

Universidad de Buenos Aires Facultad de Ciencias Económicas Biblioteca "Alfredo L. Palacios"



Transformaciones del Estado en el tránsito del autoritarismo a la democracia: Políticas públicas de salud mental en el período 1984/1988

Suárez Aguirre, Itatí

1993

Cita APA: Suárez Aguirre, I. (1993). Transformaciones del Estado en el tránsito del autoritarismo a la democracia: Políticas públicas de salud mental en el período 1984/1988. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. Escuela de Estudios de Posgrado

Este documento forma parte de la colección de tesis de posgrado de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios". Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente. Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires



Universidad de Buenos Aires Facultad de Ciencias Económicas Maestría en Alministración Pública

Col. 1502/34

TESIS DE MAESTRÍA

Transformaciones del Estado en el Tránsito del Autoritarismo a la Democracia Políticas Públicas de Salud Mental en el Período 1984/1988

Autor: Lic. Itatí SUÁRFZ AGUIRRE

Tutor: Heloísa Primavera

- 1993 -

MAESTRIA EN ADMINISTRACION PUBLICA

Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de Buenos Aires Instituto Nacional de la Administración Pública

TRABAJO FINAL

TRANSFORMACIONES DEL ESTADO EN EL TRANSITO DEL AUTORITARISMO A LA DEMOCRACIA

POLITICAS PUBLICAS DE SALUD MENTAL EN EL PERIODO 1984/88

Cursante: Itatí SUAREZ AGUIRRE

junio de 1993

Indice

I. Introducción	Pag.	1
II. Políticas de Salud en el Período Previo (1976-1983)	Pag.	7
III. La Situación en el Area de Salud en 1983	Pag.	10
IV. 1983: El Programa de Salud del Gobierno Democrático	Pag.	12
V. Acerca de Teorías, Métodos y Prácticas de Salud Mental	Pag.	14
VI. Salud Mental: Diagnóstico de Situación en 1984	Pag.	20
VII. La Dirección Nacional de Salud Mental	Pag.	'23
 VIII. Funciones Operativas de la DNSM 1 Los efectores 2 Plan Piloto Boca-Barracas 3 SEREVITE-Servicio de Reparación de Víctimas del Terrorismo 4 Programa Nacional de Promoción de Hogares de Medio Camino y Granjas de Resocialización 5 Formación de Recursos Humanos 	Pag. Pag. Pag. Pag. Pag. Pag.	27 27 44 48 49 52
IX. Funciones Asesoras y de Coordinación de la DNSM	Pag.	55
X. Funciones Normativas de la DNSM	Pag.	66
XI. Conclusiones	Pag.	72
Bibliografía Consultada	Pag.	82

I. INTRODUCCION

El 10 de diciembre de 1983, con el traspaso del poder a las autoridades surgidas de las elecciones de octubre, se comienzan a compaginar tres elementos esenciales de la dinámica de la transición a la democracia: un Estado de derecho, con gobierno republicano y régimen democrático. Vale decir, se inaugura un gobierno que ha llegado al poder a través de comicios libres, que se propone ejercer el poder público por medio de instituciones responsables y de un modo legalista, consulto, abierto, controlable, que admite el libre juego de la oposición organizada y que expresa a los grupos mayoritarios de la población.

Se cierra así una etapa que incluyó la restauración jurídica (cese del estado de sitio y progresivo reconocimiento de las libertades públicas), la puesta en vigencia de un estatuto electoral (lo cual implicó la aceptación por parte del gobierno dictatorial del principio de soberanía y de legitimidad del mecanismo de elección para establecer la identidad del gobierno que lo reemplazaría), la implementación del proceso electoral y el traspaso del poder. Todo ello transcurre en el módico período de poco más de un año. El "Proceso de Reorganización Nacional" que se había propuesto como remedio para el "desorden" económico, social y político, hacía una "retirada desordenada" (PORTANTIERO, J. C., 1987), dejando tras sí un país sumido en una gravísima crisis económica, un terrorismo de Estado apresuradamente desmontado y una humillante derrota militar en una contienda internacional.

Las negociaciones efectuadas ruante los meses previos a la salida electoral dejaron numerosas "asignaturas pendientes". Una de ellas, y no la menos importante, fue la ausencia de un pacto explícito entre civiles y militares y los problemas de la justicia respecto de las violaciones de derechos humanos. Esas negociaciones se abren no a partir de la voluntad del régimen dictatorial sino impelidas por la derrota militar en las Islas Malvilas que actúa como detonante de la descomposición del régimen. Esta circunstancia lleva a las fuerzas armadas a transferir el poder sin acuerdo y sin condiciones en aspectos claves para sus intereses.

En el marco más estrictamente político, queda pendiente la reestructuración de las relaciones entre partidos políticos y la sociedad, y el desequilibrio que deriva de la debilidad del sistema de partidos y del Parlamento frente a la fuerza de las corporaciones.

Se habla entonces de una herencia pesada: "(...) porque el nuevo gobierno no deberá hacerse cargo solamente de montar y defender las reglas de juego que hacen a la identidad del régimen político democrático, sino que también deberá impulsar compromisos sociales profundos, nuevas coaliciones que coloquen las bases para el cambio del régimen social de acumulación, en el entendido de que sin la modificación se hace más probable un retorno al pasado autoritario" (PORTANTIERO, J:C: en NUN, J., 1987, p. 275).

Se podría agregar, a riesgo de subrayar lo obvio, dentro de esta herencia la ímproba tarea de desmontar los mecanismos que estructuran el sistema de gobierno y de administración (instituciones, normas, burocracia) que pueden actuar como graves obstáculos para la implementación del nuevo proyecto

Si bien el régimen democrático que surge cuenta también con la experiencia democrática anterior, que constituye una valiosa porción de esta "herencia", no es menos cierto que esa experiencia ha sido fragmentada, que se constituyó en manera harto precaria y que, las más de las veces desde 1930 al presente, fue desplazada antes de desarrollarse y consolidarse social, política y económicamente. Más aún, en los últimos veinte años los períodos autoritarios han duplicado en el tiempo a los democráticos. Entre otros efectos, esto ha impedido a las generaciones de jóvenes políticos adquirir experiencia en el gobierno bajo reglas de juego constitucionales. Este aspecto es particularmente relevante en el caso del partido victorioso en las elecciones de 1983.

Por otra parte, en los organismos de gobierno y administración, la circunstancia apuntada ha permitido la cristalización de una cultura organizacional capaz de resistir los más rudos embates del cambio. La "memoria histórica" en estos ámbitos, las políticas, las lealtades y los compromisos con la sociedad civil, adquiridos en el transcurso de los años, forman un tejido coherente que trasciende el mero cambio de autoridades.

El ámbito estatal, a partir de la transición, ve exacerbada su condición de área de negociación, de disputa y de arbitraje. La resurrección de la sociedad civil conlleva a veces el avance y/o la recuperación de terrenos ganados por el Estado con los necesarios enfrentamientos. Asimismo, la mayor participación de la sociedad civil en el planteamiento y la resolución de problemas, que podrían antes estar monopolizados por la dupla Estado-corporaciones , exige nuevos mecanismos de negociación, coordinación , regulación y control de los comportamientos estatales.

Este reacomodamiento de fuerzas entre un mayor número de actores y el cambio de composición de los mismos, ya que la reaparición de algunos y el fortalecimiento de otros hacen perder peso específico a los que se desarrollaron a la sombra del "proceso", plantean al sector estatal no sólo la necesidad de implementar nuevos mecanismos de relación y de gestión sino también una importante carga de demandas postergadas. Esto es así porque la relación con la sociedad civil se modifica profundamente desde el momento en que los proyectos democráticos aspiran a poner a la Administración Pública al servicio del interés general. Desde ese momento, aquélla no puede circunscribirse a ser un mecanismos apto para socializar las pérdidas de un sistema económico y político que produce graves desquilibrios sociales y excluye de los beneficios a la mayoría de la población. Concretamente, el gobierno que asume en 1983 propone para el Estado un rol vertebrador de la sociedad, que asegure el orden y la armonia social y la recuperación del bienestar de los sectores mayoritarios de la sociedad, debiendo para ello crear las condiciones para la configuración de un nuevo pacto de redistribución.

Al mismo tiempo, esta sobreexigencia del aparato estatal no se da en el vacío, sino que está fuertemente condicionada por la peor crisis económica que tenga memoria en el país. Las nuevas autoridades deben enfrentar el profundo deterioro del aparato productivo y una inmensa deuda externa simultáneamente con graves distorsiones en los precios relativos y un gigantesco desequilibro fiscal. La política monetarista produjo la contracción de la oferta de bienes y servicios básicos y de buena parte de los sectores de infraestructura, siendo la principal variable de ajuste el salario real. "Entre 1974 y 983, el producto por habitante cayó en un 20% y el potencial en un 50%. Esta violenta caída del ingreso medio y del bienestar esperado (en virtud de las tasas anteriores de crecimiento), fue absorbido por el nivel de vida de la población trabajadora. La caída del salario real fue mayor que la del ingreso por habitante. De este modo, se produjo, adicionalmente a la reducción del ingreso medio en la economía, una traslación de ingresos de los asalariados al resto de la sociedad. participación de los asalariados en el ingreso nacional cayó del 50% en 1974 al 35 % en 1983." (FERRER, A., 1983, P. 74).

Como resultado, se empobreció a la inmensa mayoría de los argentinos y, en todo el país se elevaron en forma harto elocuente las tasas de mortalidad infantil, de analfabetismo , la emigración , la reaparición de enfermedades propias de la pobreza que se creían superadas, como la tuberculosis o las parasitosis, por señalar sólo algunas variables clave. Esta circunstancia hace de la dimensión social un dato insoslayable de cualquier estrategia válida para superar la crisis. Y al mismo tiempo pone a las políticas sociales en una difícil encrucijada: por un lado están sobrecargadas

de demandas (reparación de acciones y omisiones del proyecto anterior y contrarrestar los efectos que la crisis provoca; por el otro encuentran en la propia crisis un obstáculo poderoso para la concreción de acciones. El "Estado de bienestar" que otrora se pensara capaz de asegurar la armonía social y lograr el apoyo político ncesario para coadyuvar al sostenimiento de un régimen democrático, se revela como un modelo agotado. La necesidad de rediseñar un nuevo perfil conlleva para las políticas pública un doble objetivo: articular, estimular y liderar los cambios que se producen en la sociedad civil, transformando sus organizaciones para poder llevarlos a cabo y configurar instrumentos aptos para la resolución democrática de los conflictos, dotando así de legitimidad al régimen.

En este sentido, el presente trabajo se propone explorar en el campo de las políticas públicas, entendiendo por tales a "(...) un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, el interés o movilización de otros actores en la sociedad civil (...) un conjunto de iniciativas y respuestas, manifiestas o implícitas, que observadas en un momento histórico y en un contexto determinado, permiten inferir la posición, -agregaríamos predominnte-, del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad". (OSZLAK, O. y O'DONNELL, G., 1976).

Utilizando los conceptos propuestos por los citados autores, se ha tomado como objeto de análisis, dentro del marco de las políticas sociales, la políticas nacionales desarrolladas por la Dirección Nacional de Salud Mental (en adelante DNSM) respecto de las necesidades y demandas del sector, en el período que comprende desde diciembre de 1983 hasta julio de 1988.

Para ello se describen en primer lugar las políticas de salud en el período previo (1076-83), específicamente las del sector de la salud mental (en adelante SM) y las modalidades de intervención del Estado a nivel nacional frente a este problemática y su interpretación de las demandas de la sociedad civil y del propio Estado. En segundo lugar se procura esbozar el estado de la "cuestión" en 1983, lo cual incluya mencionar algunos aspectos y conflictos tanto de la teoría como de la práctica en SM, profesiones intervinientes, su papel en las instituciones públicas y en el ámbito privado, configuración de la oferta de servicios y las tendencias renovadoras que se han desarrollado a partir de la segunda guerra mundial.

Este esquema retrospectivo permite dar un marco histórico al diagnóstico de situación de la Salud Pública en general y de la

SM en particular a comienzos de 1984, y a los grandes lineamientos políticos con que se encaró desde el ámbito nacional la "cuestión" a partir de ese entonces, incluyendo asimismo una somera descripción del Organismo -la Dirección Nacional de Salud Mental- que tiene a su cargo en el orden nacional la responsabilidad de este tema.

El desarrollo de las políticas por parte de la DNSM se expone desde sus tres áreas funcionales: la operativa, la normativa y de supervisión, y la de coordinación y asesoramiento.

La primera se desarrolló tradicionalmente a través de los propios efectores dependientes de la DNSM (hospitales, talleres protegidos, colonias), donde también tenían lugar buena parte de las residencias de SM que dependían de la Nación. El proyecto que surge a partir del 83 supone un cambio profundo a este respecto y la apertura de una serie de instancias terapéuticas no incluidas dentro del esquema heredado. De alli que aparecen en este capítulo el Plan Piloto Boca-Barracas, el Proyecto de Casas de Medio Camino y Granjas de Resocialización, el Servicio de Reparación de Víctimas del Terrorismo (SEREVITE) y la Residencia Interdisciplinaria en SM (RISAM).

En el área normativa y de supervisión, se seleccionan no sólo algunas normas que han sido aprobadas en el período estudiado sino también determinados proyectos que no habían logrado la correspondiente formaliación, por entender que tanto unos como otros conforman las políticas del Organismo en cuestión.

En tercer lugar, dentro de las funciones de coordinación y asistencia que la DNSM ejerce en el ámbito provincial y en el de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, se centró la observacion principalmente en las modalidades de intervención del Organismo nacional en las provincias y en la organización de patrones conjuntos de trabajo y colaboración.

