

## SALUD MENTAL, UNA POLITICA DE DOS VELOCIDADES?

Jóse Alberdi

*El debate sobre la cuestión antimanicomial, consideramos que necesita argumentos y confrontaciones sobre todo en el terreno de lo local. Sólo así podría salir tanto de la subsidiariedad como de las recetas fáciles nombradas en el paraguas de la "salud mental". Presentamos aquí un artículo que se propone participar activamente de la "disputatio" del campo.*



63

En primer lugar, como trabajadores de la salud mental pertenecientes a distintas instituciones ("manicomio" y "dispensario")<sup>1</sup> y a distintas jurisdicciones (ámbito provincial y municipal) ensayaremos una suerte de diagnóstico preliminar sobre la situación del sector. En ese sentido mapearemos el por qué de la continuidad del circuito psiquiátrico, y también en parte la vuelta de la atención primaria a la producción de nuevos binarismos en la asistencia en salud mental; en el campo de las primeras hipótesis, tal vez la más precaria de las selectivas de la atención primaria.

En segundo lugar relevaremos qué se entiende (o que se entendía) por "atención primaria" en salud mental, fundamentalmente desde la visión de los formadores de opinión, con el objeto de confrontarlas cuidadosamente con la práctica cotidiana de la salud mental comunitaria en la ciudad de Rosario.

En el tercer momento y a manera de conclusión buscaremos pistas para repensar la posibilidad de una red que cierre -mas que no se encierre- en el campo de la salud mental, defendiendo la factibilidad de un modelo asistencial en el que avance de la ciudadanía de los trabajadores de la

salud mental aumente las posibilidades de ciudadanía activa de las personas que padecen sufrimiento psíquico.

#### 1- Sobre la insuficiencia del "Rosario" de la Salud Mental.

En el momento más ensayístico del trabajo, si queremos hacer un corte transversal de las políticas de salud mental que se inscribieron con distinta fuerza y legitimidad en el territorio de los servicios de salud, debemos nombrar mínimamente la fenoestructuración de esta política, que damos en llamar de dos velocidades, en la red de servicios de salud mental del municipio de Rosario:

- se hace necesario constar que la posibilidad de pensar una "salud mental comunitaria" sólo es posible nuevamente con la transición democrática. Los nuevos vientos democráticos crearon un ambiente especial para la reivindicación de nuevos modelos asistenciales alejados tanto del padrón asilar como de la industria privada de la locura. Sin embargo, al mismo tiempo que se renovaron las posibilidades de lucha contra el circuito manicomial, y la posibilidad de una asistencia más inscripta en las necesidades cotidianas de los sectores "subalternos" y sus "locos y nerviosos", paralelamente se pasó a convivir con el ajuste y reconversión conservadora del campo institucional público, lo que no deja de tener pocas implicancias para el tránsito de las reformas en salud mental.

- concurriendo con una serie de determinantes socio-históricos, la salud mental, o mejor dicho la psiquiatría pública, estaba fundamentalmente enmarcada dentro de una fuerte fragmentación entre las jurisdicciones nacionales, provinciales y municipales, y ésto continuó a pesar del consenso establecido en la transición. La revisión de los principales acuerdos programáticos revelaba, a partir de la transición, una fuerte "profesión sanitarista". La construcción de los principales manuales estaba inscripta en la suma teológica de la salud mental: *Planificación + participación, psicoanálisis + sanitarismo, saber técnico + saber popular; atención primaria + servicios hospitalarios = transformación de la realidad manicomial*. Este tipo de elecciones y líneas reforzaba la opción por una visión de las reformas altamente condicionada por la fragmentación anteriormente nombrada, y de hecho priorizaba las estrategias desarrolladas por las reformas que los italianos adjetivan (tal vez peyorativamente) de "modernizadoras". Las mismas estaban marcadas como sus imágenes, objetivos del "sector" francés y de las "preventivistas" norteamericanas, en la seguridad de los cambios producto de la difusión de los servicios comunitarios de salud mental, en que por ejemplo la desestimación de los manicomios sería resultante casi natural del desenvolvimiento de los nuevos servicios periféricos que substituirían al modelo asilar en proceso de deshospitización.

- paralelamente los tiempos de cambio se enfrentaron con una serie de problemas en que este "Rosario" de la salud mental era marcadamente insuficiente para llevar a cabo reformas estructurales en el sector. La persistencia del circuito manicomial, como el de los dispensarios, fue sin duda la principal entre las dificultades. Las políticas de salud mental no establecían sus acciones en una tabla rasa o en el vacío, sino en una serie de instituciones jurídicas, sanitarias y sociales, para quienes la solución del circuito manicomial, si no en las palabras en las obras, se constituía en una solución para una cantidad cierta de pacientes. Concomitantemente los espacios programáticos no tenían autonomía ni política ni financiera: éste es un dato básico para reconocer el saldo frustrante de estas nuevas gestiones en sus distintos niveles de responsabilidad. Prácticamente el grueso del haber financiero continuaba en el nivel de las promesas o en la gestión administrativa de los problemas de las instituciones más tradicionales. En cuanto a la falta de autonomía política, se reflejaba que las mismas tenían clara dependencia de los cuadros sanitarios partidarios. Sus prácticas se caracterizaban sobre todo por favorecer la despolitización progresiva de las reformas, privilegiando su caída burocrática, contratando con los funcionarios de la salud mental, y mediadamente con los trabajadores de la salud mental, un pacto no firmado de no afectar los intereses creados del sector.

