá de los 30 o 60 días como mucho. Manicomios y colonias en más de la mitad de las provincias del país, 25 mil personas en total según ese informe en la Argentina. Y todos los vejámenes habidos y por haber: muertes no investigadas, abusos físicos y sexuales, salas de aislamiento, sobremedicación, falta de tratamientos de rehabilitación, etc.

Ese panorama, conviviendo con crecientes experiencias liberadoras: iniciativas de radio, arte, cooperativas de trabajo, externación asistida, e incluso un movimiento militante de desmanicomialización enfrentando activamente esta situación, fueron multiplicándose en todo el país sin terminar de sustituir el paradigma dominante.

b) La Judicialización

La justicia ha estado omnipresente en los servicios de salud mental, y lamentablemente el resultado de ello no ha sido una mayor garantía para los usuarios, sino las más de las veces el mismo límite a su propia autonomía.

Cuántas veces ha llegado a un servicio de salud mental una orden de internación sobre una persona que el propio equipo ha juzgado un exceso innecesario? Cuántas veces para revocar esa decisión, se le exige al servicio de salud una garantía de “ausencia de peligrosidad” que es un imposible de garantizar, ya no respecto del paciente, sino tan siquiera del propio colega del servicio? Cuántos días, o meses, se han prolongado indebidamente internaciones porque no llega el “alta judicial”?.

Eso, sin hablar de la cantidad de personas con declaraciones de incapacidad civil, decretadas judicialmente durante algún episodio agudo y que se eternizan, privando a la persona de ejercer derechos para los que, a veces ni siquiera en ese momento agudo, estuvieron imposibilitados de ejercer: votar o casarse, por ejemplo.

c) La Medicalización

El avance de la psicofarmacología, que en algunos casos permite mejorar los tratamientos en cuanto a la recuperación de la capacidad de autonomía de las personas y su inclusión social, convive con la prescripción abusiva de psicofármacos impulsada por una industria que, una vez que se agota el campo de la enfermedad para la venta de sus productos, se dedica a patologizar cualquier tipo de padecimientos, incluyendo las crisis vitales normales del ser humano, para inducir a que sea la propia persona la que demande el químico.

Una vez que se decide cuál es el psicofármaco cuya venta se quiere aumentar, se traza la estrategia (que incluye su difusión mediática, en general dominical) para que la sociedad se convenza de que una serie de síntomas que la aquejan, forman parte de una nueva patología “descubierta recientemente” para cuya resolución existe un psicofármaco adecuado. Ni que hablar del rol de los laboratorios en el desarrollo de las investigaciones con que muchos médicos estudian y se forman, o en el financiamiento de los congresos donde se “demuestran” sus avances.

Dudo siempre del aumento inexplicado de determinados cuadros en las estadísticas: pueden provenir de una determinada coyuntura socio-cultural, es cierto, pero también de una estrategia de la industria que amplifica determinado diagnóstico que, en clave de negocios, es sinónimo de amplificar un mercado.

Digo, además, que la medicalización, a diferencia del encierro, tiene mejor prensa en

la sociedad (los manicomios son un poco más difíciles de defender), porque los nuevos medicamentos suelen ser ubicados rápidamente por la mayoría en el rubro de “avances científicos” y, por tanto, son bienvenidos.

El furor que produjo la medicalización de chicos bajo el rótulo de Déficit de Atención con Hiperactividad es el ejemplo más visible y tal vez, uno de los más cercanos.

Así, el trípode encierro-judicialización-medicalización, constituye la base de un sistema de salud mental que funciona de modo represivo, ya sea prolongando situaciones de privación de libertad, de restricción abusiva de derechos o, de manera más sutil pero tal vez más profunda, aplastando la subjetividad en nombre de la eliminación de los síntomas (no hay privación más grave de la libertad que la privación de la propia subjetividad).

El desmontaje

La Ley de Salud Mental no intenta ser ni el principio ni el fin de nada. No es el principio porque, como lo dijimos, los intentos por establecer acciones contrarias al statu-quo vienen de mucho antes: reconocen experiencias de muchos años, militancia –incluyendo perseguidos y desaparecidos- y leyes locales. Ni es el fin, porque un proceso político (la reforma en salud mental no es otra cosa), no se hace de un día para el otro ni queda resuelto solo por una ley.

Sin embargo, sí podemos sostener que la ley es una herramienta fundamental para avanzar en el cambio.

En primer lugar, porque establece reglas de juego distintas, cuyo cumplimiento se les impone a los actores del sistema, en particular a jueces y ejecutores de las políticas, pero también a los trabajadores.