En todas las áreas, la selección de las políticas llevadas a cabo por la DNSM por sí misma o a instancias de ésta, fue motivada por su importancia dentro del esquema general contenido en el Plan Goldemberg (enero 1984). A partir de allí se procuró describir la secuencia temporal de acciones, decisiones y omisiones estatales, tomando en cuenta las reacciones de otros actores involucrados en el proceso, las progresivas redefiniciones de unos y otros, y en cada caso, la resolución o no del problema. Hay una excepción a lo dicho y la constituye el tema de los laboratorios farmacéuticos. Si bien es un interviniente excepcional en la cuestión de la SM no fue específicamente aboradado por entender que su rol

requiere por sí mismo una atención que está más allá de las posibilidades de este estudio.

Finalmente, atento que el presente es un trabajo esencialmente descriptivo y exploratorio, se incluye a modo de conclusiones algunas preguntas reformuladas y se delimitan ciertos problemas que, se espera, puedan servir de hipótesis de trabajo para futuras investigaciones.

La recopilación de datos abarcó, además de la bibliografía y documentación mencionada al final, un trabajo de campo en cuatro efectores de la DNSM y numerosas entrevistas con personas pertenecientes a gremios, asociaciones de profesionales, organismos estatales, instituciones privadas de SM, etc. Se desea dejar constancia del más profundo agradecimiento a todos aquellos que prestaron su valiosa colaboración.

II POLITICAS DE SALUD EN EL PERIODO PREVIO (1976-1983)

La diversidad de los componentes ideológicos que se articularon en el proyecto de gobierno durante el período 1976-83 y la multiplicidad de los objetivos propuestos (modificaciones en la esfera política, en las relaciones sociales, en las pautas culturales, en los comportamientos productivos, en los componentes ideológicos) hace difícil definir las políticas del área como un todo coherente.

En principio, buena parte de la responsabilidad de la crisis que vivía el país se atribuyo, desde el gobierno, al "Estado de bienestar", modelo que se consideró perimido y se reemplazó por el concepto de subsidiariedad del Estado, conforme al cual las desigualdades se consideraron inevitables y se relegó al mercado la regulación de las relaciones sociales.

En contraposición con esta línea ideológica, la vertiente conservadora, de raíces católicas, no aceptó delegar totalmente las responsabilidades colectivas e incluso aspiró a la busqueda, por esta vía, de cierta cuota de legitimidad. Esta postura tendría algunos puntos de coincidencia con la ideología de la seguridad nacional, que reclamaba acciones preventivas para evitar los estallidos sociales, preservar el capital humano y controlar las demandas.

Finalmente, la vertiente tecnocrática colisiona con las anteriores al pretender garantizar en todo momento la asepcia política y el eficientismo.

Estas incoherencias en el nivel teórico en determinados casos paralizaron la acción y en los más, potenciaron los efectos perversos de distintas políticas.

A modo de ejemplo se puede citar que, para el año 1979, la Secretaría de Salud Pública de la Nación decidió edictar las políticas nacionales del área, atento que hasta la fecha "no se hybieran difundido suficientemente" lo cual "ha determinado que en algunos casos se ha debido trabajar con hipótesis políticas, con los evidentes riesgos derivados de esta circunstancia." (s/a, Políticas Nacionales de Salud, MBS, SESP, 1979, n/subrayado). En este documento se consignó, en cada uno de los objetivos formulados en "lograr la aplicación efectiva del principio de subsidiariedad".

En lo referente a los recursos financieros para alcanzar tales objetivos, se pretendía un sistema de financiación de los servicios de atención de la salud basado progresivamente en formas de solidaridad social global, promoviendo, concomitantemente, todas las acciones tendientes a dar eficacia y eficiencia al sistema de servicios de salud. En ese mismo momento, el proyecto de ley de obras sociales sostendo por el Ministerio de Economía, quebraba el sistema de solidaridad grupal al proponer para los que así lo desearan (léase los sectores de mayores recursos) la opción por los seguros de salud privados (art. 4°, Ley 22.269).

Entre las políticas concurrentes que se especificaron en 1979 figura el promover las acciones sectoriales e intersectoriales necesarias para asegurar a toda la población la necesaria disponibilidad de alimentos de modo de lograr dietas balanceadas y adecuadas a los requerimientos de los distintos grupos, según edad, ocupación, localizacion geográfica, etc. Pero la obsesión de "poner las cosas en su lugar" lleva a dar primacía al reencauzamiento de la demanda, o sea, desestimular la demanda de los usuarios fuera de jurisdicción. Así, "desde mediados de 1981, la Municipalidad de la Ciudad de Buanes Aires estableció la prohibición de dar medicamentos antituberculosos a los pacientes que recibiendo asistencia no residían en la ciudad, así como también leche a los recién nacidos que vivían fuera de ella." (BELLO, Julio, citado por LLOBET, J.J., 1984, p. 113).

La descentralización hospitalaria (Ley 21.883) traspasa 65 establecimientos de salud a ocho provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Al no acompañar las correspondientes partidas presupuestarias, significó aún para las provincias más ricas (Buenos Aires, Córdoba) un retroceso en el mantenimiento tecnológico, de infraestructura física y profesional, y en las más pobres (Catamarca, Santiago del Estero, Tucumán) multiplicó los efectos de la crisis por la que atravesaba el sector.

Por su parte, el arancelamiento hospitalario, que en principio venía a subsantar la distorsión que significaba el hecho de que tanto los amparados por el sistema de obras sociales como los usuarios de altos ingresos hicieran uso del sector público, no sólo no aportó ingresos significativos sino que reburocratizó los mecanismos de atención, desalentó la demanda (tradicionalmente tardía) de los sectores más desp'rotegidos y eliminó la "válvula de seguridad" para el subsector de obras sociales, en un momento en que éstas veían acentuarse la escasez de sus recursos debido, en algunos casos a la pérdida de afiliados (aumentos de la desocupación y del cuentapropismo) y en todas, por la caída del salario real.

Respecto de las políticas en materia de medicamentos, la realidad denunciaba que el 80% de los certificados no pasaban por el

Instituto Nacional de Farmacología (CANITROT, C.H., 1985, p.8), lo cual ejemplifica el retroceso de los organismos reguladores y controladores en el área.

Lo mencionado no pretende agotar el tema sino ejemplificar una línea común en el tratamiento del tema durante el período mencionado: las contraindicaciones implicitas en las políticas y entre ellas y la realidad convirtieron a las primeras, en el mejor de los casos en un dicurso vacío que sostuvo un sistema que promovía lo opuesto a lo que predicaba.

La mercantilización de las áreas de servicios básicos y el reemplazo de la responsibilidad colectiva por el de la rentabilidad privada convirtieron a la salud en una mercantía de cada vez más difícil acceso para los sectores marginados del consumo, llegando a verse cuestionada la posibilidad de supervivencia de los sistemas de financiación basados en mecanismos de solidaridad social.

La mercantilización de las áreas de servicios básicos y el reemplazo de la responsabilidad colectiva por el de la rentabilidad privada convirtieron a la salud en una mercancía de cada vez más difícil acceso para los sectores marginados del consumo, llegando a verse cuestionada la posibilidad de supervivencia de los sistemas de financiación basados en mecanismos de solidaridad social.

III. LA SITUACION EN EL AREA DE SALUD EN 1983

Como consecuencia del desarrollo histórico del sector y especialmente de las acciones y omisiones de los años previos, la situación en el área de la salud en 1983 presenta una compleja problemática que incluye abundancia relativa de recursos pero mala utilización de los mismos, anarquía en la conducción multiplicidad ineficiente de jurisdicciones, iracionalidad en las prioridades insatisfacción de usuarios y prestadores, regresividad social en la asignación de cargas y acentuada tendencia a la corrupción mercantilista en los modos de prestación.

Se da también un fenómeno mundial, que es un aceleramiento del ritmo de expansión del gasto en salud, superior al de la riqueza nacional. En cierta medida ello es atribuíble a una mayor extensión de la cobertura, al mayor promedio de vida de la población atendida y a la incidencia de las patologías crónico-degenerativas. Pero también se origina en el encarecimiento de la atención médica por el uso excesivo de tecnologías de alta complejidad, el sobredimensionamiento del gasto en medicamentos y los sistemas de financiación en los que la presencia de un "tercer pagador" estimula las sobreprestaciones.

La organización institucional de la atención médica en el país muestra un perfil excesivamente atomizado: "A un sector privado disperso en un alto número de seguros o prepagos, mutualidades y establecimientos particulares de tamaño y prestación extremadamente variables, debe agregarse un sector público cuyos diversos componentes (nacional, provincial y municipal) desarrollan acciones con un elevado grado de autonomía y un sector muy heterogéneo de obras sociales que operan bajo esquemas de la seguridad social", (ISUANI, E. y MERCER, H., 1986). Como sostienen estos autores, la atomización del sistema y su bajísimo grado de coordinación implica un uso irracional de los recursos, lo cual contribuye al mayor gasto del área, lo cual explicaría que el gasto en salud pueda crecer sin que por ello se detenga el proceso de deterioro de las condiciones de salud para amplios sectores de la población.

Esta situación se agrava al haber empobrecido el Estado su rol como prestador de servicios al tiempo que las obras sociales se ven gravemente afectadas en su capacidad operativa en tanto se debilita su base de sustentación financiera y la medicina privada acentúa su tendencia mercantilista, apartándose de los objetivos sociales. Todo ello dentro de un marco crítico que provee la economía mundial y más específicamente la de nuestro país, dado por el alto grado de endeudamiento, el desmantelamiento de su capacidad productiva y el desarrollo patológico del sector especulativo.

Los recursos humanos del sector no escapan de los efectos perturbadores del sistema y, a través de su propia problemática, contribuyeron a reforzarlo. El desequilibrio de su distribución geográfica, la superespecialización de algunos sectores y la falta de capacitación de otros, la escasa cantidad en todo el país de ciertos grupos técnicos intermedios (como por ejemplo el de enfermería) y la desjerarquización de la imagen social de su labor, son algunos puntos clave de esta problemática. Asimismo, el desaliento y la persecución, acentuados en los años previos, que drenaron hacia el exterior o hacia la actividad privada a un número importante de profesionales, coadyuvaron eficazmente al desmantelamiento de prestigiosos equipos de trabajo en el ámbito de la Salud Pública.

Tanto la oferta como la demanda focalizan la atención en el proceso de la enfermedad, no en la prevención, a través de un sistema altamente estratificado: los sectores más desprotegidos a través de una demanda y asistencia tardía, y los sectores medios, alienados por el efecto demostración, pujan por el acceso a la esfera mágica de la alta tecnología en la que se desenvuelve la "medicina de lujo".

La promoción de la salud colectiva y la participación comunitaria, así como la prevención primaria no hallan cauce que potencialice su acción. En el mejor de los casos, se menciona a esta última como un sucedáneo de bajo costo con efectos paliativos. Coherentemente, tampoco se encuentran estadísticas oportunas e información confiable que pueden sentar las bases de un diagnóstico previo y de una labor de investigación que, dejando atrás la visión compartimentada de los problemas de salud, se oriente hacia los grandes problemas estacionales. Un ejemplo a este respecto se presenta en el rubro medicamentos, en el cual, la falta de una auténtica política nacional se ha traducido en la notable debilidad del sector investigación y desarrollo.

En suma, más allá de los aciertos parciales y del esfuerzo denodado de numerosos agentes del área, el sistema de salud argentino se revela ,en 1983, no solidario, ineficiente, ineficaz y siempre atado al modelo médico hegemónico.

IV. EL PROGRAMA DE SALUD DEL GOBIERNO DEMOCRATICO

Este programa parte de una concepción de la salud como un derecho del habitante, independiente de su condición social y económica. Por ende, compromete al ejercicio de una responsabilidad indelegable del Estado en la conducción general del sistema para asegurar la equidad en las oportunidades de acceso a sus beneficios.

Lo enunciado implica reasignarle al Estado su abandonada responsabilidad primaria en el proceso de salud nacional en cuanto a la orientación y control de otros protagonistas sociales. Pero este proyecto también fortalece el rol del Estado como prestador director de servicios, papel que hasta el momento era seriamente cuestionado por la política oficial y supone un proceso de recuperación y modernización de los estblecimientos público de salud.

Estas políticas se instrumentan a partir de una serie de estrategias básicas que comprenden:

- un abordaje desde la perspectiva del concepto de atención primaria de la salud, entendiendo ésta como una medicina de máxima sencillez, comprobada eficacia, máximo alcance de cobertura y necesaria y activa participación de todos los interesados (sectoriales y extrasectoriales):
- el ordenamiento de la red de servicios (públicos, privados y de obras sociales) con particular desarrollo del primer nivel -altamente desconcentrado-, a partir del cual se ordenan servicios cada vez más especializados y más concentrados:
- la inclusión de factores sociales, económicos, culturales, ambientales e institucionales que influyen en el estado sanitario de los individuos y grupos de población, primordialmente los de más fuerte impacto en la prevención social de la enfermedad:
- medidas de regulación y control de los componentes centrales de la prestación de servicios de salud (normatización de profesionales y oficios, normas de acreditación de establecimientos asistenciales, regulación de la incorporación y uso del equipamiento médico):
- intervención (a través de legislación de fondos y de acciones de emergencia) en las distintas etapas de la investiación, producción, comercialización y utilización de los medicamentos a fin de superar las

distorsiones de la dependencia interna y externa en la materia, proveer las condiciones necesarias para un acceso equitativo de la población a los mismos y desalentar la prescripción indiscriminada y abusiva.

Los linamientos propuestos, al partir de un replanteo general de la problemática desde dos grandes ejes: salud-comunidad y solidaridad-equidad, obligan a implementar cambios en las modalidades de organización institucional, en la provisión de los servicios, en la normativa, en la formación de los recursos humanos, en la distribución de los recursos materiales y en los sistemas de financiamiento. Cambios que suponen una nueva organización del poder dentro del área y por ende, altamente conflictivos.