- durante gran parte de la transición, y después de ella, se estableció casi por necesidad un juego de competencia-colaboración entre las distintas administraciones en el territorio de la salud mental, en base a que la fuerza del consenso era justamente su debilidad. Si hacemos una lectura en profundidad de lo que hemos dado en llamar el Rosario de la salud mental, el mismo claramente denunciaba su falta de complejidad, simplificando la capacidad de aplicabilidad de los principales dispositivos de la salud mental, sin reflexionar si los mismos eran, una vez más, una innovación sin cambio. Podemos decir inclusive que todos colaboraban para distribuir las reformas (nadie defendía posiciones asilares clásicas o propiamente psiquiátricas aunque la lectura de algunos planes en sus supuestos básicos sancionaba su continuidad), pero por otro lado no existía, por lo menos en los hechos, una voluntad política de emprender reformas estructurales. La mayoría de las veces el bloqueo o el impulso a la politización de las demandas en salud mental dependía más de las agendas de urgencia o de gobernabilidad<sup>1</sup> de las direcciones que de un "interés general" (incluyendo los profesionales y los trabajadores) por la necesidad ética de las reformas.

- saliendo de una lectura fatalista o pesimista, podemos decir que el panorama asistencial no es el mismo de comienzos de la transición, sobre todo en lo que hace a las experiencias que se están desarrollando dentro de algunos ámbitos, que a partir de la hegemonización de ciertos espacios de poder en la planificación de la política de salud pública por parte de la *intelligentzia*

sanitaria progresista local, permitió una renovación de los antiguos dispensarios dentro del modelo asistencial reconocido como de atención primaria. Esto facilitó la necesidad de formar equipos interdisciplinarios en los que el debate sobre la salud mental volvió a jerarquizarse, canalizando una serie de cambios en los cuales tal vez tendría viabilidad política pensar (y esa es nuestra apuesta) una serie de reformas más radicales que le den contenido a una política de salud mental que, en sus acciones programáticas, inscriba la posibilidad de interpelar lo que damos en llamar (reconociéndonos en otros autores estudiosos del campo de las políticas de salud mental) una política de dos velocidades en salud mental.

### 1.1. De qué hablamos cuando hablamos de una política de dos velocidades en salud mental?

Una mirada a largo plazo, y pasados los acuerdos del consenso por las externaciones y la salud mental comunitaria, confirma que el modelo asistencial está determinando por acción o por omisión la continuidad -y en parte el *aggiornamento*- del circuito psiquiátrico, y la precariedad de la atención primaria. Las causas serían múltiples, sobre todo en tiempos de esta modernización conservadora, mas no son menores como datos la falta de capacidad económico-técnica, y a veces de voluntad política por parte de los planificadores y los distintos actores en sus tramas asistenciales, terminando por conformarse, a veces resistencialmente al imperio de una política que se inscribe en un registro de dos velocidades. La misma no se asienta en el primado estratégico de la participación integral, el paradigma preventivista, la democratización de la asistencia o la interpelación de las representaciones sociales que excluyen la diferencia, sino en la reposición actualizada de una doble inscripción en que se actualizan complementariamente una serie de binarismos, y que según Castel hacen a la historia de la psiquiatría. Esto es, la posibilidad de *aggiornar* y modernizar a la psiquiatría, continuando a cumplir sus funciones básicas en el ahora territorio "moderno" de la salud mental:

- el de la retaguardia manicomial, que si bien democratiza su fachada e introduce la clínica y dispositivos de externación, no toca o no consigue tocar lo esencial del estatuto de exclusión que significa la internación asilar (y muchas veces judicial), invirtiendo en denunciar los aspectos más oscuros de las prácticas manicomiales e induciendo cambios en los pacientes (terapéutica); pretendiendo satisfacer sus necesidades bio-psico-sociales (asistencia) y manteniéndolos legalmente confinados hasta que sean considerados sanos o "compensados" para retornar a la vida civil; o simplemente expulsando, para los más pragmáticos, no consiguiendo intervenir con la suficiente fuerza en la des-segregación de la locura en las instituciones y comunidades.

- el segundo movimiento, complementario del anterior, es la cara más moderna y que no se dedica (o no está capacitada?) a tratar la población objeto de la velocidad anterior (esto es, la minoría psiquiátrica). Ella (la atención primaria y/o los equipos de los hospitales generales) trata la mayoría de las veces de instalar dispositivos asistenciales de consultorio lo más cerca del domicilio, respuesta en parte a un social en crisis y a una subjetividad cada vez más vulnerable. La clínica en salud mental se inscribe en el tratamiento de los antes "agudos", pero con mayor precariedad en su "asistencia" a los que plantean una demanda "crónica".