En segundo lugar, porque legitima aquellas experiencias de inclusión social y defensa de la

autonomía que se venían realizando, muchas veces al borde de la legalidad. Es que, efectivamente, la paradoja del trabajo en salud mental es que para trabajar éticamente muchas veces había que hacerlo ilegalmente. ¿Cuántas veces se ha “dibujado” un alta haciéndola pasar por permiso de salida, para que una persona pueda volver a su vida normal cuando todavía pesa sobre ella una orden de internación no levantada? ¿Cuántas veces se ha evitado poner el acento en la gravedad de un cuadro, para evitar una orden de internación que hubiese dinamitado de entrada las posibilidades terapéuticas de una persona que podía establecer un buen vínculo con el equipo de salud?

Y en tercer lugar, porque pone en agenda de Secretaríos y Ministros un tema que casi nunca está en agenda, y habilita la toma de decisiones políticas necesarias para generar los dispositivos que hacen falta para cambiar la bocha.

La Ley 26.657 puede ser leída, de este modo, como una herramienta al servicio del desmontaje del aparato represivo de la salud mental o, dicho de otro modo, al servicio del desmontaje de los tres grandes problemas que la aquejan.

Respecto al encierro, la Ley tiene una definición más que clara: se prohíben habilitar nuevos “manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados”. Es decir, traza una raya. Qué hacemos con los que tenemos? La Ley también da una respuesta: “se deben adaptar a los objetivos y principios ex-

puestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos”

Es decir: el cierre definitivo de los monovalentes está expresado, pero no como un punto de partida, sino como un punto de llegada.

Haber establecido el cierre como punto de partida hubiese sido una bomba de tiempo contra la propia ley y la reforma, porque hubiese puesto a las personas internadas en una situación de salida impuesta y apresurada, sin un plan ni alternativas para su atención psico-social.

Pero el objetivo está, y es su “sustitución definitiva”. Éste no es un tema menor, y aquí las resistencias son otras, y complejas.

Durante el debate de la Ley, este punto era atacado, “por derecha e izquierda”, para decirlo de una manera esquemática. Algunos, criti-

caban que la Ley no estableciera una fecha de cierre y lo dejara abierto como objetivo, una vez desarrollados los dispositivos alternativos. Otros, en cambio, criticaban que la Ley planteara el cierre de un sistema que ellos consideran imprescindible para algunos casos. Lo curioso es que una y otra posición venían del mismo grupo de oposición a la Ley.

Hemos sido rigurosos en sostener que no existe ningún caso que no pueda ser atendido por otro tipo de dispositivos, incluyendo la internación

en los hospitales generales. Y hemos dicho, también, que los monovalentes tienden a crear las poblaciones que dependen de ellos y que justifican su necesaria existencia.

Una vez que se decide cuál es el psicofármaco cuya venta se quiere aumentar, se traza la estrategia (que incluye su difusión mediática, en general dominical) para que la sociedad se convenza de que una serie de síntomas que la aquejan, forman parte de una nueva patología “descubierta recientemente” para cuya resolución existe un psicofármaco adecuado.

Algunos siguen sosteniendo que los monovalentes son necesarios para la gente que no tiene familia que lo acoja, desconociendo la existencia de alternativas superadoras como el acompañamiento terapéutico o las casas de convivencia. Pero desconociendo también algo fundamental: no le vamos a pedir al sistema de salud que resuelva los problemas sociales, pero sí que al menos no los produzca. Y a nadie se le escapa que el funcionamiento de las instituciones totales debilita los vínculos sociales y familiares hasta hacerlos desaparecer.

También nos han dicho que con esta propuesta atacábamos “lo público”, alentando así la desconfianza nacida de las reformas de los 90. donde efectivamente toda crítica

a una política pública era un medio para justificar su pase al sector de los negocios privados. Bajo ese criterio deberíamos mantener todas las políticas públicas vigentes. Pero no.

El recorrido que hemos hecho a partir de la sanción de la Ley con el objeto de difundir sus alcances, nos han demostrado que la sustitución del sistema centrado en los monovalentes por un sistema basado en la comunidad (atención en los centros de salud, internación en hospitales generales, centros de día, casas de medio camino, cooperativas de trabajo, etc.) es uno de los puntos que más resistencias encuentra, muchas veces provenientes de sectores que defienden el espíritu de la ley, pero (y ésta es una interpretación) les cuesta desprenderse de las identificaciones institucionales en que se han forjado como profesionales, e incluso como militantes anti-manicomiales. Y ni hablar de las resistencias de los hospitales generales a hacerse cargo de la atención integral

en salud mental, desplazada históricamente a instituciones totales.

Respecto de la judicialización, la ley procura una reducción de su intervención para focalizar la acción de la justicia en un punto preciso y exclusivo: la protección de la autonomía de las personas con padecimientos mentales.

Eso ha requerido fortalecer el rol de la justicia en el proceso de control de las internaciones involuntarias, pero a su vez correrla de toda otra medida que no tuviera como objetivo proteger la autonomía de las personas. Por ello se ha establecido que las internaciones son decisiones del equipo de salud, no del poder judicial. Y también que las externaciones son decisiones del equipo

tratante, que no requieren autorización judicial.