V. ACERCA DE TEORIAS, METODOS Y PRACTICAS DE SALUD MENTAL

Antes de avanzar sobre el tema específico, se ha creído conveniente realizar un esbozo desde una perspectiva histórica, de algunos problemas atinentes al área de la SM, cuyo planteamiento resulta imprescindible para el entendimiento de la cuestión.

La literatura sobre el tema coincide en señalar a la Revolución Francesa (y al nombre de Pinel) como el momento en que se asigna legalmente al médico el problema de lo que en ese entonces se considerable locura. Así, los locos internados en asilos o cárceles, que compartían con mendigos , desocupados , prostitutas y presos políticos, adquieren el estatuto de enfermos. Pero ese nuevo estatuto de la población internada no desplazó la antigua función de las instituciones de separarlos del resto de la sociedad que siguió siendo primordial.

En lo que luego sería el territorio de la República Argentina, la cuestión de la separación de los locos en institucionales especiales se planteaba ya desde los comienzos de la organización de la medicina, y particularmente fue considerada en el período de las reformas rivadavianas. Pero los hospicios como espacio propio de la locura, objeto de la observación metódica del médico alienista, se constituyen después de la caída de Rosas.

Después de Caseros, la organización de un aparato sanitario y de higiene pública implicará la aparición de los hospitales manicomiales. En un comienzo, no se trataba tanto de separar al loco para asistirlo mejor sino para beneficio de los enfermos con los que se mezclaba, pues en los hospitales generales las dos terceras partes de los internados eran locos crónicos.

En Buenos Aires, el Hospital de Alienadas (1854), dependerá administrativamente, hasta el primer gobierno peronista de la Sociedad de Beneficencia, y el Manicomio de Hombres (1863) de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires. En el proyecto de su creación se funden las ideas de ordenamiento público, filantropía, tratamiento moral e higienismo, y la corporación médica era la encargada de llevarlo a cabo. Sin embargo, recién en 1886, a más de tres décadas de la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, se abre en la misma una cátedra específica de enfermedades mentales.

La terapia, al menos en la práctica, reconocía acciones disciplinarias, médico-científicas y "formadoras del carácter" y este abordaje va a continuar con pocas modificaciones hasta bien entrado este siglo para toda el área abarcada por la medicina occidental, salvo algunas acciones aisladas (sectas cuáqueras) que buscan la terapia por la única vía de la religión.

La psiquiatría avanza en la clasificación y el ordenamiento de lo patológico, pero sólo en muy pocos casos pudo establecer los mecanismos específicos de las enfermedades.

El modelo organicista va a encontrar en la psicofarmacología (ya casi a mediados de este siglo) y en las prácticas electroconvulsivas aliados insustituíbles para sus métodos erapéuticos y si bien las segundas (electroshocks) van a ser más cuestionadas, la asociación del psiquiatrava y los psicofármacos configurarán un núcleo terapéutico que se enraiza firmemente en la imaginería popular.

Paralelamente, desde principios de siglo, a partir de Freud, se va a dar un abordaje distinto de los sufrimientos mentales a través del estudio del inconciente. Si el modelo organicista enfoca la enfermedad mental como derivada de algún problema orgánico, susceptible de tratamiento biológico, el psicoanálisis buscará su etiología en conflictos intrapersonales, remediables mediante psicoterapia verbal. Si bien ambos modelos no niegan la influencia del entorno en la patología mental, de hecho circunscriben el área de la etiología y de las prácticas terapéuticas al individuo. A partir de la década del 30 esta consideración de los factores sociales se dará a través de la psiquiatría de orientación psicoanalítica y así aparecerán las primeras consideraciones sobre el grupo familiar y las funciones del medio institucional hospitalario.

Revolución francesa como la marcó un fundamental en el campo de la locura, el período de la segunda posguerra mundial provoca un nuevo ordenamiento, cuyo eje es el poder. Emiliano GALENDE (1983) señala tres hechos clave que allanan el camino para las reformas: el carácter masivo de los sufrientes de afecciones mentales; el horror que la guerra produce y que lleva a cuestionar sobre las fronteras entre la razón y la locura, y por último, el ascenso en Europa de movimientos políticos con posiciones más sensiles respecto de los derechos del hombre y de las reformas en la salud pública. Se podría agregar también la necesidad de recuperar el capital humano en medio a de economías alteradas por la guerra y la propia experiencia de médicos y enfermeros en cárceles y campos de concentración que los movilizó a rechazar la utilización de los mismos métodos en las instituciones manicomiales.

Este contexto llevó a cuestionamientos teóricos y metodológicos que con distintos matices se dan en varios países. En Inglaterra, por ejemplo, el sociólogo RAPOPORT desarrolló un modelo de socioterapia que se concreta en la comunidad terapéutica. Se puede resumir su propuesta en cuatro principios: 1". democratización de las relaciones entre el enfermo y sus cuidadores; 2°. clima de permisibilidad, aboliendo el poder del médico y todos los métodos represivos; 3°. establecer una comunidad de intenciones (transversalidad) entre pacientes y curadores, y 4°. confrontación de la comunidad de pacientes con la realidad política y social, es decir, integración permanente del afuera de la institución. De esta manera la psiquiatría se inserta en lo grupal y solidario y sobre estas bases se va a configurar en la década del 60, la anti-psiquiatría.

Los cambios mencionados, sumados a la propia experiencia bélica, no dejarán de tener impacto en los Estados Unidos y Canadá. Cobran auge entonces las comunidades terapéuticas, tratando de superar el espacio social y psicológico de la institución, para transformarla internamente o para extender, y en algunos casos disolver, la institución en el seno de la sociedad.

Siguiendo la línea de la anti-psiquiatría inglesa la Escuela Sistémica de Palo Alto (EE:UU:), donde trabajan muchos argentinos, trata de recuperar pragmáticamente el contexto al considerar a la persona como una red de relaciones modificables y constituída en esas relaciones. En 1963 se sanciona una ley, conocida como Ley Kennedy, que establece un Centro Federal de Salud Mental que implementa un Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria. Este Programa incluye en el tratamiento de los asistidos a sociólogos, antropólogos asistentes sociales, etc., según un modelo interdisciplinario.

Los factores opresivos-desviantes que en un principio estaban referidos a la estructura familiar o institucional hospitalaria pasan a abarcar el contexto global de la sociedad y de las relaciones de poder dentro de ella. En Italia, BASAGLIA va a plantear un modelo en el cual las relaciones de producción y el desarrollo de las fases capitalistas implicadas aparecen como determinantes de la "desviación" o la "diferencia" y de las correspondientes formas de atención. Para BASAGLIA, desde el momento en que la práctica terapéutica ve bloqueada la rehabilitación del enfermo por las contradicciones de la sociedad, aquélla, en lo curativo, tiene un mandatos imposible y sólo puede reducir su acción al campo del control unicamente.

El planteo de radical de BASAGLIA reside en la intervención conjunta, o por lo menos el intento de intervención sobre la enfermedad el sistema institucional y la sociedad global. Desde este

perspectiva, su acción se diferencia de otros planteos que reducen su acción a microgrupos construídos (antipsiquiatría) o a otros que reducen su acción meramente al contexto relacional (Palo Alto). Su concepción se relaciona con la actividad de los psiquiatras radicales de Estados Unidos y de los institucionalistas franceses, pero la diferenciación, por lo menos con los últimos, es el universo de trabajo puesto que en éstos parece estar reducido a ámbitos ämicales" de sectores medios y universitarios.

En la Argentina, desde principios de este siglo médicos, ensayistas, fisiólogos, legistas y educadores se congregan alrededor de un interés genérico por la Psicología. En la década del 30 se crea el Instituto de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA y en la década del 50 se constituye en la mayoría de las universidades la carrera de Psicología, cuya matrícula, al menos en lo que a la Universidad de Buenos Aires se refiere, va a ser eclosión a partir de 1984, convirtiéndose en la carrera que más aumentó porcentualmente.

Si bien en los grandes centros urbanos del país hay una amplia difusión y vulgarización de la Psicología la profesionalización del psicólogo, más allá del consultorio privado, y su presencia en ámbitos públicos (a excepción delámbito docente) es conflictiva. En su gran mayoría lo hace en categorías no rentadas (concurentes, pasantes, visitantes y otras categorías "fantasmas", situación que poco se modifica a través del tiempo.

En las obras sociales con efectores propios, ha sido pobre su inserción, en la mayoría de las veces la modalidad predominante ha sido el sistema de "contrato" para la atención individual y con límites en el número de sesiones por pacientes.

Ha sido entonces el ámbito de la profesion liberal en un principio, y más tarde desde instituciones privadas, donde han tenido un amplio desarrollo en la ciudades más importantes. En 1976 la Ley 17.132 veda a los psicólogos el ejercicio clínico de la profesión, lo cual va a reforzar sus dificultades profesionales y su canalización hacia la clínica privada.

Por tradición y arraigo se puede hablar de una hegemonía teórica del psicoanálisis en la formación universitaria y extrauniversitaria (aunque, curiosamiente, recién a partir de 1985 los psicólogos serán aceptados por la Asociación Psicoanalítica Argentina, adherida a la Asociación Psicoanalítica Internacional). A partir de la década del 70 se da una significativa expansión hacia formas de atención distintas al tratamiento individual: grupal, psicodramático, de pareja, familiar, institucional. Otras escuelas no psicoanalíticas, como la gestáltica, la sistémica, la bioenergética, están en frança minoría.

En la Capital Federal y Gran Buenos Aires la mayoría de las instituciones privadas el área psicológica, psiquiátrica, psicopedagógica y psicoanalítica están centrados en tarcas asistenciales, en docencia e investigación y, en menor medida, en rehabilitación. Las áreas de promoción y de prevención primaria están casi ausentes.

Las acciones de tipo comunitario y las que proponen alternativas distintas al costoso tratamiento individual o al hospicio público, tienen un cierto desarrollo a fines de la década del 60 y fundamentalmente en el primer quinquenio de los años 70. Desde el sector público por ejemplo, surgen en Buenos Aires los Centros de Salud Mental. Estos tienen como objetivo la prevención secundaria (intervención inmediata) a través de técnicas terapéuticas que incluyen la psicoterapia, la terapia ocupacional y los psicofármacos. Los tratamientos son ambulatorios (consultorios externos, hospital de día) y se realiza un cierto trabajo en la comunidad. Toman el ejemplo de los Community Mental Health Centers norteamericanos y si bien resultan soluciones insuficientes para las necesidades masivas, representan un relativo progreso respecto del hospital-asilo, ya que al contrario de éstos, no des-socializan al paciente y acentúan más el rasgo curativo que el de normalización y control.

Por otra parte, para esos mismos años, se realizan experiencias de comunidad terapéutica en el Hospital Estévez, de Lomas de Zamora, en la Colonia Federal, de Entre Ríos, en el Melchor Romero, de La Plata, en el Hospital Regional de Lanús, en el Hospital Borda con la peña Carlos Gardel, y también en algunas instituciones privadas. Estas experiencias intentan enfrentar efectos nocivos los "institucionalidación", abrir nuevas alternativas en los programas recuperación, implementar mayor horizontalidad en los grupos de trabajo, estimular la participación activa de los conjuntos en las sesiones terapéuticas, desarrollar estrategias de atención primaria. Todas tienen como común denominador un enfoque que no reduce a la enfermedad exclusivamente a un proceso interno del individuo que no tiene nada que ver con la realidad externa.

La mayor parte de estas experiencias, sobre todo las del ámbito público, fueron "barridas" por los distintos gobiernos autoritarios antes de que pudieran echarraíces firmes en las instituciones asistenciales, docentes y de gobierno. Algunas se trasladaron a los ámbitos recoletos de las instituciones privadas, que las obras sociales no remuneraban, dentro de lo que se ha dado en llamar ä cultura de las catacumbas".

Mucha de esta gente comprometida con estas experiencias "resurge"a partir de la guerra de las Malvinas y juntamente con las nuevas generaciones que no encuentran una respuesta satisfactoria en los modelos imperantes de asistencia en SM inician o retoman la búsqueda de nuevas alternativas.

VI. SALUD MENTAL: DIAGNOSTICO DE SITUACION EN 1984

Si bien la problemática en el área de SM tiene muchos puntos en común con la situación general de la Salud Pública a esa fecha, presenta asimismo características propias que es necesario especificar.

Es una constante en la literatura del tema comenzar el análisis de la situación en SM desde la cifra de prevalencia de enfermedades mentales y estados afines y de los recursos humanos, materiales y tecnológicos que la sociedad ha puesto en marcha para atenderlas. Pero este abordaje está dificultado por la ausencia de registros confiables que constituyan indicadores válidos. No sólo porque son escasos y discontinuos (en tiempo y espacio) sino y principalmente porque la recolección de los mismos se ha hecho generalmente a partir de un determinado marco teórico. Como ejemplo se puede mencionar el Diagnóstico de Situación efectuado por la DNSM en 1980 el que en lo referente a recursos humanos para todo el país registra solamente el número de psiquiatras y psicólogos, discriminado por subsector y la relación médico-psiguiatra/habitante en establecimientos asistenciales en cuatro provincias y en todo el pais. Nada informa acerca del número y distribución de enfermeros, asistentes sociales, terapistas ocupacionales, ergoteraistas, antropólogos sociólogos, cientistas de la educación y otros especialistas en el área. En el mismo informe, para medir la "magnitud del año y la patología prevalente" se toman estudios de morbilidad realizados para Chile en la década anterior (DNSM, 1980, P.11).

Información y estudios de costos comparativos de distintos tipos de tratamiento, de relaciones entre la existencia de servicios de SM y la frecuencia en la utilización de la atención médica, costos indirectos de los trastornos mentales (disminución de la productividd, ausentismo, accidentes violencia) resultan exquisiteses inhallables.

En consecuencia el diagnóstico de situación que realiza a principios de 1984 el equipo encabezado por el asesor ministerial Dr. Mauricio GOLDEMBERG es necesariamente global y aproximativo.