67

Esta política de dos velocidades, institucionalizada dentro de un sector público en el que sobran las demandas y caen cuesta abajo las posibilidades de aumentar la cantidad y la cualidad de los recursos humanos, no es neutra, en especial para aquellos sectores más vulnerables a caer en la zona de "desafiliación" que también enuncia Castel al retratar la nueva cuestión social. En tiempos de neosistencialismo, inclusive la intención de liberar a la psiquiatría -vía salud mental- de sus correlatos de control social para restituirle su estatuto terapéutico, puede resultar en una red de prestaciones que, plagiando a los italianos, reproduce y multiplica la lógica solamente negativa de la deshospitalización, seleccionando, descomponiendo, no responsabilizándose, abandonando, mirada un tanto pesimista pero que no pierde actualidad.

## 1.2. Una mirada "impresionista" a la atención primaria en salud mental

La atención primaria, una de las estrategias que identificaba la novedad de los años 80 en materia de salud mental, se pareció más con los dispensarios que imaginaban los reformadores de principios de siglo que con la vigencia de los principios de la APS de integralidad, participación y eficacia en la asistencia a los pacientes psiquiátricos:

*«...Y en todo caso, si la difusión de consultorios alcanzara las debidas proporciones, la instalación se ejecutaría, al propio tiempo que en las clínicas, fuera de ellas, con lo cual se alejaría en los enfermos la desconfianza de una posible internación. Ahora se preguntará: de que categoría de enfermos habría de ocuparse el consultorio? ... de los «alienados inofensivos» contestó en Francia un miembro del Consejo Superior de la Asistencia Pública; de los «pequeños psicópatas», respondió H. Claude (...) Sobre la utilidad de estas instituciones parece superfluo insistir, dado que en todo el mundo psiquiátrico están hoy convencidos de que este nuevo organismo está destinado a aminorar un sin número de internaciones...» (Bosch, 1931).*

Varios sanitaristas (Testa:1989, Bellmartino:1992, Grodos:1988), en las primeras evaluaciones respecto del rol de la atención primaria y su peso en la modificación de las lógicas organizativas

y los procesos de trabajo en la producción de los servicios en los sistemas, concluían que su inserción en el sistema de salud no había generado grandes cambios. Con el uso de un binarismo como disparador del debate, Testa se preguntaba: Atención Primaria o Primitiva? Aludiendo a los límites que se registraban en las prácticas de la Atención Primaria, certificaba además que los recursos humanos utilizados eran en primer lugar escasos, y en segundo lugar poco capacitados para emprender tareas como las de acciones programadas, inducción de la participación o multiplicación de tareas de prevención. Otra de las cuestiones que colocaban los autores a la orden del día, era que las direcciones de atención primaria habían priorizado las concepciones más cercanas a la atención selectiva, en clara conjunción con las directrices de organismos internacionales como la Unicef<sup>2</sup>. En nombre del realismo político y la urgencia, privilegiaban las acciones principalmente dirigidas a la salud materno-infantil, introduciendo nuevamente parámetros normativos y focalizados, reforzando el rol de policía de las familias, perdiendo fuerza y oportunidad las estrategias de animación social y comunitaria referida a otros problemas y procesos.

Si llevamos el registro de este debate al campo de la salud mental cabe replantearse -tomando como parte de este análisis una serie de indicaciones de los formadores de opinión en este campo - (Galende:1992, Stolkiner:1996, Blas de Santos:1996)- cómo se pensaba y todavía se piensa la integración de la salud mental en los dispositivos de atención primaria. Por un lado se hace importante observar críticamente los modos de acción selectiva, es decir, estrategias de abordaje previamente seleccionadas. Esto se contrapone a lo que la APS propugna, sobre todo en cuanto al postulado de integralidad en la comprensión de los problemas. Por otro lado, resulta bastante azaroso "pre- ver" cuales serían estas problemáticas antes de que las mismas se conviertan o se fijen en problemas. Si por atención primaria entendemos el esfuerzo por recuperar la complejidad que atraviesan importantes sectores sociales en la identificación y en el acceso a los problemas que típicamente llamamos de proceso salud-enfermedad, y no solamente un dispositivo de "puerta de entrada" a un sistema de atención, como refiere Rovere (1997) asistimos a una revolución copernicana en la forma de producir la asistencia. Llevada a nuestro territorio esta cuestión nos exige desarrollar estrategias que replanteen una política de integración de la salud mental a las políticas de salud, sin negar las diferencias y especificidades que ambas mantienen.