De modo que dejan de existir las “internaciones judiciales”, pero quedan en pie las “externaciones judiciales”. En efecto, la justicia ya no puede ordenarle a salud internaciones, pero sí puede ordenarle externaciones, si considera que hay alternativas menos restrictivas de atención

que la internación sin consentimiento del asistido.

En este punto, debemos entender que el rol de la justicia civil (que prácticamente tiene un rol mínimo o inexistente en otros campos de la salud) debe focalizarse en controlar el uso de una herramienta poderosa, en un estado de derecho, como lo es la posibilidad de internar a alguien en contra de su voluntad. Es un control de una especie de super-poder, comparable por ejemplo al mecanismo de control de los Decretos de Necesidad y Urgencia. En un estado de derecho, poder privar a alguien de su libertad (más allá de las razones “loables”), es un atributo que requiere controles precisos y un debido proceso.

La apuesta es a que la interdisciplina constituya un dique a una pretensión de abordar desde una dimensión prevalentemente biológica el problema de la salud mental.

Ahora bien, solo las líneas de fuerza de un sistema represivo explican que un control que debía orientarse al uso de una herramienta por parte del profesional, haya ido transformándose en un control sobre la vida del usuario del servicio, es decir, sobre la víctima potencial del uso de esa herramienta.

Respecto a la medicalización, la apuesta es a que la interdisciplina constituya un dique a una pretensión de abordar desde una dimensión prevalentemente biológica el problema de la salud mental.

En este sentido la ley no solo ordena que los servicios de atención se constituyan de manera interdisciplinaria, sino que el campo de las decisiones se democratice. No hay participación que no sea participación en las decisiones. Por eso la definición del artículo 3° (*“la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos”*) no es vana: constituye el fundamento central del conjunto de la Ley, y en particular de los artículos que exigen la marca de la interdisciplina: la decisión de internar, la decisión de restringir derechos a través de una declaración de incapacidad civil, la capacidad para conducir los equipos.

Esta verdadera democratización de los equipos de salud mental, que va de la mano con una redistribución del poder que incluye centralmente a los propios usuarios, ha sido sin dudas la fuente de todas las resistencias al avance de la Ley, como lo fue en su momento en relación a la Ley 448 de Ciudad de Buenos Aires.

Sin embargo la experiencia de muchísimos equipos a lo largo y a lo ancho del país constituyen, a su vez, el piso de experiencias sobre el cual este aspecto de la Ley podrá ir desarrollándose sin mayores dificultades.

Conclusiones

En resumen, enfrentamos como trabajadores y militantes del campo de la salud mental un desa-

fío que la historia nos propone: cumplir con una Ley Nacional pero, ante todo, hacernos cargo de la parte que nos toca en un proyecto de país cuyo objetivo y fundamento central es la inclusión social.

Y hacernos cargo de una historia, de los actores fundamentales de esa historia, de los conocidos pero también de los anónimos, que han dado lucha en momentos mucho más difíciles y menos propicios, pero que nos han dejado las herramientas para poder hacerlo ahora.

La historia reciente nos ha demostrado que, una vez recuperada la legitimidad de la política para incidir y transformar la realidad, tareas que parecían imposibles han sido posibles, aún enfrentando grandes intereses y poderes establecidos: la ley de matrimonio igualitario, la reforma en el sistema de jubilaciones, son apenas dos ejemplos claros de ello.

Digo esto porque en épocas de gran movilización social y política, el imposibilismo no es una forma de realismo sino de conservadurismo.

El desmontaje del sistema represivo no se llevará a cabo de manera armónica. Tantos años de funcionamiento han creado institucionalidades complejas que funcionan inercialmente. La aplicación de la Ley será un continuo romper y construir. Es tarea de cada uno de nosotros cuestionar cualquier tipo de intervención, política, judicial, administrativa o terapéutica, que bajo argumentos tutelares o proteccionistas avasallen los derechos o la autonomía de una persona con padecimiento mental.

La militancia por el derecho al voto, la pelea de los compañeros de La Plata acompañando a una pareja de usuarios para que se puedan casar, los jueces como María Silvia Villaverde o Graciela Iglesias, el Frente de Artistas del Borda, los pibes de los centros de estudiantes que arman jornadas para difundir la Ley, y tantas cosas más, nos permiten ser optimistas.

Y la lucha de los que vienen remando desde mucho antes, nos lo obligan.

Introducción a la Unidad de Letrados

Art. 22, Ley 26.657



Mariano Laufer Cabrera y María Teresa Lodieu

Por Resolución de la Defensoría General de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, N° 558/2011 y N° 841/2011, la Defensora General de la Nación, Dra. Stella Maris Martínez conformó la "Unidad de Letrados art.22 ley 26.657".