Los principales problemas que atañen a la situación en el campo de la SM consignados en dicho documento son los siguientes:

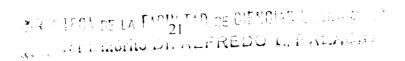
- desinserción de las políticas de SM con la política nacional de Salud Pública,
- insuficiencia y mala distribución de los recursos,

- descuido por parte del Estado de una adecuada capacitación de los recursos humanos, especialmente en lo que se refiere a una visión integradora de las nuevas formas de acción profesional en SM,
- tendencia del sistema institucional a convertir al paciente agudo en crónico al no brindar una programación terapéutica rehabilitadora, con efectos negativos asimismo en el propio personal de salud y en la población en general, a la que se le ofrece una visión inadecuada de la enfermedad mental y se niega su participación en los programas,
- insuficientes servicios de SM en hospitales generales los cuales por su fácil accesibilidad y mayor penetración en la comunidad, favorecen la prestación oportuna y la integración de la SM al conjunto de las prestaciones médicas,
- los centros de SM de la Capital Federal fueron seriamente afectados en su concepción programàtia de prevención y capacitación de personal, con lo cual se distorsionó su propósito,
- vigencia de condiciones socio-políticas que han alentado una tendencia al trabajo aislado en las instituciones oficiales, con descuido de la orientación psicológica y social, y la canalización de sectores profesionales hacia el área privada.
- el subsector de obras sociales en general presenta una insuficiente cobertura en SM,
- prevalencia de la concepción biologista de la enfermeda mental y consecuentemente de la subestimación de las acciones de rehabilitación para los pacientes de larga estancia en las instituciones,
- falta de esfuerzos sistemáticos para encarar problemas de envergadura tales como el alcoholismo, el retardo mental y la drogadicción.

Este diagnóstico desnuda la existencia de un modelo que enfoca la problemática desde la enfermedad, desde lo individual y predominantemente desde lo biológico, pudiendo incorporar lo psicológico en forma subordinante. Un modelo que trabaja aislado del resto de las políticas sociales, incluídas las de Salud Pública. Formalmente centra sus acciones básicamente en la asistencia tardía (responde teóricamente a la demanda y ésta en SM generalmente es tardía, especialmente en los grupos sociales más desprotegidos) a través de instituciones específicas.

En las instituciones se lleva a cabo una práctica en la que prevalece, por sobre el objetivo asistencial, la reproducción de su propio objeto (acumulación de pacientes) y la del grupo profesional que detenta el poder.

En énfasis del papel del médico implica la subordinación y minimización del rol de los otros trabajadores de la salud y el de la comunidad, la cual, en el mejor de los casos, sólo es utilizada como mano de



obra no remunerada o suministro de recursos financieros y materiales (cooperadoras, voluntariado, familiares).

Como se trata de un sistema bien estructurado, el modelo no sólo abarca el sector de la producción sino también el de la formación de recursos humanos, por acción o por omisión, y el de la financiación, tanto para los servicios asistenciales como para la investigación, desalentando en este último caso toda investigación que relacione la SM con lo social.

El aislamiento prevalece en todos los campos y fortalece al sistema: se aisla al enfermo de la sociedad; a los profesionales entre sí; a la investigación de la práctica; a la oferta de la demanda; a las instituciones de la comunidad y a la SM del conjunto de problemas sociales económicos y políticos.

Esta tendencia ha permitido al sistema no sólo haber profundizado los aspectos ineficientes de todo el sistema de salud, sino y por sobre todo, el haber empobrecido los logros que en su momento pudieron implementarse, anulando sistemáticamente las alternativas renovadoras.

Al mismo tiempo, no solamente fenómenos relativamente previsibles como la urbanización, la prolongación de la vida, las migraciones, el crecimiento vegetativo de la población, la desocupación, etc., aumentan la demanda de atención, sino que acontecimientos recientes muy trágicos como los terrorismos y la guerra de guerra de las Malvinas han herido profundamente el sistema social argentino y requieren acciones terapéuticas urgentes.

VII. LA DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL

La DNSM tiene como antecedente institucional al Instituto Nacional de Salud Mental, credo en 1956, que llegó a centralizar la casi totalidad de los organismos públicos de SM en todo el país. Durante la época del proceso, al mismo tiempo que se descentralizó a la mayoría de sus efectores, fue reducido a la calidad de Dirección Nacional, dentro del programa de reorganización administrativa imperante en ese entonces. Así, el 90% de su personal fue redistribuído dentro de la Administración Pública y su edificio se destinó a la Dirección Nacional de Reconocimientos Médicos, pasando la DNSM a establecer su sede en el edificio central del Ministerio. La mudanza significó la pérdida de toda la documentación anterior a 1980.

En 1985 la DNSM, por Decreto Nº 2488, pasa a la órbita de la Subsecretaría de Recursos de Salud, dependiente de la Secretaría de Salud, única Secretaría del ahora Ministerio de Salud y Acción Social. Tiene funciones ejecutivas y los tres hospitales psiquiátricos nacionales, dos colonas y los talleres protegidos.

Su estructura orgánico-funcional, aprobada por Resolución ministerial Nº 3098/83, incluye los Departamentos de:

- Asistencia y Prevención Psiquiátrica
- Estudios Técnicos
- Administración
- Curaduría Oficial de Alienados

Por aplicación del Decreto Nº 3111/84, este último Departamento fue transferido al Ministerio de Educación y Justitia de la Nación, a partir del 1º de enero de 1985.

Respecto de la programación provincial y municipal, su función es de asesoría y normativa.

La Resolución Nº 1700/84 establece la creación de la Comisión Nacional Asesora en SM, que funciona como unidad de consulta en la materia. Está integrada por 14 personas pertenecientes a distintas profesiones con ingerencia en el sector: 7 médicos psiquiatras, 2 psicólogos, 1 asistente socil, 2 bogados, 1 terapista ocupacional y 1 licenciado en enfermería. Esta comisión está a su vez dividida en 10 subcomisiones: Docencia para Residentes y Concurrentes; Rehabilitación Psiquiátrica y Talleres Protegidos; Gerontopsiquiatría; Integración de Obras Sociales; Drogadicción u Fármacodependencia; Enfermería Psiquiátrica; Servicio

Social; Terapia Ocupacional; Evaluación y Asesoría para Instituciones Asistenciales y SM y Marcos Jurídicos.

La DNSM además, forma parte de numerosas comisiones, entre las que se puede citar las de:

- Prevención de la fármacodependencia (luego Comisión Nacional del Control del Narcotráfico y el Uso Indebido de Drogas),
- con la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires para la organización en red de internaciones y externaciones en área metropolitana y conurbano,
- Fiscalizadora de Establecimientos de SM,
- SEREVITE (Servicio de Reparación de Víctimas del Terrorismo),
- de enlace con Institutos Mixtos de Obras Sociales (25 en total) para mejorar los sistemas preventivos, asistenciales y rehabilitadores en SM,
- redactora del proyecto de ley reglamentando el ejercicio profesional de los psicólogos.

A principios de 1988 los efectivos de la Dirección alcanaban un total de 17 gentes, la mitad de los cuales son profesionales. El Director y dos jefes de Departamento son funcionarios designados por el gobierno democrático. La Subdirectora es funcionaria de carrera, quien en el período previo había ejercido la Dirección, en cargo obtenido por concurso. Para la misma fecha, el total de la dotación efectiva, contando los establecimientos dependientes es de 2.658 agentes sobre 3.663 de estructura.

La programación operativa de la DNSM abarca seis subprogramas: Conducción y Evaluación; Normatización, asistencia técnica y supervisión; Promoción y prevención; Asistencia psiquiátrica y rehabilitación y Capacitación de Recursos Humanos.

LOS LINEAMIENTOS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL:

Los objetivos del programa que se propone a partir de 1984 la DNSM implica un compromiso con la democratización del régimen político y de las instituciones del Estado. Esto supone la implementación de acciones oportunas y eficaces para toda la población y la garantía para usuarios, prestadores e instituciones de su participación en los programas y en las medidas a llevarse a cabo.

Para ello, se propone una planificación de acciones que cubran la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación en SM

de acuerdo a las necesidades de la población, estableciéndose como objetivos básicos:

- la actualización del concepto de SM "a través de experiencias demostrativas de acciones integrales";
- la integración de programas y acciones en SM con el resto de las políticas de salud, educación, justicia, etc. para coordinar, complementar y potencializar esfuerzos;
- coordinación de los tres subsectores: público, privado y de obras sociales;
- la realización de investigaciones epidemiológicas;
- la prevención primaria, buscando la acción sobre los factores generadores de perturbación;
- en el ámbito de la asistencia se busca evitar la cronificación derivada de la atención demorada, mediante un abanico de acciones a partir de la acción primaria: tratamientos ambulatorios, internaciones parciales, internaciones breves, apertura de unidades de internación en hospitales generales, establecimiento de centros de SM y tratamiento programado de los internados con plazos determinados;
- tanto en la investigacilón como en la práctica, se propende al enfoque integrativo en lo referente a disciplinas, grupos sociales e instituciones; en este marco se asigna al médico y al psicólogo el papel de "coordinador de acciones y catalizador de proyectos";
- los cambios propuestos en la SM requiere una capacitación constante de los agentes involucrados, proponiéndose a tales fines la creación de una Escuela de agentes de SM y un centro de capacitación y acreditación profesional;
- el reconocimiento de características y necesidades particulares de cada región supone, dentro de los lineamientos generales para todo el país, elaborar conjuntamente con las provincias un plan que asegure la participación de los encargados jurisdiccionales;
- se propone la constitución de un Consejo Federal de SM, "una de cuyas tareas será promover una ley de SM que integre la diversa y dispersa legislación actual";
- del área de rehabilitación se extienden dos líneas de acción: atender la demanda en forma temprana y organizar la programación de actividades rehabilitadoras para la población internada de larga data;

Un análisis del programa y de sus objetivos, tal como surgen del documento permite advertir un enfoque de la SM que ubica al tradicional liderazgo psiquiátrico-psicológico dentro de un amplio espectro de aproximaciones teóricas y alternativas prácticas. Ello conlleva también la integración de distintas instituciones, áreas de gobierno y una participación protagonista de la comunidad y como consecuencia, un cambio de roles en los sectores que hasta entonces habían asumido el monopolio de la cuestión,

algunos en calidad de protagonistas absolutos, otros como meros colaboradores subordinados: médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, terapistas ocupacionales y enfermeros.

En lo referente a las acciones, estos lineamientos ponen el acento en la prevención, lo cual significa encararlas no como una respuesta a la demanda espontánea sino avanzando sobre el conocimiento y actividades de los factores y grupos de riesgo.

Los cambios aludidos modifican sustancialmente el papel de los tradicionales hospitales-asilos, en gran medida depositarios y custodios de cierto sector de la población y por otro lado, conformadores de la corporación profesional. De ellos se espera ahora que, conjuntamente con otros centros de SM dirijan y organicen actividades terapéuticas para y con una comunidad más amplia que la del propio hospital, dentro de una serie de alternativas que los colocan como una instancia provisoria y excepcional para la resolución de los problemas de SM.

Respecto de la participación comunitaria, en este documento se apela a algo más que la legitimación de programas de baja calidad. En principio hay una incorporación de la comunidad como agente del proceso de preservación y recuperación de la SM con aportes en varios niveles del mismo (programación, asistencia, resocialización), lo cual permitiría un diálogo de ida y vuelta con los equipos científicos y técnicos y un eventual protagonismo por parte de la demanda, sin por esto abdicar las instituciones y los profesionales de responsabilidades que les son propias.

La propuesta global analizada implica entonces un giro total en tanto alienta el abordaje desde la salud y no desde ciertas patologías "llamativas"; desde conjuntos sociales más que desde lo individual. y desde la integración en todos los órdenes frente a un sistema esencialmente marginador.

VIII. FUNCIONES OPERATIVAS DE LA DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL

1. LOS EFECTORES

"El país cuenta con grandes establecimientos, con enorme volumen de camas y con baja capacidad de buena prestación asistencial, que carecen de programas que resulten eficaces para la población y atractivos para los profesionales. La psiquiatría en su aplicación en las instituciones ha quedado limitada a una concepción de la enfermedad mental que en muchos casos ubica a la custodia como un objetivo de la salud y termina produciendo el deterioro de los pacientes, de las instituciones y de los grupos profesionales y no profesionales que trabajan en las mismas." Tal es el diagnóstico de situación elaborado en enero de 1984 por la Dirección Nacional de Salud Mental respecto de los grandes hospitales y colonias especializadas.

Para hacer coherente el rol de los efectores respecto de los objetivos de las nuevas políticas de SM, se recomienda su descentralización, la disminución del número de pacientes internados y una transformación de sus objetivos, actividades terapéuticas, docentes, de investigación y alcances de la cobertura.

En tal sentido, se propone como estrategias institucionales el reforzamiento de las modalidades alternativas a la internación prolongada: emergencias, consultorios externos, internación domiciliaria, hospital de día, etc. Estas estrategias apuntan a evitar la cronificación de los pacientes, pero al mismo tiempo se debe resolver el problema que constituye el alto porcentaje de población internada ya cronificada. Datos de 1985 establecían para el Hospital Borda un promedio de 14 años de internación (DOZO, L., 1985). En el mismo Hospital, el 92% de los internados pertenecían al gruo de internaciones prolongadas, de éstos, el 50% lo estaba desde hacía más de 10 años y solamente el 5% sufría internaciones de menos de un año. El 8% restante del total de pacientes internados pertenecía al sector de tratamiento de corto plazo (Censo H. Borda, 1984). Para corregir esta situación se recomienda la promoción de acciones de rehabilitación a fin de lograr la reinserción social total o bien una reinserción parcial a través de distintas modalidades como ser los pensionados extra-hospitalarios.