En este sentido cobran fundamental importancia los equipos de salud y los dispositivos que estos pongan en práctica en el abordaje, diferenciando la lógica de cada especificidad y no cayendo en la lógica de agregados. Lógica que se basa en suponer la compatibilidad universal de los saberes y terminar por postular, sin ningún rigor teórico ni práctico, un "aglutinamiento" ideológico de lo progresista que pretende presentar la completud del saber por un agrupamiento de los saberes parciales. Al suponer casi tautológicamente que lo progresista es compatible con lo pro-

gresista, todo el problema teórico quedaría reducido a la elección de lo más avanzado en cada campo para obtener la suma más de punta ganando en positivismo y perdiendo en criticidad<sup>3</sup>.

Pensar una política de salud mental significa para Galende (1992) asumir creativamente las premisas de atención primaria y de intervención comunitaria, entrando en el difícil terreno del deber ser en tanto nos permite construir una matriz utopizante (es decir productora de utopías). Esta política debe separar sus acciones de las premisas psiquiátricas preexistentes -mas sin desconocerlas en su peso y sin olvidar la actualidad del manicomio- para constituir una política alternativa autónoma y pública (en el sentido fuerte de la palabra) que camine en una acción teórica práctica que confronte las teorías -y no solamente las asuma como un recurso de autoridad disciplinar- y redefina las ideologías más clásicas sobre las prácticas terapéuticas, interroque de manera instituyente las formas cristalizadas de la estructura institucional, los roles profesionales y de la propia comunidad en todos sus niveles, en la percepción de los problemas, en la programación y en la ejecución de las acciones.

Continuando esta línea de análisis la intervención comunitaria consistiría en la producción, más que en la aplicación -en razón de lo que la propia palabra connota: la racionalidad reificada en su condición instrumental- de métodos que, jerarquizando fundamentalmente las áreas de conflicto o las zonas de desafilación donde la fragilidad de los vínculos es la más actuante, hagan circular los mismos en la agenda comunitaria, social o familiar, evitando apropiarlo en un diagnóstico o en una intervención técnica resolutive. Continuando con Galende se debe tener en cuenta no alentar la ilusión de que al nombrar y al hablar de los conflictos se los domina o resuelve. Lo que sí, (y más en estos momentos), se debe preservar es la capacidad de actuar sobre ellos participando al conjunto y en especial al propio sujeto, y no cristalizarlo en el análogo de sociabilidad de la asistencia especializada. Sabemos que se puede juzgar una práctica -en este caso la de la salud mental- por la distancia existente entre su sistema de valores -y episteme- y su práctica cotidiana, queremos por lo tanto tomarnos el trabajo de mapear la serie de dificultades con las que se confronta la atención primaria en el día a día de los espacios institucionales dedicados a la salud mental:

- El buen sistema de salud (Galli: 1987) que se edifica con tecnología apropiada y apropiable y participación comunitaria, no encuentra eco en la difícil relación que establece el circuito de salud, y en especial el circuito psiquiátrico, en relación a las propuestas de salud mental. Las nuevas «tecnologías» preventivas tardan en llegar, y disponen de medios muy limitados para desarrollar los aspectos más progresistas que la nueva política intenta implantar en su adiós simbólico a la normalización y la medicalización del sufrimiento mental. Las dificultades por corte de presupuesto, los bloqueos administrativos y los seudocompromisos político-institucionales son

parte del día a día de la implantación de los nuevos servicios.

70

- Los equipos que consiguen gradualmente incluir temáticas cercanas a la Salud Mental y que logran en parte sistematizar las mismas, se chocan con una serie de dificultades que más que condicionamientos son determinantes. Entre las primeras, la falta de seguridad mínima en las condiciones de trabajo: administrativamente los recursos humanos y técnicos continúan en su mayoría dependiendo de los apoyos puntuales de cada departamento; el grueso del personal que trabaja del mismo participa en condiciones de contratación en las que el Estado contrata trabajadores temporarios para asistir a trabajadores temporarios. El esquema preventivista del que partían los deja a veces aislados y asilados en una comunidad que no se parece a las del 70, en donde el tejido social está más que deteriorado y los cuadrantes interventivos primarios, secundarios y terciarios, se presentan como un recurso que no encuentra recursos.

- La atención primaria en salud mental (cuando funciona), si funciona para los «desviados» se transforma en una puerta de salida para la internación o su destitución en instituciones especiales y no, como lo sitúan los planificadores, en una puerta de entrada<sup>4</sup> al modelo integrado de salud; no consiguiendo interrumpir los viejos mecanismos disciplinarios que operan a través de las instituciones más tradicionales y la producción de sus poblaciones especiales, enfermo mental, madre soltera, adicto, senil, menor en conflicto con la ley etc.