Para cumplir las funciones encomendadas, esta *Unidad de Letrados* es coordinada por el Dr. Mariano Laufer Cabrera, y está integrada por abogados y equipos interdisciplinarios compuestos por médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

La tarea de esta Unidad se encuadra en el art. 22 de la Ley Nacional de Salud Mental, en los "Principios de Salud Mental de las Naciones Unidas", y en las "Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad", y su objetivo consiste en brindar defensa técnica para las personas mayores de edad internadas involuntariamente por problemas de salud mental -que no se encuentren bajo proceso de determinación del ejercicio de su capacidad jurídica- en instituciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Unidad de Letrados debe garantizar los derechos de los asistidos y contribuir a su externación e integración comunitaria, y para ello brin-

da un abogado defensor gratuito cuya accionar permite cumplir lo establecido en la Ley de Salud Mental 26.657.

Se contempla así el derecho de estas personas a ser escuchadas, pudiendo el abogado defensor, acorde a la voluntad del asistido, oponerse a la internación, abreviar el tiempo de internación y/o solicitar una externación.

Referencias bibliográficas

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (B.O. 32.041/10)
- Resolución DGN N° 558/11 y Resolución DGN N° 841/11, Ministerio Público de la Defensa.
- *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991.*
- *Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad* (Cumbre Judicial Iberoamericana. Brasilia 4-6 de marzo 2008.

Entrevista al Dr. Mariano Laufer Cabrera, coordinador de la Unidad de Letrados



*Entrevista realizada por María Teresa Lodieu
Salud Mental y Comunidad*

► *En base a lo consignado en la Resolución DGN 558/11 y 841/11, la “Unidad de Letrados art.22 Ley 26.657” comenzaría a operar a partir del momento en que finalizara la etapa de capacitación intensiva para los abogados y la contratación de profesionales. ¿Esta etapa ya se cumplió? ¿La Unidad está operando?*

Mariano Laufer Cabrera: Efectivamente, esa etapa se cumplió, y se seleccionaron profesionales con experiencia y conocimiento en la temática. Realizamos capacitaciones intensivas con participación del autor de la ley (ex diputado Lic. Leonardo Gorbacz), la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el INADI, la Oficina Regional de Salud Mental de la OPS, jueces civiles de familia, defensores oficiales, organizaciones de la sociedad civil (como el CELS e Intercambios), asociaciones de familiares (RED FUV) y usuarios (APUSSAM: Asamblea Permanente de Usuarios de los Servicios de Salud

Mental), entre otros. La Unidad comenzó a operar el 1º de agosto de 2011.

► *SMyC: ¿Tuvieron ya intervención en algunos casos?*

Laufer Cabrera: Sí, en muchos. Al día de hoy (23 de septiembre) hemos intervenido en casi 300 casos, y durante el mes de agosto trabajamos en más de 160 casos.

► *SMyC: ¿En qué instituciones se encontraban las personas internadas?*

Por nuestra competencia legal, derivada de la actuación del Ministerio Público ante la Justicia Nacional, intervenimos en casos de personas internadas involuntariamente en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Entre el subsector público y privado, según un trabajo de diagnóstico previo, tenemos relevadas cerca de 40 instituciones que efectarían internaciones en la Ciudad. Sin embargo, hasta el momento hemos

recibido comunicaciones de internaciones involuntarias en 19 de ellas. Estimamos que aún hay una cifra “negra” importante, que se irá reduciendo en la medida que el futuro decreto reglamentario de la Ley de Salud Mental precise en detalle la obligación de la institución de dar aviso inmediato a la defensa pública.

También, una vez creado el futuro Órgano de Revisión, seguramente a través de las actividades de fiscalización, aumentará el control sobre mayor cantidad de instituciones, y por ende, podremos brindar el servicio de defensa legal gratuita a más personas internadas involuntariamente. Según datos de nuestro primer mes de trabajo, el 66% de las personas internadas involuntariamente se encontraba en instituciones privadas. Pero estos números son preliminares y seguramente la tendencia real se irá descubriendo para final de año.

► **SMyC: ¿Cuanto tiempo llevaban estando internados?**

Laufer Cabrera: Por cuestiones de competencia y distribución de trabajo al interior del Ministerio Público de la Defensa, nosotros comenzamos la actividad respecto de aquellas internaciones forzosas que se produjeron desde el 1º de agosto, con lo cual todos esos casos no llegaban al mes de internación. Para las internaciones involuntarias preexistentes, el servicio de defensa legal es brindado por otras áreas del Ministerio Público. El objetivo de esta asignación de competencia a la *Unidad* fue darle un perfil de inmediatez e intervención activa, a efectos de controlar las internaciones en los primeros

días, y trabajar para que no se prolonguen innecesariamente.