Dentro de este esquema la DNSM encaró sus acciones en los efectores que de ella dependían: el Hospital José T. Borda, para adultos varones, el Hospital Braulio A. Moyano, para mujeres adultas, el Hospital Infanto-Juvenil Carolina Tobar García (para menores de 18 años), los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, y las Colonias Dr. Manuel Montes de Oca, en Pcia. de Buenos Aies y Diamante, en la de Entre Ríos, a través del subprogrma de Asistencia Psiquiátrica y Rehabilitación.

A los objetos de este capítulo, se centrará la atención en los tres Hospitales Nacionales y en los Talleres Protegidos, aún cuando ocasionalmente se haga mención de las Colonias.

1.a. Los objetivos formales

Los Hospitales tienen como misión formal "la ejecución de acciones de <u>atención médica</u> a fin de promover, proteger, recuprar y rehabilitar la SM de la población de su área de influencia y la que se le derive, de acuerdo con las normas técnico-científicas y directivas que le imparte la DNSM", (Decreto Nº 2839/83, n/subrayado).

El objetivo formal de los Talleres Protegidos es la "resocialización y rehabilitación laboral de discapacitados mentales, proporcionándoles adaptación, orientación, capacitación laboral, trabajo protegido y toda otra acción que tienda a facilitar su integración socil, de acuerdo con las normas (...)", (Decreto Nº 2488/83).

Las Colonias deben "ejecutar acciones de <u>atención médica</u> especializada para lograr la rehabilitación de deficientes mentales y proteger y promover la SM de la poblacilón de su área de influencia y la que se derive, de acuerdo con las normas (...)", (Decreto Nº 2839, n/subrayado).

Como se ha subrayado, formalmente la normativa delimita las acciones de los hospitales y colonias dentro de la atención medica psiquiátrica (misión y funciones, decretos mencionados).

Por otra parte, la DNSM, desde el punto de vista operacional, entiende para el cuidado de la SM "al conjunto de actividades basadas en un repertorio de conocimientos culturales y científicos que tienen como objetivo fomentar, proteger, conservar, restablecer y rehabilitar la SM de las personas y/o grupos humanos (...). Desde el punto de vista de su objeto de estudio y aplicaciones, corresponde al entrecruzamiento de disciplinas y prácticas diversas vinculadas a todos los campos de la actividad humana y sus intenciones (Antropología, Comunicación Social, Derecho, Ecología, Economía, Epistemología, Etica, Filosofía, Medicina, Pedagogía , Política, Psicología, Salud Pública, Sociología, Psicoanálisis, Psiquiatría, etc.) (...) el paso institucional y las determinantes económicosociales determinaron que se iniciara su expansión como extensión de las actividades psiquiátricas, a las que se las ubica en un centro desde el que se

desplegaban una serie de otras actividades. Cuando lo que corresponde es que las acciones de la Psiquiatría deben ser consideradas, evaluadas y replanteadas desde las pautas conceptuales y los objetivos de la SM"(DNSM febrero 1986).

1.b. El aspecto administrativo-organizacional

En 1984 los efectores presentaban diversos estados de nivel asistencial, administrativo y organizativo. " Desde los completamente caotizados y deteriorados en todos sus componentes orgánicos a los exclusivamente falentes en su rendimiento técnico específico aún con un buena administración; y, a los relativamene organizados y defendidos por un cuerpo profesional coherentizado en un estilo de manejo corporativista de la tendencia doctrinaria-operativa asilar y cronificadora "(DNSM, Informe 1407, 1983). Se imponía entonces una reorganización, un reordenamiento y un estímulo de nuevas acciones orientadas prioritariamente a dar solución a los problemas de la población atendida. Ello determinó la intervención de los hospitales Borda y Tobar García. En el primero, abarcando las áreas de Dirección, Administración, Contabilidad y Servicios Generales; en segundo, sólo la Dirección. Para mayo de 1987 la intervención en el Borda había concluído y el hospital quedó a cargo de un director interino, con 32 años de trabajo en el hospital, quien ya había ejercido ese cargo en años de la intervención militar. A mediados de 1988, el Tobar García se preparaba para concursar la Dirección, después de un período de intervención a cargo del Dr. Cinollo Vernengo, quien ya había estado a cargo del hospital en los años 1980/81. Por su parte, el Moyano había sido intervenido en septiembre de 1983. A fines de 1984 el mismo interventor pasó a desempeñarse como director interino primero, luego integrando un triunvirato directivo v finalmente, en 1986, obtiene la dirección por concurso. Los Talleres Protegidos, desde su creación están a cargo del mismo director. En la Colonia Montes de Oca su director se desempeña desde 1977.

1.c. La descentralización.

La descentralización propugnada para estas instituciones aparece en cierta medida ligada a consideraciones técnico-administrativas ocasionadas por el fracaso de las tradicionales formas de administración centralizada. También se deben a la necesidad de reducir enormes gastos burocráticos y al convencimiento de que la complejidad creciente de las tareas aconseja una mayor delegación de poder de decisión para los funcionarios y administradores que trabajan en contacto más estrecho con los problemas y necesidades de la población-objeto, lo cual les proporciona mejor información y por ende, mayores probabilidades de actuar en forma más realista

En este sentido, el concepto va estrechamente unido al de la reducción de las grandes instituciones psiquiátricas. Estas suelen concentrar en pocos puntos geográficos el mayor número de camas posibles, bajo la supuesta intención de trabajar con economías de escala. De hecho, se han convertido en instituciones ingobernables, incapaces de funcionar como comunidades terapéuticas, con dificultades para integrar armoniosamente sus recursos y que cooperan activamente para lograr el desarraigo de sus pacientes. De allí la recomendación de la OMS referente a la inconveniencia de contar con hospitales de más de 400 camas.

Pero fundamentalmente, en el contexto de los Lineamientos del Plan Goldemberg, la descentralizxación surge como un argumento de naturaleza política, asociada con formas institucionales más democráticas, estrechamente ligada a la idea de participación en la toma de decisiones y por ende a la transformación de las estructuras de poder.

Como se ha mencionado, estos efectores no fueron afectados por la oleada descentralizadora de los años 1976-83, que más bien parece haber buscado, y obtenido, el alejar problemas de la cúpula gubernativa. Para 1984 la modalidad de funcionamiento de estos efectores estaba determinada por dos ejes: una alta dependencia en lo administrativo-presupuestario y una total desarticulación respecto de la DNSM en lo programático. La propuesta a partir de entonces significaba un giro de ciento ochenta grados respecto de esta situación. Por una parte se programó la descentralización administrativa que, a mediados de 1988, comenzó a implementarse en el Borda. Por otro lado, desde la DNSM se determinó el restablecimiento de sus funciones en cuanto a la responsabilidad de dar normas técnico-científicas y de ayudar, estimular y apuntalar acciones para su cumplimiento.

Las opiniones recogidas en los niveles directivos de los efectores han considerado la descentralización como un paso necesario para lograr una mayor agilidad en la gestión. En los mandos medios y operativos, la expectativa era menos favorable, ya que la misma exige cambio en las modalidades de trabajo, necesidad de capacitación y de mayor responsabilidad, lo cual no necesariamente va aparejado a una mayor jerarquización de los funcionarios y/o mayores ingresos, justamente cuando éstos son marcadamente bajos en estas categorías. Los cursos de capacitación a cargo del Instituto Nacional de la Administraciónb Pública fueron positivamente evaluados. Cabe acotar que en el grupo de trabajo que desde el Ministerio diseñó la descentralización, participaron funcionarios de los efectores y delegados sindicales.

1.d. La articulación entre la DNSM y los efectores

Delineados los objetivos básicos para la acción en el Plan Goldberg, la idea era tomar estos objetivos como puntos de partida para que, a través de la discusión participativa y con la información proporcionada por la evaluación periódica, ir enriqueciendo a lo largo del tiempo la planificación estratégica y dotar a cada efector de programas adaptados a las distintas modalidades y necesidades.

Desde el punto de vista de la cultura organizacional, estas instituciones se caracterizaban por un comportamiento autónomo, cerrado, con un tipo de poder feudalizado y un bajo nivel de comunicación interinstitucional. Esta realidad hace muy difícil concretar la propuesta de la DNSM de proceder a la reorientación asistencial en un marco participativo y elaborativo con todos los estamentos comprometidos en la tarca. De acuerdo con las opiniones recibidas, el tratamiento de las nuevas políticas, salvo en el Tobar García y en la Colonia Montes de Oca, parece haber sido coherente con las pautas culturales imperantes desde años. En primer lugar, la novedad de trabajar con la DNSM y romper el aislamiento tradicional, en muchos casos fue mal digerida y en otros predominó la desconfianza y se reforzaron los mecanismos de defensa. En segundo lugar, no existían mecanismos ni instancias de participación que hicieran ésta posible y fue necesario implementarlas a través de un laborioso esfuerzo.

En el Hospital Moyano, en 1988, se pudo advertir que, más allá de una participación formal de los grupos jerárquicos profesionales y sindicales, hay ausencia real de cualquier tipo de consulta y de consenso. Mas aún, cualquier intento de iniciar acciones en ese sentido, tanto sea con los pacientes (en pequeños grupos) como por parte de los trabajadores es severamente desalentado. En la mayoría de los casos entrevistados, la jefatura del servicio parece ser la instancia donde se pierde el rastro de las propuestas participativas.

En el Hospital Borda la intervención del Dr. Luna creó espacios de discusión que, sin embargo, parecen haber sido lo sificientemente caóticos como para no poder permear la estructura integra del Organismo. La actual dirección efectúa periódicas consultas a los sindicatos y a la Asociación Médica, pero entonces surge la cuestión de la capacidad de representación de dichos cuerpos que, al parecer es escasa.

En los Talleres Protegidos la tónica general (y tradicional) ha sido el no compromiso con el Organismo Central. En tanto se considera que al funcionar eficazmente desde el punto de vista administrativo, no hay necesidad alguna de cambio.

El Hospital Tobar García parece constituir una excepción, ya que la discusión organizada a partir de la Dirección produjo en conjunto un buen nivel de respuesta.

En ninguno de los efectores se pudo verificar la participación en la discusión de los cambios a implementar de los pacientes, familiares, miembros de las cooperadoras, comunidad de extramuros.

1.e. El cambio de las modalidades operativas

Los tres hospitales contaban en 1984 con tres modalidades de servicios: consultorios externos, internación y rehabilitación. Dentro de los servicios de internación (los más numerosos) se encontraban teóricamente, las terapias a corto plazo (hasta 90 días), terapia intermedia (hasta 180 días) y terapia a largo plazo (más de 180 días). En la práctica, la mayoría de las internaciones tendían a superar los 180 días y de allí derivaban a la cronicidad.

La rehabilitación estaba a cargo de los talleres protegidos intrahospitalarios (Moyano y Tobar García) y extrahospitalarios (Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica). La diferencia entre unos y otros es que los segundos tratan de reproducir más fielmente las condiciones de trabajo imperante en la industria competitiva, mientras que los primeros son menos rigurosos en esa materia. En los tres hospitales funcionaban también los talleres del CONET, destinados esencialmente a la capacitación laboral. No todos los servicios estimulaban a sus pacientes a la rehabilitación y en general ello sucedía cuando los internados habían sufrido un grado avanzado de cronicidad.

Los hospitales Borda y Moyano, al menos teóricamente, también disponían de atención clínico-quirúrgica, y el Tobar García contaba con servicios de odontología y pediatría. En los tres hospitales se realizaba docencia e investigación.

Los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica tenían básicamente dos áreas: producción y rehabilitación. Recibían pacientes de los hospitales nacionales, de los centros de Salud Mental municipales y aún de profesionales e instituciones privadas. El sector producción variaba dentro de los distintos establecimientos: corte y confección, industrialización (ej.: fabricación de estanterías metálicas, sillas, escritorios, etc.), termoelectromecánica, imprenta, carpintería, etc.

Las Colonias Montes de Oca y Diamante fundamentalmente estaban destinadas a la internación de discapacitados mentales, con escasas acciones de rehabilitación, a cargo de talleres intrahospitalarios.

La propuesta de la DNSM al priorizar los tratamientos ambulatorios, significó en la práctica el reforzamiento del "cordón de agudos" para evitar en lo posible la evolución de los enfermos a la cronicidad.

Por otra parte, desde el Organismo Nacional se alentó el desarrollo de acciones de prevención primaria en la comunidad, para lo cual, desde lo conceptual al menos, existe un amplio consenso. Sin embargo, su implementación presentó dificultades proque, desde el momento que las prácticas hospitalarias se concentran fundamentalmente en lo patológico (y aún dentro de ello, en las patologías más graves) y en el tratamiento individual, el enfoque que decide partir desde la salud y lo comunitario tiene que crearse su propio espacio, basándose cuando mucho en una muy escasa v lejana experiencia institucional. En distintas épocas, desde la década del 60, hubo en los hospitales una apertura a nuevas corrientes que implicaron una cierta integración comunitaria, pero esta línea careció de continuidad pues fue ciclicamente interrumpida por avantes autoritarios. En especial, en el período previo, en que fueron reforzadas firmemente las tendencias biologistas, individuales y estáticas de diagnóstico y tratamiento, y se creó una atmósfera propicia para que las experiencias comunitarias, que las hubo, fueran rápidamente desestructuragdas o bien no pasaran de ser fenómenos aislados, sin posibilidad de echar raíces en la cultura organizacional. Ello explicaría en parte que los programas comunitarios tengan mayor cabida fuera de estas instituciones tradicionales.