- La mayor de las dificultades para estos servicios -cuando no resuelven desasistir- se presenta con la asistencia a los pacientes o poblaciones con alto grado de vulnerabilidad social y sufrimiento psíquico. Sus estrategias de trabajo que funcionaban con el modelo médico y los desafiados normales no son «eficaces» y «eficientes» la más de las veces para con los «locos» o los pacientes necesitados de apoyos abiertos. El trabajo de los especialistas es desbordado, sin poder derivar a otro nivel de complejidad, lo que asume mayores riesgos en el caso de la salud mental, porque las lecturas tradicionales observan con buenos ojos la complejidad en el manicomio. Se ven enfrentados sin infraestructura mínima, sin prácticas de acompañamiento terapéutico, sin o con pocas y «primitivas actividades» que refieran a lo que los italianos llaman de reproducción social y ciudadanía activa de las personas que padecen sufrimiento psíquico.

- La atención primaria en salud mental y sus seguidores trabajaban con una definición de usuarios y comunidad<sup>5</sup>, que cuando se sale de los papeles asignados en el modelo con que se los informa en los proyectos, o tienen una conciencia desviante, o por sus propias condiciones de vida cuando participan lo hacen por mandato o por intereses inmediatistas. Los más activos entre tanto comienzan a reflexionar sobre las prácticas, sus mediaciones, y la desasistencia que como un todo va tomando cuenta de la salud pública. Por otro lado la mística de la militancia entre los



profesionales para trabajar en las periferias o entre los excluidos ya no tiene el mismo apelo<sup>6</sup>, y denuncia la falta de continuidad entre los espíritus de época de los 70 y de los 80. La imagen de la sociedad contemporánea cuestiona los moldes tradicionales de análisis sociológicos "sociedad-comunidad", presentando procesos de exclusión y desafiliación que resisten el molde de intervención clásico presente en las técnicas de desarrollo comunitario y sus correspondientes lecturas de la relación de asistencia entre poder público y comunidad y/o familia-paciente<sup>7</sup>. El molde comunitario al que se asiste, por ejemplo en el caso del loco, representado en los vecinos y las instituciones comunitarias y sociales, devuelve principalmente una percepción de las diferencias como concretas e intrasponibles, y un rechazo al pensamiento libertario o integrador del loco en su espacio comunitario, como abstracto y negligente.

71

- La participación comunitaria en salud mental, que es uno de los criterios que según los clásicos sanitaristas define el nivel de salud mental de la población, no inventa mediaciones en la práctica como en otras experiencias y otras reformas, asociaciones de usuarios, asociaciones de familiares, redes de cuidado. A la participación integral en salud mental le faltan actores y le sobran consignas; bajando a la realidad, los principales interesados, los pacientes más vulnerables y/o sus familiares, no encuentran canales de participación en cualquiera de los dispositivos con que se consensuó la política de salud mental y la atención primaria en los 80.

En una de las tantas aproximaciones críticas a los desdoblamientos de las ambigüedades y posibilidades que suponía el experimento de la atención primaria en salud mental, Galende (1992) retoma la serie de dificultades que estábamos nombrando para reflexionar sobre las condiciones de asistencia en salud mental. En su aproximación diferencial, situaba los riesgos de cierta pedagogización de la ciudadanía en reducir problemas de violencia social o conflictos intracomunitarios a problemas que necesitaban la injerencia normatizadora de la salud mental, terminando por patologizar construcciones culturales o, por el contrario, mistificando el saber popular, residualizando las posibilidad de diálogos instituyentes y reactualizando el matema desarrollista de resolver los problemas con los recursos de la propia comunidad.

Galende (1992) alerta inclusive sobre la producción radial de la asistencia que termina comportando la atención primaria en su carácter de primer nivel de complejidad, y lo contraproducente de esta estructura en el caso de la salud mental, porque el centro del sistema radial finaliza en el manicomio. Galende pretende ir más lejos, en una pregunta que marca la diferencia con los enfoques monistas de los 80, los cuales marcaban un pasaje finalista (del tipo presente también en Frankel: 1993) desde la atención institucional a la comunitaria. El autor complejiza los postulados consensuados:

*«...cabe preguntarse: en la intervención comunitaria, dirigida a una desinstitucionalización del enfermo, se anula también el modelo asilar y la relación de poder que engendra? Pienso que la operación no está garantizada si, más allá del cierre o no de los hospitales psiquiátricos, no se construye una nueva relación terapéutica, que no sea objetivante y que pueda establecer una nueva articulación del saber poder...» (Galende, 1992:225)*

### 1.3. Apuntes para un programa de reformas de los servicios en salud mental

Si nos hicieran esa pregunta tan clásica y a veces tan reificada del psicoanálisis: y Usted desde que lugar me habla?, tan parecido al “hay que hacerse cargo” -del sentido común neoindividualista o políticamente correcto-, seríamos partidarios de presentarnos en la posibilidad de poder atribuirnos una identidad, como “trabajadores de la salud mental”, entidad que en tiempos no tan lejanos y ahora tan “autocriticados” permitió inscribir uno de los movimientos más instituyentes en el campo de la salud mental. Tiempo en que los profesionalismos eran limitados por intereses más generales y en que la invención de nuevos dispositivos de trabajo no eran tan sancionados simbólicamente por las instituciones ni por las disciplinas. Es dentro de esta necesidad que nos encontramos con el interés, más que con el conocimiento, de poder pensar como trabajadores en la posibilidad de inscribir un ideario de reformas, con el objeto de, si no tocar, por lo menos interpelar a la política de dos velocidades a la que hemos hecho mención y apelar a una radicalización en tanto densifiquemos los postulados de la salud mental.