En efecto, en el mes de agosto, en la casi totalidad de los casos (en un 94%) hemos logrado llegar a la persona internada dentro de los 3 primeros días en que se efectúa la comunicación de internación a la Unidad, en un abordaje muy rápido.

► **SMyC: ¿Qué actividades están desarrollando actualmente? ¿Las personas internadas que se conectaron con la Unidad de Letrados habían realizado anteriormente alguna demanda pidiendo la externación? ¿Cuál era el motivo por el cual no se los externaba?**

Laufer Cabrera: En esta etapa de implementación de la ley nos dedicamos a hacer conocer cuáles

son los derechos que deben regir en una internación involuntaria, tanto a las personas internadas, como a los equipos tratantes y autoridades de las instituciones.

Estamos transitando un período de difusión y conocimiento mutuo, de hacer saber a las personas que pueden ejercer un derecho con el que no contaban antes, al menos no de esta manera tan inmediata, y con un perfil despojado de abordajes tutelares.

Nosotros estamos para colaborar con el derecho a la salud de las personas, pero también para garantizar un derecho que no era vislumbrado suficientemente, es decir, el derecho de esas personas a ser consideradas sujetos plenos de derecho con capacidad de decidir sobre sus vidas, su derecho a ser oídas, a defenderse legalmente, y a acceder a la justicia, al igual que cualquier otro ciudadano.

En esta etapa nos dedicamos a hacer conocer cuáles son los derechos que deben regir en una internación involuntaria, tanto a las personas internadas, como a los equipos tratantes y autoridades.

Por eso, luego de que nuestro rol es comprendido, y que se genera confianza con las personas internadas, allí pueden empezar las demandas de externación. Antes de la ley, no existía tan claramente un actor que trabajara directamente para materializar las demandas de las personas internadas forzosamente.

Sin embargo, al momento del primer contacto (que se da en las propias instituciones, ya que hacemos visitas diarias a las instituciones) la principal petición de nuestros defendidos no ha sido el reclamo de externación inmediata, sino otro tipo de cuestiones vinculadas al mejoramiento de las condiciones de internación. En efecto, según los registros del primer mes de actuación, en el 33% de los casos las personas expresaron su voluntad de ser externadas inmediatamente, mientras que la mayoría, más del 50%, no se opuso a su internación actual (recordemos que nos encontramos por el momento ante internaciones breves). En este primer período observamos que muchos casos no se transforman en tiempo oportuno en una externación, en razón de una prolongación injustificada de la internación.

Y esto último se da como consecuencia de la falta de comprensión suficiente –por parte del servicio asistencial- sobre el nuevo criterio de “riesgo cierto e inminente” para proceder a la excepción de la internación forzosa, a la falta de elaboración rápida de un plan de tratamiento y externación, a la falta de personal suficiente y la alta rotación de los profesionales tratantes (pues en las clínicas privadas, por lo general, los profesionales de la salud no pertenecen a la institución, sino que dependen de la obra social o prepaga, por lo que van rotando en distintos efectores y no hacen seguimientos diarios de los pacientes a su cargo), y a la falta de trabajo con los lazos sociales de los pacientes, entre otros motivos.

► **SMYC:** *Los casos en los que la Unidad de Le-trados está interviniendo o irá a intervenir, ¿cómo se garantiza una externación que brinde condiciones de vida adecuadas y factibles para la persona a ser externada?*

Laufer Cabrera: Creo que este es el principal desafío que plantea la Ley, aunque no es una misión exclusiva de la Defensa Pública, sino de todos los actores que deben intervenir en el campo de la salud mental.

En un primer nivel, el servicio asistencial que lleva a cabo la internación es el que desde ese momento debe planificar el trabajo para la futura externación, por fortalecer los vínculos de la persona con su familia, con la comunidad, y en tratar de armar las redes de contención necesarias para que la persona pueda sostenerse, y no requerir de una nueva internación si es posible evitarla.

A nivel político y ejecutivo, la autoridad de aplicación (local y nacional) tiene mucho campo para desarrollar en esta línea, mediante el impulso de todos los dispositivos alternativos, intermedios, comunitarios, que la ley exige para sustituir la atención manicomial, y aplicar realmente de forma excepcional la internación.

La creación del Órgano de Revisión será fundamental en este aspecto, pues podrá impulsar y exigir diversas políticas públicas activas que tiendan a este mismo objetivo.

En los casos en que la *Unidad* interviene, se trabaja para controlar que la internación forzosa realmente se justifique, para que sea lo más breve posible y luego pueda transformarse en una internación voluntaria, o en una externación, para que se respeten todos los derechos de la persona internada y no se cometan abusos.

En el marco de esas acciones, y recordando que nuestra competencia y objetivo principal es asegurar la defensa de la persona mientras dure su internación forzosa, también acompañamos y exigimos lo necesario para lograr condiciones adecuadas en el afuera, que faciliten la externación.