Asimismo se propició "la iniciación de actividades básicas de rehabilitación desde el ingreso de los pacientes en etapas sucesivas para lograr su resocialización" (DNSM, Informe 1407, 1985). Estas actividdes presuponen una concepción dinámica de la enfermedad y un reconocimiento de que el objetivo final de los tratamientos es la reinserción del paciente en la sociedad. De hecho, la rutina hospitalaria permitía sólo a un porcentaje muy pequeño de internados el acceso a la rehabilitación. rueba de ello es que en años anteriores a 1984, los directivos de los Talleres Protegidos (una de las formas institucionalizadas de rehabilitación) se quejaban de que los hospitales Borda y Moyano "no les mandaban pacientes". Un factor que debe ser tenido en cuenta como reforzador de esta tendencia ha sido la escasez crónica de personal para atender a la población internada.

Por último, frente a la problemática del paciente cronificado y de aquellos con alta médica pero carentes de medios económicos, de capacitación laboral y de un grupo familiar que los reciba, la Dirección Nacional propuso alentar todos los mecanismos posibles para lograr su externación: creación o reforzamiento de la modalidad de hospital de noche, creación de pensionados extrahospitalarios, de casas de medio camino, subsidios a familiares o grupos sustitutos que descan hacerse cargo de pacientes pero carecen de medios, etc.

Respecto del programa de implementación de casas de medio camino y granjas de resocialización, si bien directamente articulado con la labor de los efectores, van más allá de su área organizacional, por eso será expuesto en capítulo aparte.

1.f. Los Recursos Humanos

Para todo el período estudiado, los Hospitales Borda y Moyano y las Colonias han contado con número de personal rentado insuficiente si se toma como patrón de medida la recomendación de la OMS para este tipo de establecimientos: un enfermero cada 4 pacientes. Todos los efectores han contado con un 20 ó 30% menos del total de agentes rentados aprobado por estructura. Por ejemplo, para el Hospital Moyano, contra un plantel de 1034 agentes de estructura, al 31.12.85 había 736 agentes efectivos (Memoria DNSM, 1985); para abril de 1988 no llegaban a los 650 cargos efectivamente ocupados (datos del propio Hospital, abril/88). La diferencia entre las dos cifras se debe a la política de contención del gasto público que motivó el congelamiento de vacantes.

Esta carencia real de personal convierte el reforzamiento de algunos sectores, por ejemplo el de agudos, en una casi total desprotección de otros, por ejemplo el de crónicos, con lo cual se desvirtúan los objetivos buscados. Así, en el Hospital Moyano, se ha podido constatar que pabellones de aproximadamente 50 pacientes crónicas están a cargo de un profesional médico y teóricamente, una enfermera por turno (abril/88).

Se ha tratado de revertir esta situación con distintas aperturas para el ingreso de personal que han funcionado como paliativos y no han sido uniformes para todos los sectores. En el Hospital Borda, en abril de 1988, el número de administrativos de la estructura aprobada y real eran equivalentes: 92, mientras que en el área de los profesionales, sobre 283 de estructura, había 227 efectivamente ocupados, o sea casi un 20% menos. Por otra parte, según la estructura, de los 283 cargos profesionales, un total de 132 pertenecen a directores, coordinadores, jefes de servicio y jefes de sección. Este aparente exceso de cargos jerárquicos en relación con el total

de cargos obedece al hecho de no tomar en cuenta que el personal profesional real incluye también, en los tres hospitales, a residentes y concurrentes.

Los concurrenes, como es sabido, son egresados médicos o psicólogos que, sin ninguna clase de renta, reciben formación especializada en los hospitales, al tiempo que ejercen su profesión en alguno de los servicios, durante un cierto período (generalmente 5 años); terminado el mismo, los médicos reciben un título de "orientación Psiquiátrica" y los psicólogos un certificado de concurrencia. Los módulos de materias básicas pueden requerir 2 horas semanales y la asistencia en servicio, 12 horas semanales en no menos de 3 días a la semana (H. Borda, 1987).

El número de los concurrentes fluctúa constantemente en cuanto al total y con referencia a los distintos servicios. Algunos de éstos, por no resultar atractivos para los profesionaleso por falta de interés por parte de las jefaturas, casi no retienen concurrentes, mientras que en otros, como es el caso del Servicio de Consultorios Externos del H.Borda, duplican largamente el número de personal rentado.

En los años 1984 y 1985 hubo una gran apertura para el ingreso de concurrentes en los 3 hospitales. En el Borda solamente, se calcula que entraron alrededor de 400 en 1985, de los cuales más de dos tercios abandonaron en el primer año. Aunque en los años siguientes el ingreso fue más moderado (sobre todo en el Moyano), siguen aportando un número significativo del equipo profesional y, en ciertos, superan el número total de profesionales de planta permanente: es el caso del Hospital Tobar García, en el cual, sugún sus datos, en abril de 1988 había 110 concurrentes y 92 profesionales de planta.

En el Hospital Borda, en diciembre de 1987, se formó una Asociación de Concurrentes que reclaman básicamente por rentas, crecimiento científico y cultural de la institución y la defensa del hospital público (BONNANO, O., 1988).

La necesidad de retener a los profesionales fue factor de algunas modificaciones en los contenidos de los cursos para concurrentes y en la adscripción a los servicios. En el H.Moyano, por ejemplo, para 1988 se planeó que la concurrencia a los servicios fuera rotativa, de manera tal que los profesionales tuvieran acceso a distintas modalidades de atención y en distintas patologías, no comenzando su servicio por los sectores de enfermos crónicos. En el H.Tobar García los cursos alternativos a los basados en las teorías freudianas y lacanianas tuvieron una fría acogida, lo cual obligó a la reacomodación de la oferta.

Los reclamos de los concurrentes se han orientado también a los fines de su inserción laboral. En el H. Borda exigen integrar la Comisión de Concursos del Hospital, con la anuencia de las autoridades y la resistencia de la Asociación Médica, y realizan negociaciones para lograr hacer valer la experiencia hospitalaria adquirida a la hora de los nombramientos.

En cuanto al personal de planta permanente, se han tomado dos aspectos que se entienden importantes para la implementación del nuevo proyecto: el reclutamiento y la promoción.

En los 3 hospitales y en los talleres protegidos, el reclutamiento se realiza con la participación de la Dirección y de los gremios, y en el Tobar García con la intervenciónb, además, de la jefatura del servicio o área donde se destinará al personal ingresante. En el H.Borda, como se ha mencionado, habría también participación de la Asociación de Concurrêntes.

Para el personal no profesional (administrativos, enfermeros, de mantenimiento, servicios generales) prima la presentación del candidato por parte de un miembro del personal profesional, la selección recae principalmente en la Dirección del hospital y en la Asociación Médica.

Solamente en los Talleres Protegidos se pudo detectar la incorporación sistemática, dentro de las posibilidades del organismo, de pacientes dados de alta, cumpliendo así con el espíritu de la legislación vigente en materia de protección al discapacitado.

Las promociones que se han realizado por concurso abarcan sólo las áreas profesional y jerárquica. Los concursos han sido siempre cerrados, circunstancia que es defendida a ultranza por las asociaciones médicas y los sindicatos.

1.g. Las relaciones laborales

Desde el punto de vista gremial, las asociaciones que actúan en el ámbito de los efectores son básicamente tres: la Union del Personal Civil de la Nación -UPCN-, la Asociacion de Trabajadores del Estado -ATE- y la Asociación Médica, filial de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal -FEMECA-. La Asociación Médica incluye también a otro tipo de profesionales como ser odontólogos y los psicólogos (rentados).

En 1984 se formó en el H. Borda la Asociación de Profesionales, la cual contó con alta participación de los psicólogos y pretendía una representación más equitativa de todas las profesiones que

intervienen en el área. Al momento de efectuar el relevemiento de campo, esta Asociación prácticamente no existía y algunos de sus integrantes habían sido cooptados por la Asociación Médica. En el H. Moyano actúa una Asociación de Profesionales que, de hecho, está liderada por los médicos.

Aún cuando la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires carece de personería gremial, fue invitada por ATE y UPCN durante las huelgas a participar en las mesas que condujeron las asambleas en el H. Borda.

Los fonoaudiólogos, asistentes sociales, terapistas ocupacionales, etc., quedan en una especie de tierra de nadie gremial, lo cual, unido a su escaso número, dificulta su capacidad de luchar por reivindicaciones específicas.

Como se ha señalado, los concurrentes no tendrían en principio ninguna representación gremial, ya que la Asociación Médica no reconoce a los profesionales no rentados. Para encarar este problema surgen a fines de 1987, desde el H. Borda, dos proyectos: La Asociación de Concurrentes y tratativas para ingresar a ATE (VOTH, Graciela, 1988/julio).

Los conflictos laborales que tuvieron lugar en estos años obedecen básicamente a 4 motivos desencadenantes:

- 1º) Recomposición salarial del sector, elevación del presupuesto en salud, jerarquización del hospital público, concursos, reincorporación de cesantes, carrera hospitalaria para los médicos, transparencia en las condiciones de ingresos, capacitación (años 1985 a 1988).
- 2°) En el Hospital Moyano, a causa de no ser prorrogado el interinato del director a cargo (1985).
- 3º) En el Hospital Borda, con motivo de la internación de un protador de SIDA, "Chapita" Velázquez (1987).
- 4°) En este mismo hospital, a causa del fallecimiento de una enfermera (1988).

El primer punto desencadena cíclicamente movimientos de protesta y paros que van desde varias horas por turno hasta huelgas de 5 días seguidos. En la mayoría de los casos, los paros abarcaron a todos los gremios al mismo tiempo. Se han venido resolviendo en base a recomposiciones salariales y aperturas para el ingresos de personal de mantenimiento y de enfermería y, en menor medida, de médicos y psicólogos. Las restantes reivindicaciones pasaron a depender de comisiones que entiendenen la reestructuración del sector. El hecho de que los conflictos resurjan a los pocos meses sobre las mismas bases habla de la fragilidad de las soluciones implementadas.

El segundo motivo está directamente vinculado con la implementación de las nuevas políticas desde la DNSM y revela el enfrentamiento entre la Dirección del hospital y los sectores más progresistas del mismo, que incluía buena parte de los residentes y concurrentes y contaba con el apoyo de la DNSM. La movilización de los sindicatos ATE y UPCN y de la Asociación de Profesionales permitió la restitución del director integrando un triunvirato directivo y posteriormente (1986) la obtención de la dirección por concurso por parte de este director. Los residentes abandonaron masivamente el hospital y más tarde se cerraron las residencias en dicho nosocomio.

El caso de "Chaita" Velázquez actualiza una problemática muy compleja y muy antigua que abarca cuestiones de poder entre los ámbitos de justicia y de salud y se revela por ejemplo, en la internación judicial de drogadictos con personalidad delincuente o los psicópatas gravez. En los hospitales Borda y Moyano hay un solo servicio de puertas cerradas, para aquellos pacientes que el juez indica expresamente. El resto de los internados convive en un ámbito que, al menos teóricamente es de tipo hospitalario de puertas abiertas. Esta situación crea para el resto de la población internada y de los trabajadores un estado de indefensión e inseguridad permanente.

de "Chapita", portador La internación consumidor de drogas y con una personalidad muy agresiva, fue el desencadenante de paros que planteaban esta problemática. Las soluciones reclamadas difieren bastante según el sector interrogado (enfermeras, psicólogos, psiquiatras, pacientes) pero como común denominador planteó la necesidad de crear instituciones intermedias entre la cárcel y el hosital que contemplen estas situaciones. El conflicto, a tenor de los informantes, en el H. Borda, no ha tenido resolución. La internación de "Chapital" en el Servicio de Terapia a Corto Plazo Nº 4 provocó "primero, el éxodo de casi la totalidad de los pacientes, y luego, la desarticulación y el vaciamiento del plantel profesional" (BONNANO, o., 1988). En lo puntual, este caso se canalizó como un problema de seguridad interna (sobre el que se volverá más adelante) y se buscó solucionarlo reforzando el aspecto policial. Aunque en menor medida, este problema también se plantea en el Tobar García, con la intervención judicial de adolescentes psicópatas graves.

La muerte de una enfermera en el H. Borda actualizó trágicamente el tema de la insuficiencia de personal especializado para el tratamiento de los pacientes, en especial en el sector enfermería. Dado la falta general de enfermeras, que es aún más crítica en el sector de SM, y los bajos sueldos percibidos, a lo que se debe agregar las insalubres condiciones de trabajo, la mayoría de los enfermeros ingresantes son "empíricos". Después de su incorporación hacen un curso en servicio de un año que los capacita en el tema de SM.

No obstante los cíclicos reclutamientos de personal, al mes de abril de 1988, en el H. Borda contaba con 243 enfermeros (fuente del mismo hospital) para 1.500 internados. Si se restan los destinados a los servicios ambulatorios y los ausentes, y se divide en cuatro turnos, la relación es de 50 y hasta 100 pacientes por enfermero.

En el H. Moyano, el sector de enfermería presentó oportunamente un informe a la Asociación de Trabajadores del Estado sobre las condiciones de trabajo, seguridad laboral, cumplimiento de la legislación vigente (ley 19.587 y decreto reglamentario), cálculo de personal necesario y recomendaciones para revertir la situación. El panorama allí descripto, fácilmente corroborable, habla de graves falencias en todos los rubros señalados. En lo que atañe al número de enfermeras, auxiliares y ayudantes, se consideraban necesarias en aquel entonces (1985) un total de 1.475, sobre 256 que había en la realidad. Para abril de 1988, en el mismo efector se contaba con 393 agentes en este sector, lo cual significaba un aumento de más del 50%, pero por otra parte, muy lejos del número recomendado.

Las respuestas oficiales a estos reclamos abarcaron además de periódicos refuerzos de personal, la implementación en 1984 de un curso de capacitación para los 3 hospitales, en SM y psiquiatría, enfermería general y administración de enfermería, con un total de 50 participante. Asimismo, en abril de 1988, estaba en estudio la implementación de "vacaciones terapéuticas", o sea el reconocimiento de un período anual de licencia, independiente de la licencia anual ordinaria.