No nos preocuparemos ahora, y creemos no es el momento, de cómo construir una red de trabajadores de la salud mental “del sur y realistas”, pero sí nos preocuparemos por pensar las pistas para restituir a la salud mental su estatuto solidario -mas también diferencial- en el campo de la salud pública, a los efectos de romper con esa condición subsidiaria que se establece en la cotidianeidad de los servicios. Subsidiariedad que en vez de alimentar rutinariamente las propuestas sanitarias pueda en parte enriquecer el papel de los sujetos “beneficiarios” de la salud y la forma de producción de los servicios de salud.

En este sentido consideramos central la proposición de una matriz utópica (y activa), que interpele desde la materia prima de nuestras experiencias; la utopía aséptica que de hecho podría y puede continuar trabajando consensualmente con el circuito de modernización establecido. Salir de la endogenia institucional y partir para el análisis de esta política de dos velocidades puede ser una experiencia erogenizante que nos convoque por lo menos a tres niveles problemáticos, niveles que se vuelven centrales de colocar en la agenda pública de debate sobre la cuestión de la salud mental. En tanto se constituya ese espacio público es que será posible la construcción de

una red que redefine desde un pensamiento estratégico la necesidad de la restauración de la ciudad subjetiva al decir de Guattari (1992) en el territorio de la salud mental:

a) Un núcleo duro con el que se chocan las reformas asistenciales promovidas por la atención primaria es la no superación del modelo médico tradicional: el esquema propio de reparación de la medicina clásica domina en la extensión comunitaria. Las dificultades para conciliar los postulados de la salud mental con las formas de asistencia pautadas por la programática más clásica desnuda los límites del modelo "bio-psico-social" y su fijación en la demanda individual y la gestión de los especialistas. La indefinición del estadio preventivo constituye un problema no saldado o la más de las veces residualizado a acontecimientos bajados a los equipos desde las tecnocracias oficiales, más sin una apropiación creativa de sus posibilidades.

b) La evaluación de la asistencia muchas veces se restringe a una rutina institucional, pero la evaluación no debe reducirse a los registros de la epidemiología más clásica. Romper el momento más fordista y padronizado de esta práctica ya es un comienzo, y de hecho se hace necesario en ese sentido formularse una pregunta de la que no deben huir los servicios de atención primaria, sobre todo por su compromiso con sus poblaciones "beneficiarias": cómo responder éticamente a la demanda de derechos igualitarios de asistencia de un cierto número de personas y grupos minoritarios "desvalorizados" y "tolerados" socialmente, y con una especial predisposición a sufrir procesos de devaluación social. La cuestión de debatir sobre la equidad en sus distintas inscripciones en la asistencia en salud mental sigue siendo una prioridad central.

c) Una revalorización de las prácticas preventivas en salud mental va bis a bis de una ruptura con ciertos saberes consagrados. De hecho este nuevo modelo preventivo debe romper centralmente con el modelo médico y a veces higienista de asistencia a los deshabilitados sociales, en que las formas de control de los riesgos más clásicas y la gestión de la discapacidad continúan a la orden del día. El criterio de trabajo desde esta particular visión, está dado centralmente por el apoyo a los procesos de densificación de la ciudadanía en los procesos de asistencia a estas minorías (y no a una norma que los codifique en su objetivación de asistidos), y como un desafío teórico práctico nos proponemos recuperar la matriz utopizante de la atención primaria, en términos de continuidad y ruptura. Contra el matema integrador más excluyente de "con los recursos de la propia comunidad" a un pensamiento estratégico y mediadamente comunicativo de "aumentar los recursos públicos de asistencia" en la comunidad.

A manera de conclusión creemos que, centralmente en el campo de la salud mental se instala un debate que permea todo el campo de las políticas sociales, y es la disputa entre dos registros asistenciales (Ota de Leonardis, Diana Mauri: 1995), el primero cuyo tipo ideal se funda en los

servicios: *"...su principio organizativo fundamental es la prestación del especialista, que se distribuye con criterios de derecho y a través de relaciones de tipo contractual o que querrían serlo. Pero estas relaciones siguen siendo fuertemente asimétricas: por una parte, hay alguien que tiene una necesidad, un problema, un padecimiento más o menos grave y urgente, y por otro hay alguien que detenta el poder-saber de responderle, por una parte hay alguien que detenta el código para definir esa necesidad, por otra parte hay alguien que si quiere encontrar una respuesta, debe saber, poder y querer expresarlo y aún sentirlo en ese código. Por lo tanto en este dispositivo la dependencia no desaparece, se transforma en lealtad y sumisión al orden del discurso y a las expectativas de comportamiento del servicio..."*. El mismo continúa soportando cierta carga de minorización e infantilización de los usuarios en su condición de asistidos, además de reinstalar el sueño tecnocrático según el cual no existiría más que una respuesta única a un problema dado.