► **SMyC:** *¿Tienen contactos intersectoriales para posibilitar que la persona a ser externada ingrese a algún dispositivo (casas de convivencia, hospital de día, etc.) que cuente con asistencia en salud mental?*

Laufer Cabrera: Sí, recién estamos comenzando nuestra labor, pero estamos avanzando en detectar la mayor cantidad de recursos intersectoriales posibles para sugerir a los equipos tratantes y servicios asistenciales, para apoyar la construcción de redes comunitarias, y lograr que la tasa de internación sea lo más baja posible.

Además de los contactos con dependencias gubernamentales y servicios socio-sanitarios, nos interesa especialmente fomentar el desarrollo de vínculos con organizaciones de pares, es decir, con asociaciones de familiares, y de personas usuarias y ex usuarias de servicios de salud mental, que han transitado por la experiencia de una internación, y tienen mucho para aportar y colaborar con las personas que actualmente deben vivir una situación similar.

► **SMyC:** *¿Qué otras cuestiones quisiera agregar o comentar sobre el trabajo de la Unidad?*

Laufer Cabrera: Que si bien nuestra intervención puede generar inicialmente resistencia en algunas instituciones, en especial del sector privado, eso es parte de la adaptación cultural que todo nuevo paradigma conlleva. Es que en realidad nuestra actuación puede colaborar para el correcto funcionamiento de los servicios de sa-

lud mental, públicos y privados. En muchos casos nuestras gestiones y peticiones se resuelven de modo extrajudicial, planteándose directamente ante los efectores y equipos tratantes, y lográndose su cumplimiento sin necesidad de una orden judicial específica.

Por lo demás, el contacto rápido con la situación de internación, y la labor interdisciplinaria de la *Unidad* (abogados, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales), ha permitido incidir en la adopción de mejoras en las instituciones y en los tratamientos, vinculadas a: evaluaciones e intervenciones terapéuticas realizadas con mayor celeridad y continuidad, mayor actividad del área de trabajo social de las instituciones, a los fines de movilizar recursos en la comunidad y lograr la re vinculación con familias y lazos sociales; restricción en la aplicación de contención física y cese de tal medida ante la presencia e insistencia del abogado; cambio y suspensión de medicación excesiva; cese de la restricción de visitas y llamadas telefónicas; internaciones de menor plazo de duración; mayor atención a las demandas de la persona internada, en especial, en relación a las solicitudes de externación y traslados; aumento de la información brindada al paciente respecto de su tratamiento.

Somos conscientes que solo somos un actor más dentro de este campo, y que el verdadero cambio en el paradigma de atención, y la reforma integral del sistema de salud mental se mide a mediano y largo plazo, y depende del trabajo diario de todas y todos.

Información

“Salud Mental y Medicina de Familia: trabajando juntos”

Conferencia temática – Granada- España- 8 al 11 de Febrero 2012

Convocan:

- Asociación Mundial de Psiquiatría - WPA
- Asociación Española de Neuropsiquiatría –AEN
- Red Maristán (Universidades de Londres, Inglaterra; Granada, España; Nova de Lisboa, Portugal; Universidad Nacional de Lanús, Argentina; Universidad Mayor de San Simón, Bolivia; Universidad de Londrina y Universidad Federal de Porto Alegre, Brasil; Universidad de Concepción, Chile).
- Universidad de Granada, España.
- Asociación Mundial de Psiquiatría Social
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Gobierno de España.

Presidente: Dr. Pedro Ruiz - WPA

Presidente Comité Organizador: Dr. Francisco Torres González.

Este conjunto de organizaciones, tanto de profesionales del campo de la Salud Mental como de la Medicina Familiar, como la participación de organizaciones de usuarios, junto a instituciones universitarias y la participación de organismos de Gobierno, obedece a una propuesta conjunta que se está desarrollando desde hace años en Europa y que pretende extenderse hacia América Latina, cual es de avanzar en una mayor integración de los cuidados de Salud Mental con los brindados por la Medicina Familiar, encuentro que tiene su lugar central en el primer nivel de atención, esto es, dentro de las estrategias de la Atención Primaria de la Salud.

Este es a su vez uno de los objetivos centrales de la reforma de la atención psiquiátrica, transferir en todo lo posible los cuidados de salud mental desde el hospital psiquiátrico hacia servicios comunitarios. Y es también uno de los objetivos de la Red Maristán, de la cual forma parte nuestra Universidad: desarrollar investigación desde esta nueva perspectiva a la vez que implementar formación profesional del mayor nivel en las universidades para afianzar esta nueva política en Salud Mental.