1.h. Las funciones de Control

Los dos últimos conflictos expuestos (caso "Chapita" y muerte de una enfermera), que se insertan en el tema más amplio de la seguridad interna, la represión y el control, se enlazan entonces con el de la aplicación de la ley 22.914 (octubre/83) de internaciones y egresos de los enfermos mentales. Esta ley, creada con la intención declarada de resguardar y atender al paciente internado, pone a éste bajo el amparo de un

juez, de tal manera que toda internación debe ser comunicada al poder judicial dentro del término de las 24 horas de producida.

"El paciente permanece en el hospital hasta que el médico forense, en base a los dictámenes del personal asistencial del hospital (en la práctica debiera basarse además en sus propias apreciaciones y diagnóstico, cosa que sucede poco habitualmente), remite su "alta" al juez, quien ordena la rehabilitación jurídica del paciente, sentenciando su "libertad"." (CORVALAN, C. y MAYER, M., 1986).

Como la ley entra en vigencia prácticamente en 1984, no es sino a partir de 1985 que los hospitales deben enfrentarse con el problema que les ocasionan las fugas de los pacientes. En 1986, el entonces interventor, Dr. Luna (H. Borda), planteaba así la disyuntiva: "Es que la fuga es una figura jurídica. Cuando un juez interna a un paciente en este hospital el responsable de la internación y de la custodia del paciente'en el hospital es el Director del mismo. Yo diría una cosa, la fuga para mi, tengo un trabajo escrito sobre eso, es un índice de salud, pero eso lo digo desde la profesión de trabajador de la salud. El juez no entiende eso, la fuga para el juez es un conflicto, porque el paciente vuelve a la casa y la familia va a Tribunales y arma un escándalo al juez y dice cómo, usted ordenó la internación y el paciente está otra vez en mi casa." (S/A, "Entre salud y burocracia", 1986).

Ante este problema, se contrató un sistema de vigilancia especial con la policía federal, a fin de efectuar un control de entradas y salidas del establecimiento, tanto de personal como de vehículos.

Por otra parte, el propio Dr. Luna efectuaba distintas gestiones para implementar otras instancias en la solución del problema:

- creación de la figura de "paciente en observación", de tal modo que durante 48 hs. se pudiera contener y seguir la evolución del paciente, sin que automáticamente quedara internado y puesto a disposición del juez, con lo cual se evitan muchas internaciones innecesarias;
- trabajo con los ascsores de menores para implementar un instituto de clasificación de pacientes judiciales;
- contactos frecuentes con los jueces para aunar criterios y establecer estrategias coherentes.

En abril del '88, la presencia policial en el H. Borda era muy alta. No sólo se controlaba teóricamente la entrada y salida del hospital,

sino la circulación interna, e incluso actuaban en situaciones de pacientes en crisis.

Este incremento de agentes de seguridad se debería a la presencia en el hospital de delincuentes que lo utilizaban como "aguantadero".

Medidas similares fueron implementadas en el H. Moyano, en la misma época. Las mismas no impiden las fugas; en cambio, a criterio de algunos médicos, psicólogos y pacientes entrevistados, constituyen un motivo de perturbación. Otras opiniones recogidas en el área de enfermería, cooperadoras y autoridades, expresan que al menos sirven para poner cierto coto a las actividades francamente delictivas.

En el H. Tobar García la presencia policial es más discreta, fue solicitada por la Dirección y por la Asociación de Trabajadores del Estado, y tiene como objeto evitar los robos del patrimonio del hospital.

1.y. Los efectores y la comunidad de extramuros

Enmarcados en una sociedad cuyo gobierno ilegítimo castigaba todo intento de agrupación, acción comunitaria, asociación en defensa de los intereses de la comunidad, libre circulación de la información y transparencia en la gestión, durante el período del proceso los efectores acentuaron un aislamiento que reforzaba las tendencias de rechazo de la comunidad de extramuros hacia estos lugares donde se condensa el dolor y el fracaso.

Un objetiovo que se plantea en los lineamientos del Plan Nacional de SM es el de "obtener un cambio en la relación de la población con los problemas de la SM". Esto incluye también un cambio en la relación de la población con respecto a los efectores y por parte de éstos y la comunidad que los contiene.

Una forma tradicional de relación con la comunidad han sido las asociaciones cooperadoras de los hospitales. En el período previo no escaparon tampoco ellas de las medidas tendientes a disolver toda forma de asociación, logrando sobrevivir tan sólo como "comisiones" sin personería jurídica y limitadas en su accionar al ámbito de los hospitales.

Es entonces a partir de 1984 que se organizan las actuales cooperadoras, a partir de cero en el caso del Borda o a partir de aquellas "comisiones" existentes, en el Moyano y el Tobar García. Si bien la normativa reconoce una sola cooperadora "oficial" dentro de cada institución, tanto en

el Borda como en el Moyano, hay múltiples grupos de familiares y colaboradores que operan como cooperadoras "paralelas".

Las cooperadoras "oficiales", que fueron las consultadas, obtienen sus fondos de donaciones, festivales y de la concesión de quioscos en los mismos establecimientos. Todas parecen tener como función salvar de manera eficaz los baches que la falta de presupuesto, la mala organización, la escasez de personal de mantenimiento y las disputas internas dejan sin hacer. En alguños casos sólo financian los gastos; en la mayoría, también efectúan contrataciones, hacen seguimiento y control de obras, etc. Tanto cooperan para el arreglo de techos, remodelación de baños, provisión de medicamentos, vestimenta y ropa de cama para los internados, arreglo de máquinas de oficina, como para la organización del esparcimiento y la recreación de los pacientes. En su mayoría están formadas por voluntarias, incluyendo un pequeño porcentaje de familiares de internados. No se ha detectado la participación en estas organizaciones de los propios internados.

En suma, parientes cercanas de las asociaciones de beneficencia, las cooperadoras colaboran de manera más o menos estrecha, más o menos cordial, con las direcciones de los hospitales y con algunos jefes de servicio, de un modo que, en última instancia, tiende a apuntalar (también en el sentido literal del términos) dichas instituciones.

Además de estas organizaciones, los hospitales son encrucijadas del accionar de otros grupos comunitarios. Algunos reconocen antecedentes en otras épocas democráticas, otras nacen a partir de 1983: la gente del Bancadero (Asociación Mutual de Ayuda Psicológica); cooperativas de trabajo que se forman con alta participación de internados (COOPERANZA, SM, Cooperativa Ltda., y otras); de Trabajo organizaciones que apoyan proyectos alternativos como ser las casas de medio camino, las granjas de resocialización y los talleres de producción que permiten a los internados con alta acceder a una salida laboral (Curia Metropolitana; Suprema Corte de Justicia; Asociación Amigos del H. Borda; Fundación CREAR; COR Coordinación de Obras Privadas de Rehabilitación, etc.) y las que organizan a los internados para que trasciendan los muros del hospital a través de manifestaciones culturales (Frente de Artistas del Borda, Teatro Municipal Gral. San Martín, Revista "Fin de Siglo", etc.); jóvenes que colaboran como asistentes terapéuticos no tradicionales (H. Borda); etc.

Actuando algunas veces bajo la coordinación de la DNSM o, en la mayoría de los casos, operando en forma autónoma y bastante anárquica, todos estos proyectos tienen algo en común: la direccionalidad de sus esfuerzos. Trabajan con objetivos que permiten a algunos internados tomar contacto, participar, trabajar fuera del hospital y, en los proyectos

más ambiciosos, reinsertarse en la sociedad de un modo más saludable. En un doble movimiento, canalizan parte de la problemática desde los hospitales hacia afuera y al mismo tiempo, resienten su monopolio en este tema.

1.j. Las acciones renovadoras

Para completar el panorama de los efectores, se hace necesario agragar a lo ya expuesto, un breve inventario de metas alcanzadas, acordes con los objetivos propuestos a partir de 1984.

Los tres hospitales nacionales han organizado durante este período numerosas actividades docentes (cursos, seminarios, talleres, ateneos, etc.), orientados en su mayoría a la actualización en teorías y prácticas de los profesionales y trabajadores del área, y en menor medida al público en general (ej.: formación de acompañante terapéutico, H. Moyano).

En los mismos efectores se realizó un censo especial de los pacientes internados para evaluar indicios de recuperabilidad, vínculos familiares, sociales y cobertura asistencial, así como otros datos que permiten preparar más eficazmente su proceso de externación.

En el H. Moyano se abrió un "hospital de noche", modalidad operativa con la que no contaba (1984) y se reubicó y remodeló el sector de consultorios externos (1988). En el H. Borda se creó un Taller Protegido Intrahospitalario (1984) y se disminuyó el número de camas ocupadas en aproximadamente un 25% (1986).

El H. Tobar García organiza un equipo de terapia sistémica que funciona en forma separada de los consultorios externos y depende directamente de la Dirección. La modalidad de trabajo de este equipo es plantear al grupo familiar la necesidad de un compromiso de asistencia de todos los miembros; si no se logra este objetivo, los pacientes son derivados parasu admisión al equipo de familia de los consultorios externos. El Servicio de Neurología implementa los equipos de Estimulación Precoz y Centro de la Epilepsia, en los que participan profesionales de distintos sectores y se trabaja con niños de la comunidad que son atendidos sin pasar por la forma usual de admisión. Tanto este hospital como el Borda ampliaron sus horarios de atención.

Los Talleres Protegidos han colaborado activamente con provincias y municipios para la implementación de talleres protegidos locales.

2.- PLAN PILOTO BOCA -BARRACAS

La democratización del sistema asistencial, objetivo clave de las políticas nacionales de SM, implica lograr para toda la población el acceso a las acciones preventivas en el momento oportuno con la mejor calidad de asistencia y la participación activa de todos los sectores interesados.

Por otra parte, criterios de eficiencia llevan al desplazamiento del eje centrado en el hospital y la enfermedad hacia la prevención y la salud: "Al igual que en otras áreas, se hace manifiesto que la atención médica según los medios tradicionales es ya incapaz de tener algún efecto importante en un problema de tal magnitud. Cada vez se hace más patente que la atención en SM no debe seguir impartiéndose en instituciones centralizadas, ni estar en manos de un némero reducido de especialistas" (OMS, Ginebra, 1984, citado en: DNSM, "Lineamiento para programas de organización comunitaria de SM").

Alcanzar estos objetivos supone la utilización de recursos humanos no tradicionales, el desarrollo de nuevas tecnologías y la creación de ámbitos no convencionales para las acciones terapéuticas. En tal sentido, la DNSM propugna experiencias diversas de organizaciones comunitarias para la SM, tanto en Capital Federal como en todo el ámbito del país, a partir de 1984. Una de ellas es el Proyecto Piloto Zona II (Boca-Barracas) que se detallará a continuación.

El programa se presenata a la comunidad el 18 de junio de 1985. Se implementa con 4 asistentes sociales de los hospitales psiquiátricos nacionales (en tiempo compartico) y más de 80 profesionales voluntarios (médicos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, etc.) y agentes de salud emergentes de la comunidad. A través de convenios con la Municipalidad de Buenos Aires para la utilización de escuelas de la zona, con un Jardín Maternal y con el Colegio San Juan Evangelista se obtienen ámbitos para trabajar; luego la comunidad cederá por un tiempo un local en Pinzón 469, que va a funcionar como sede central. Al mismo tiempo, la DNSM dispone la creación del Centro de Práctica de Servicio Social en la Experienia Piloto y aprueba convenios con la Municipalidad de Buenos Aires, Minoridad y Familia, Acción Social, Universidad de Buenos Aires, Tribunales, etc. para integrar acciones. Como infraestructura sanitaria se cuenta con los tres hospitales nacionales psiquiátricos, los hospitales municipales Argerich y Elizalde (ex-Casa Cuna) y el ex-hospital Rawson. El área a cubrir,

obviamente, son los barrios capitalinos de la Boca y Barracas donde no existen centros de SM municipales.

Los objetivos específicos de esta experiencia son:

- 1) Encarar problemas no considerados en la estructura existente desde una perspectiva de atención primaria.
- 2) Resolver la demanda en el medio comunitario facilitando una adecuada atención.
- 3) Desmitificar y reubicar la problemática de SM disminuyendo los prejuicios de la población.
- 4)Redistribuir la responsabilidad de la SM entre la franja profesional y la poblasión. (DNSM, "Lineamientos para programas de organización comunitaria en SM").

Para alcanzar estas metas se desarrollaron subprogramas en las siguientes áreas:

- educación para la salud, campañas infantiles, de la tercera edad, etc.;
- intervenciones en crisis situacionales y vitales;
- trastornos de aprendizaje, malos tratos, abandono, etc.;
- orientación vocacional y ocupacional;
- uso del tiempo libre de niños, adultos, adolescentes y tercera edad;
- asistencia psicopatológica, psicopedagógica y psicogeriátrica.

Cada una de estas áreas permite la organización de respuestas participativas y proyectos comunitarios que se concretan como:

- asociación de padres de alumnos, cooperadoras, cooperativas, etc.;
- guarderías jardines maternales, comedores escolares, etc.;
- clubes en general;
- sistemas recreativos para ocupación del tiempo libre;
- talleres protegidos, hostales, hospitales de día, etc.;
- bolsas de trabajo.

Estas acciones entrelazan dos aspectos, por un lado, la presentación de una atención directa a los habitantes, individual y asociativamente. Una parte importante de esta línea lo consituye la promoción y coordinación para la buena utilización de todos los servicios existentes en el barrio (minoridad, PAMI, hospitales, bibliotecas, etc.). Por el otro, la promoción social de la actividad, es decir, que los propios convecinos desarrollen su participación en la vida del barrio.

De los subprogramas mencionados, se ha tomado, un tanto arbitrariamente, el de "intervenciones en crisis situacionales y vitales" para analizar su desarrollo.