El segundo registro asistencial se plantea no solo *"...negar-superar las formas tradicionales y actuales de contención, tutela, segregación, sino inventar formas positivas de participación de los usuarios en los servicios y en los "tratamientos" y particularmente de su posicionamiento activo en el proceso de reelaboración del sufrimiento y de la reinención de su salud (no una salud, sino mi salud)..."* De ahí la necesidad en los servicios públicos de salud mental de construir modelos de abordaje individuales, grupales y comunitarios que tomen como indicativo central la democratización de sus servicios, su apoyo al aumento de los recursos simbólicos y sociales de los "agentes" -no más pacientes- y de soportes mutuos en la acción concreta en el tejido social, movilizandolos actores incluidos en el proceso de extensión de ciudadanía de los usuarios, extendiendo los alcances de la ciudad y paradójicamente sus límites, exigiendo a este Estado de Mal-estar, justamente aquello que no puede realizar, por lo menos en este contexto: integrar.

Rehabilitar las reformas y el propio concepto de reforma a la izquierda en salud mental, apunta a la producción de un necesario acortamiento entre la cuestión anti-manicomial y lo cotidiano de las instituciones de salud mental, reforma que soporte un movimiento de dos manos, que en lugar de agotar las energías utópicas en nuestros ghetos institucionales, se apoye en el experimentalismo presente en la red de ensayos y de micropolíticas instituyentes, que día a día ganan fuerza en nuestras prácticas. Renovar el compromiso con la atención primaria en salud mental -en tanto que se revise el nivel de complejidad que esta supone-, como intervención que interpele el lazo social, nos permitirá actuar más éticamente y asumir colectivamente la responsabilidad social en los daños subjetivos, insistiendo que también en nuestros métodos de trabajo, y parodiando a Sísifo, asistimos a una opción trágica que se renueva en la diferencia (Bezerra:1992):

*"... cómo articular la reivindicación de autonomía y prácticas emancipatorias con intervenciones terapéuticas de cuidado y protección,...cómo conciliar los postulados democráticos de igualdad y libertad junto aquellos que parecen necesitar sobre todo de fraternidad..."*

---

NOTAS

<sup>1</sup> Incluso la propia ley de salud mental sancionada y todavía no reglamentada de 1992, la misma no fue parte de un debate democrático, sino como parte del último acontecimiento de una gestión que quería capitalizar su administración.

<sup>2</sup> Una excelente aproximación a la crítica de la Atención Primaria Selectiva se reconoce en el trabajo de Daniel Grodos sobre «Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para las políticas de Salud del Tercer Mundo» publicado en los Cuadernos Médicos Sociales(Rojarini).

(No46,1988).

<sup>1</sup> En este sentido parece que los efectos de la crisis de paradigmas no consiguen jerarquizarse en el campo de la salud mental, debe reconocerse también que no es suficiente enunciar nuevas teorías por ejemplo de la complejidad, sino se asegura al mismo tiempo su traducción para los sectores involucrados. Las teorías que sustentan un programa comunitario requieren ser argumentadas, explicadas y problematizadas por los distintos actores que luchan por la apropiación del capital simbólico del campo.

<sup>2</sup> Las lecturas de diferentes trabajos epidemiológicos y cualitativos de evaluación de los servicios de salud (Ausbarguer&Gerlero1994,Iniat&Nervi,1990) llevan a la conclusión de la escasa reversión lograda en el campo de los servicios de atención primaria respecto de la asistencia de ex pacientes psiquiátricos, inclusive los datos cuantitativos señalan la escasa demanda de este tipo de población a los servicios, por lo tanto pone en cuestión para el caso «psiquiátricos» de la atención primaria considerarse puerta de entrada, los pacientes continúan su carrera de enfermo mental casi siempre por otro circuito diferente al de la atención primaria, que en la práctica no llega a presentarse como alternativa al circuito psiquiátrico.

<sup>3</sup> «Entendemos que la comunidad, desde la perspectiva de la salud mental debe ser definida por la existencia de una población que mantenga interacciones sociales, comparta valores e interpretaciones que la definan culturalmente y habite un territorio geográfico dado, es decir, no solo se define por el territorio que abarquen los servicios de salud previos...» esta definición que se transcribe no pertenece a un discípulo de Tönnies, ni a un planificador sesentista, pertenece eso sí a una psicoanalista de los 90 (Torres 1992), donde reside la «queja», es que este tipo de definiciones son partícipes del no aprendizaje del antagonismo como constitutivo de la vida social, porque justamente el psicoanálisis nos «enseña» que en el dominio de las identificaciones colectivas, y en la construcción de lo comunitario, siempre está en causa la creación de un nosotros por la delimitación de un ellos, por eso es importante no pretender una concepción neutral de la comunidad aplicable a todos los miembros de un determinado espacio-tiempo, porque sino encajamos esta concepción de comunidad en una postura universalista y racionalista, y partimos para la reduccionabilidad de los conflictos y la vuelta desde «otro» lugar a la ilusión del consenso y la unanimidad.