Entre las actividades de esta Conferencia, (Simposios, Talleres, Conferencias), la Red Maristán presentará tres Simposios, sobre Tratamiento Asertivo

Comunitario, sobre procesos de desinstitucionalización en países de América Latina, y dirigirá un Debate sobre Trastornos Mentales Severos en el Servicio de Atención Primaria. Estas actividades no agotan la participación de la Red Maristán, ya que varios de sus miembros presentarán informes de investigaciones en curso, conferencias y algunos talleres de reflexión.

Nuestra Universidad de Lanús, a través del Director del Doctorado en Salud Mental Comunitaria, forma parte del Comité Asesor de la Conferencia, junto a otros miembros de la Red Maristán.

Se puede consultar todo lo referido a esta Conferencia en: www.thematicconferencegranada2012.com

Para comunicarse o ampliar información, debe escribir a: info@thematicconferencegranada2012.com.es

Posgrados:

Doctorado en Salud Mental Comunitaria

El Programa de Doctorado en Salud Mental Comunitaria se realiza dentro de un convenio entre las ocho universidades que componen la Red Maristán. De esas universidades provienen los docentes encargados de los doce seminarios del programa presencial y también algunos de los Directores de Tesis. Su dictado comenzó en 2002 y contó con un importante subsidio de la Unión Europea a través de su Programa América Latina Formación Académica (Programa ALFA-UE). En dos oportunidades, al comienzo y final de la primera cohorte, este organismo formalizó una evaluación del Programa y lo calificó dentro de su ítem de “Buenas Prácticas” en los proyectos de ALFA, con una elogiosa evaluación en su Página WEB. Igualmente fue evaluado por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), acreditado y Categorizado “A”, la mayor Categoría en posgrados.

A la fecha se desarrolla su cuarto ciclo. Han egresado de la parte presencial y se encuentran realizando sus Tesis doctorales 56 alumnos (14 de otros países y 42 de distintas provincias de Argentina), 7 ya han defendido su tesis y obtenido el Título de Doctor (cinco de Argentina y dos de Brasil y Bolivia), y tres más han presentado sus tesis y esperan su defensa ante un Jurado. Este programa de doctorado está contribuyendo a que nuestro país, junto a países de A. Latina esté logrando contar con un recurso profesional y de investigadores de primer nivel que sin duda facilitarán en sus respectivos ámbitos universitarios o de gestión la formación de otros profesionales bajo esta orientación.

Dado que para cada ciclo se selecciona un grupo de postulantes, la apertura de nuevos candidatos se realiza cada dos años y una vez conformado un grupo este realiza los seminarios presenciales. Los requisitos para la postulación y admisión pueden ser consultados en la página Web de la Universidad.

Maestría en Salud Mental Comunitaria

El Programa de Maestría comenzó en 1997, fue una de las primeras actividades académicas de la Universidad Nacional de Lanús. Al año 2011 esta cursando este posgrado la novena cohorte. Más de veinte egresados se han graduado y obtenido su Título de Magís-

ter en Salud Mental Comunitaria, y un número mayor esta elaborando sus Tesis.

El carácter interdisciplinario de este programa ha logrado que entre sus alumnos haya Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Terapistas Ocupacionales, Musico terapeutas, Abogados, Sociólogos, Licenciados en Comunicación y Licenciados en Enfermería, composición de profesiones que consideramos esencial para la amplitud disciplinaria que tienen hoy las practicas de cuidados y promoción en Salud Mental.

El posgrado fue evaluado en dos oportunidades por CONEAU y acreditado, obteniendo la Categoría "B". El Programa y toda la información puede obtenerse en la pagina web de la Universidad.

Secciones y pautas

El Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús inicia una publicación periódica en el área de salud mental: Salud Mental y Comunidad. Nuestro objetivo es publicar artículos originales del campo de la salud mental comunitaria.

Queremos profundizar y difundir los conocimientos sobre este área y favorecer el intercambio de experiencias comunitarias orientadas a la promoción de los derechos humanos y de la salud mental. Invitamos a los investigadores, académicos, trabajadores del campo de la salud mental y de los derechos humanos a participar de este emprendimiento.

Salud Mental y Comunidad adopta para su publicación las normas establecidas por el Manual de Estilo de la APA (American Psychological Association) 6ª. Ed. <http://www.apastyle.org/>

Secciones

Artículos

Textos originales de investigación teóricos o de praxis del campo de la salud mental y comunitario. Las investigaciones deberán estar respaldadas por instituciones científicas acreditadas.

Debate

Ensayos, Conferencias, artículos que reflejan comentarios y opiniones de los autores.

Información

Informaciones de acontecimientos diversos del campo de la salud mental y comunitario.

Pautas para la presentación del texto

Se aceptan únicamente textos escritos en lengua española. Deben presentarse a doble espacio, con letra Times New Roman 12, en hoja ISO A4, en Word (sistema operativo de Windows). Alineación a la izquierda. Las páginas no deben estar numeradas.

Primera página: el nombre del autor/es, título de grado y de posgrado, institución de pertenencia, correo postal, correo electrónico de cada autor. Segunda página: título del artículo, resumen en español e inglés, tres a cinco palabras clave en español e inglés.

Resumen de doscientas palabras. El número total de páginas no debe exceder las veinte páginas. Los traba-

jos serán enviados a: saludmentalycomunidad@unla.edu.ar

Notas finales

Refieren a comentarios que especifican o aclaran un concepto o una idea expresada en el texto. Deben presentarse en forma numérica, entre paréntesis y en orden correlativo. No deben presentarse a pie de página sino como nota final.

Ilustraciones

Se aceptarán un máximo de cinco figuras o cuadros en blanco y negro. Deben ser enviados en hoja aparte con su correspondiente título, uno por hoja, en el programa utilizado para su confección (excel, power point o cualquier programa de uso generalizado) y se organizarán correlativamente con numeración arábiga. La información contenida en las ilustraciones no debe duplicar o reiterar lo expuesto en el texto del artículo. Si se hará uso de una figura o cuadro ya publicado, debe explicitarse la fuente y obtener el permiso por escrito para su reproducción.

Agradecimientos

Los autores podrán agradecer a aquellos que hayan colaborado en la elaboración del texto a presentar. En caso de contar con fuentes de financiamiento, deberán ser explicitadas.

Referencias bibliográficas

La bibliografía citada y la bibliografía de consulta deben presentarse en hojas separadas del texto y acorde a lo estipulado por el Manual de Estilo de la APA, 6ª. ed. Deben presentarse en orden alfabético.

Libro completo

Autor, A. (Año). Título del libro. Lugar: Editorial.
Minayo, M. C. S. (1995). El Desafío del Conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Capítulo de un libro

Autor, A. (Año). Nombre del capítulo. En Título del libro. Lugar: Editorial.
Goffman, E. (2004). Sobre las características de las instituciones totales. En Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Revista profesional impresa

Autor, A. (Año). Título del artículo. Título de la revista, Vol (#), pp.

Shramm, F.R. (2009). Violencia y ética práctica. Salud Colectiva. Vol 5 (1), 13-25.

Revista profesional digital

Autor, A. (Año). Título del artículo. Título de la revista, Vol (#), pp. doi: #

Herbst-Damm, K.L. & Kulik, J.A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times if the terminal ill patients. *Health Psychology*, 24, 225-229. doi: 10.1037/0278-6133.24.2.225.

Revista en línea

Autor, A. (Año). Título del artículo. Título de la revista, Vol (#). Recuperado de URL

Tosta Berlinck, M. (2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas. *Salud Mental*. Vol 32 (4), 265-267. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58212276001.pdf>

Periódico

Autor, A. (Año, fecha). Título del artículo. Título del periódico, pp.

Fava, A. et al. (2009, febrero, 19). Una experiencia desmanicomializadora. *Página 12*, 33-33.

Periódico en línea

Autor, A. (Año, fecha). Título del artículo. Título del periódico. Recuperado de URL

Galende, E. (2011, junio, 9). Amor fascista, amor conyugal, amor romántico. *Página 12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-169714-2011-06-09.html>

Carta de cesión de los derechos de publicación

Junto con el envío del trabajo se deberá incluir una carta firmada por todos los autores con el mismo orden de presentación del artículo con los siguientes datos: a) Nombre y Apellido de los autores; b) nombre completo de la institución de pertenencia de cada autor; c) autor responsable del envío con su dirección postal, teléfono y correo electrónico; d) texto en donde se indique que es un texto original que no ha sido publicado ni total ni parcialmente y que no ha sido enviado en forma simultánea a otra publicación; e) que en el caso de ser aceptado para su publicación en la Revista ceden sus derechos de publicación a la Revista Salud Mental y Comunidad.

Selección de trabajos

Todos los trabajos recepcionados serán evaluados en una primera instancia por el Comité Editorial a fin de determinar su adecuación con los objetivos de la revista, con la política editorial y con las pautas editoriales. Los textos de la Sección Artículos que se encuadren dentro de esta orientación, serán enviados a un sistema de pares evaluadores en forma anónima para su evaluación. El resguardo de confiabilidad engloba tanto a los autores como a los evaluadores.

El Comité Editorial y/o los evaluadores podrán proponer modificaciones al texto presentado, pudiendo los autores presentar nuevamente el texto para su evaluación. La revista se reserva el derecho a rechazar artículos que no respondan a la política editorial o a las pautas de presentación.

Se enviarán tres ejemplares de la revista al autor responsable de los artículos publicados.

*Departamento de Salud Comunitaria
Universidad Nacional de Lanús*



EDUNLa Cooperativa

29 de setiembre 3901

Remedios de Escalada – Partido de Lanús

Pcia de Buenos Aires – Argentina

TEL. 54 11 6322-9200 int. 5727

edunla@unla.edu.ar