<sup>4</sup> Parte de esta nostalgia está presente en el planteo de una de las expositoras de una de las mesas de salud mental en las «Jornadas de Atención Primaria», me estoy refiriendo al planteo de la Lic. Veric: «...Cuántas instituciones y en que servicios se prepara gente para trabajar en ámbitos comunitarios? Si los hay, son muy pocos, y los que estamos en eso nos sentimos muy solos porque es un trabajo difícil y duro. No estoy hablando de salir a comunidad, sino de formar trabajadores de la salud para eso. El otro día recibí una invitación para hacer trabajo comunitario. Llame al equipo de terapeutas y les dije que me dejaran un mensaje de cuántos tenían ganas realmente de trabajar, por supuesto que era gratuito. No me llamo nadie, porque es una realidad tienen necesidad de sobrevivir...»(1988:376).

<sup>5</sup> Inclusive la propia ley de salud mental sancionada y todavía no reglamentada de 1997, la misma no fue parte de un debate democrático, sino como parte del último acontecimiento de una gestión que quería capitalizar su administración.

<sup>6</sup> Una excelente aproximación a la crítica de la Atención Primaria Selectiva se reconoce en el trabajo de Daniel Grodos sobre «La intervención sanitaria selectiva: Una trampa para las políticas de Salud del Tercer Mundo» publicado en los Cuadernos Médicos Sociales(Borsari) (No46,1988).

<sup>7</sup> En este sentido parece que los efectos de la crisis de paradigmas no consiguen jerarquizarse en el campo de la salud mental, debe reconocerse también que no es suficiente enunciar nuevas teorías por ejemplo de la complejidad, sino se asegura al mismo tiempo su traducción para los sectores involucrados. Las teorías que sustentan un programa comunitario requieren ser argumentadas, explicadas y problematizadas por los distintos actores que luchan por la apropiación del capital simbólico del campo.

<sup>8</sup> Las lecturas de diferentes trabajos epidemiológicos y cualitativos de evaluación de los servicios de salud (Ausbarguer&Gerlero1994,Iniat&Nervi,1990) llevan a la conclusión de la escasa reversión lograda en el campo de los servicios de atención primaria respecto de la asistencia de ex pacientes psiquiátricos, inclusive los datos cuantitativos señalan la escasa demanda de este tipo de población a los servicios, por lo tanto pone en cuestión para el caso «psiquiátricos» de la atención primaria considerarse puerta de entrada, los pacientes continúan su carrera de enfermo mental casi siempre por otro circuito diferente al de la atención primaria, que en la práctica no llega a presentarse como alternativa al circuito psiquiátrico.

<sup>9</sup> «Entendemos que la comunidad, desde la perspectiva de la salud mental debe ser definida por la existencia de una población que mantenga interacciones sociales, comparta valores e interpretaciones que la definan culturalmente y habite un territorio geográfico dado, es decir, no solo se define por el territorio que abarquen los servicios de salud previos...» esta definición que se transcribe no pertenece a un discípulo de Tönnies, ni a un planificador sesentista, pertenece eso sí a una psicoanalista de los 90 (Torres 1992), donde reside la «queja», es que este tipo de definiciones son partícipes del no aprendizaje del antagonismo como constitutivo de la vida social, porque justamente el psicoanálisis nos «enseña» que en el dominio de las identificaciones colectivas, y en la construcción de lo comunitario, siempre está en causa la creación de un nosotros por la delimitación de un ellos, por eso es importante no pretender una concepción neutral de la comunidad aplicable a todos los miembros de un determinado espacio-tiempo, porque sino encajamos esta concepción de comunidad en una postura universalista y racionalista, y partimos para la reduccionabilidad de los conflictos y la vuelta desde «otro» lugar a la ilusión del consenso y la unanimidad.

<sup>10</sup> Parte de esta nostalgia está presente en el planteo de una de las expositoras de una de las mesas de salud mental en las «Jornadas de Atención Primaria», me estoy refiriendo al planteo de la Lic. Veric: «...Cuántas instituciones y en que servicios se prepara gente para trabajar en ámbitos comunitarios? Si los hay, son muy pocos, y los que estamos en eso nos sentimos muy solos porque es un trabajo difícil y duro. No estoy hablando de salir a comunidad, sino de formar trabajadores de la salud para eso. El otro día recibí una invitación para hacer trabajo comunitario. Llame al equipo de terapeutas y les dije que me dejaran un mensaje de cuántos tenían ganas realmente de trabajar, por supuesto que era gratuito. No me llamo nadie, porque es una realidad tienen necesidad de sobrevivir...»(1988:376).