En la sede de la calle Pinzón, los profesionales realizan, desde la admisión de la persona en crisis, un trabajo multidisciplinario. "Se elabora entonces un diagnóstico situacional, estructural y sintomal (sic) del paciente y/o grupo familiar y su inserción en la comunidad. Se deriva a otras instituciones (tercer nivel de atención) a aquellos pacientes que requieren tratamientos específicos o cuya sintomatología implique riesgos para su vida o la de los otros, o un deterioro irreversible de su enfermedad y por lo tanto necesitan un continente institucional. En este caso se realiza una internación a corto plazo y trabajamos con el grupo familiar y/o amigos, vecinos, etc. para preparar la externación del paciente." (CARPINTERO E., 1988, p. 6).

Luego del diagnóstico, el paciente y/o su grupo familiar participan de alguna de las siguientes psicoterapias: individual, grupal, familiar, de pareja, entrevista y control psicofarmacológico, trabajo corporal, visitas domiciliarias, trabajo "en red" con amigos, vecinos, etc. Con cada uno de los pacientes intervienen varios terapeutas, así como otros pacientes y miembros de la comunidad.

En el mismo artículo de Enrique CARPINTERO, se consigna como algunos resultados de este subprograma:

- 1986, atención de 80 situaciones decirsis con una sola internación.
- 1987, idem de 120 situaciones de crisis sin ninguna internación.

De conversaciones manenidas con profesionales del equipo de Servicio Social del Plan Piloto, surgieron, desde el punto de vista operacional, como problemas más graves los siguientes:

- falta de participación, por ejemplo, un sólo consejero vecinal acude regularmente al Programa desde 1985;
- falta de base de datos por parte de los organismos que deberían proporcionarlos, se citó el caso de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires que no cuenta con un catastro de la zona ni registra estudios e investigaciones que pueden proporcionar datos alternativos;
- dificultad en la coordinación interinstitucional, especialmene en el área de los organismos estatales;
- no se dispone de recursos financieros.

Respecto de este último punto, cabe señalar que desde 1985 la DNSM gestiona la financiación del proyecto a través de distintas fuentes nacionales e internacionales (OMS, APS, etc.) con resultados, hasta mediados de 1988, infructuosos.

Los profesionales que trabajan en el proyecto no perciben ninguna retribución monetaria por el trabajo efectuado, con los consiguientes problemas que ello ocasiona: alto índice de deserción, no incorporación a la experiencia de algunos profesionales jóvenes que desearían hacerlo pero necesitan contar con una remuneración adeucada, etc. etc.

A casi cuatro años de labor el Plan Piloto ha tenido suficiente ramificación en los dos barrios como para significar una presencia reconocida por la comunidad. Lamentablemente, fuera del campo de los trabajadores de SM, esta experiencia no ha trascendido lo necesario aún dentro del ámbito capitalisno, como para estimular imitaciones. En este sentido, cabe mencionar que, dentro del espacio que Canal 7 dedicó a la DNSM a mediados de 1988 (dos emisiones de media hora cada una), estaba programado cerrar la última emisión con la presentación al gran público de este Plan Piloto, pero razones de horario recortaron los minutos dedicados a esta proyección.

3. SEREVITE - SERVICIO DE REPARACION DE VICTIMAS DEL TERRORISMO

"Las prácticas terroristas en nuestro país no comenzaron el 24 de marzo de 1976. Perseguidos políticos, desaparecidos asesinados y presos políticos al margen de toda juridicidad formaron parte de la degradación de las instituciones de la Nación con anterioridad a esa fecha. Es precisamente ese proceso creciente de las prácticas ilegales promovidas desde el propio Estado el que fue generando las condiciones para la instauración del modelo antidemocrático donde el uso sistemático del terrorismo se fue implementando hasta convertirse en un verdadesero Estado terrorista." (DUHALDE, E.L. en MARTINEZ, V. (comp.), 1987, p. 21).

La repercusión de estas prácticas en el cuerpo social del país, en su cultura, en sus instituciones, la evaluación del daño y la implementación de tareas de reparación, se hacen imprescindibles a partir de 1984.

La DNSM, desde el subprograma de investigación, propone como temática:

- los efectos psicosociales inmediatos y mediatos de los terrorismos en particular del terrorismo de Estado;
- evaluación del daño poblacional relativo a la ruptura de marcos legales; a la instauración de sistemas de control mediante el pánico; el ataque de raíces culturales; a las consecuencias y las marcas de la sobrevida en sistemas genocidas; a los efectos físicos y psicológicos de los que padecieron vejaciones y torturas. Su relación con factores socioeconómicos supranacionales y con pautas autoritarias en el cultura del país.

Por otra parte, si bien se puede decir que los lineamientos nacionales en SM son en sí una respuesta reparadora a las consecuencias de las prácticas terroristas, específicamene se creó en un edificio de Sanidad Escolar, elServicio de Orientación Psicológica y Asistencia Psicoterapéutica para Víctimas del Terrorismo 8SEREVITE), el que asimismo, realiza asesoramientos institucionales.

4. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOCION DE HOGARES DE MEDIO CAMINO Y GRANJAS DE RESOCIALIZACION

Históricamente la acción terapéutica estuvo centrada en lo sintomático. Significa esto que no había necesidad alguna de recurrir a la rehabilitación si se podía prevenir o tratar lo sintomático. Es durante las dos útimas décadas cuando queda claramene establecido la viabilidad y la necesidad de la rehabilitación en el campo de la SM.

Según un informe de la DNSM de 1988, utilizando con mayor o menor éxito la gran cantidad de nuevas técnicas terapéuticas, se ha logrado una disminución sintomática que no ha sido acompañada en la misma medida por un proceso de rehabilitación exitoso. Al contrario, la disminución de la duración de las recidivas y la tendencia a la intervención terapéutica corta, han creado un crecimiento en el número de readmisiones, produciendo lo que se conoce como fenómeno de "puerta giratoria".

La rehabilitación en SM tiende a impedir recidivas, rehospitalizaciones y a reducir la dependencia del individuo del aparato sanitario. En el caso concreto de los dos hospitales nacionales, Borda y Moyano, para 1985 menos del 15% de los pacientes de largo tratamiento (el 92% del total internado) realiza algún tipo de actividad coordinada que incluye talleres protegidos, cursos del CONET y otras.

Un buen número de esos internados no recibe del hospital más que albergue y comida y podría reintegrarse a la sociedad, pero los largos años de internación han producido en ellos efectos desocializantes: carecen de medios de manutención, de vivienda, en algunos casos no hay grupo familiar que los reciba o bien éste es sumamente carenciado y han perdido el manejo de las rutinas más elementales de la vida en libertad. De esta manera el alta en estos casos significa una reinternación a corto plazo o una reinserción sumamente dramática para el paciente y su grupo conviviente.

Como respuesta a este problema surge en varios países (Italia, Francia, España, USA), entre otras vías de solución, dos tipos de estructuras intermedias que colaboran para la desinstitucionalización del paciente mental. Estas son las casas de medio camino (urbanas) y las granjas de resocialización.

Estas instancias vienen a constituir un puente entre el hospital psiquiátrico y la comunidad, permitiendo el pasaje progresivo, readaptativo y curativo de los individuos en situación asilar hacia su reinserción comunitaria final.

A través de una oferta habitacional, una contención terapéutica y capacitación y/o salida laboral por un lapso que en general promedia entre uno o dos años, se busca ayudar al paciente a reconstruir las redes sociales, familiares y laborales que le permitan llevar una vida independiente productiva y satisfactoria.

Desde lo político, se opera una reducción del control de Estado sobre las personas. Desde lo institucional, estas instancias tienen el germen para abolir a largo plazo los establecimientos psiquiátricos o al menos, reducirlos a su mínima expresión. Desde lo administrativo, puede redundar e mediano plazo en una reducción de costos y especialmente, en un aumento de la eficiencia.

En la Argentina poco y nada se ha hecho al respecto desde el ámbito público (ni desde el privado). Para mediados de 1988, en relación a los hospitales mencionados, sólo se tuvo conocimiento de la existencia de dos casas de medio camino en Capital Federal, una dependiente del Poder Judicial (con aportes de fundaciones privadas) y otra organizada bajo los auspicios de la Curia Metropolitana, ambas para mujeres.

La creación de estas instancias está prevista dentro de los Lineamientos del Plan Goldemberg , y desde 1984 la DNSM realizó numerosas gestiones al respecto.

Las acciones orientadas a aprovechar casas desocupadas, propiedad de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, resultaron infrúctuosas, lo cual habla de las grandes dificultades para coordinar acciones entre distintos ámbitos de gobierno. En abril de 1988 el Programa cobra impulso al ser firmada la Resolución Nº 435 que le da aval formal ministerial.

En dicha Resolución también se prevé la organización de sistemas de subsidio para familias, grupos convivientes, consanguíneos o sustitutos, de personas internadas por largo tiempo y que estén en condiciones de recibirlos nuevamente en su seno.

Para junio de 1988 ya se había implementado la mayoría de los pasos burocráticos para la instalación de dos casas urbanas y cinco viviendas y cuatro huertas, éstas últimas con asentamiento en predios cedidos por la Colonia Montes de Oca, en la Provincia de Buenos Aires.

Estos pasos, esquemáticamente, incluían:

- solicitud de subsidio para comprar dos casas (para 6/8 personas c/u),
- idem para que la Asociación Cooperadora del H. Borda pueda actuar como adquirente de los inmuebles,
- gestión subsidios para futuros residentes (aproximadamente un salario mínimo actualizado para c/u),
- gestión para la adquisición de muebles, ropa y equipamiento básico para las viviendas, básicamente a través de los Talleres Protegidos y con recursos recaudados por la Asociación Amigos del H. Borda,
- gestiones para obtener empleos estables remunerados en zona urbana para los beneficiarios del sistema a través de un acuerdo con la Coordinación de Obras Privadas de Rehabilitación, COR,
- organización de un taller laboral destinado al programa para obtener más puestos de trabajo, también a través de la COR,
- implementación dentro del H. Borda de un ámbito de rehabilitación y resocialización con miras a la reinserción social de internados crónicos,
- creación de una unidad productivas intrahositalaria (producción de papelería de oficina, gestión de un subsidio con tal fin por parte de la Cooperadora del H. Borda,
- para la compra parcial de la producción y otras gestiones para su comercialización,
- implementación de un centro asistencial comunitario para el tratamiento y seguimiento clínico de los beneficiarios del programa,
- implementación de la red asistencial para las granjas comunitarias,
- afectación de las tierras cedidas por la Colonia Montes de Oca al Programa,
- provisión de cinco viviendas para las granjas comunitarias (3 para vivienda de 6 residentes cada una, 1 para administración de 1 para el encargado),
- gestiones en la Colonia Montes de Oca y la Dirección Nacional de Arquitectura Hospitalaria para la preparación del terreno,
- gestiones para obtener recursos para la conexión de redes de electricidad, agua, gas, sistema cloacal,
- gestiones para la adquisición de muebles, ropas y equipamiento para las viviendas-granjas,
- gestión de recursos para la realización y puesta en marcha de huertas y gallineros,
- gestiones para la obtención de recursos para la subsistencia de los18 residentes hasta tanto la explotación rural rinda los ingresos necesarios,
- gestiones ante la Colonia Montes de Oca para la comercialización de los productos,

• gestiones para la selección y capacitación del acompañante técnico, los encargados de la atención clínica, acompañante terapéutico y profesional agrónomo responsable de la capacitación (los primeros a cargo de la Colonia Montes de Oca, los dos últimos son financiados con un subsidio).

La circunstancia de tener que organizarse todo el proyecto prácticamente desde cero requiere el armado de una red burocrática para su implementación. Una sumatoria apresurada apunta la necesidad de realizar más de 35 acuerdos con distintas entidades públicas y privadas, muchas de ellas de mayor jerarquía que la propia DNSM. Si a ello se suma la tramitación de expedientes y los consiguientes actos administrativos que ello implica y la coordinación necesaria, nos encontramos con un panorama kafkiano que realmene parece convertirse en la variable decisiva para el éxito de este Programa.

5. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

La formación de recursos humanos dentro del área de SM es especialmente importante y, en el período 1984-88, se podría afirmar que es prioritario. Abarca en primer lugar a la propia comunidad, los grupos primarios (familia , padres) y secundarios (instituciones) que son agentes directos de la salud. En el ámbito de la salud materno-infantil, por ejemplo, se reconoce sin discusión el papel de primer efectos de salud que cumple la madre. En SM, desde políticas nacionales, el rol de estos recursos humanos sin embargo había sido en la práctica largamente ignorados, aunque ha sido desde los hechos que estos grupos han demostrado una alta eficiencia para resolver algunos problemas tales como el alcoholismo.

En segundo lugar se encuentra la formación de auxiliares y técnicos, sector que en la Argentina muestra una especial carencia. Una observación de la pirámide de recursos humanos del área revela un mayor número en el nivel de alta capacitación y escaso o nulo en el nivel básico o intermedio.

Finalmente, la formación de personal en el ámbito universitario plantea el problema de la cantidad, calidad y distribución, temas que, de alguna manera ya se han planteado en anteriores capítulos.

Dentro de las políticas implementadas por la DNSM se ha elegido para este capítulo el de las residencias hospitalarias que, en 1984 se realizaban en los hospitales Borda, Moyano, Tobar García y Aráoz Alfaro (en este último, las residencias pasan en 1987 al área de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires).

En 1984, una comisión fue encargada por la DNSM de la evaluación del sistema de residencias, la cual llegó a las siguientes conclusiones:

- los criterios de formación estaban centrados en el eje enfermedadasistencia, con insignificante actividad de prevención primaria, que no incluía experiencias de trabajo comunitario,
- primaba una perspectiva del ejercicio profesional de consultorio privado,
- no favorecía la constitución de equipos interdisciplinarios,
- no se registraban actividades de investigación en las que estuvieran incluídos los residentes,
- no existía articulación entre las funciones de supervisión docente y actividades prácticas.

En suma, el sistema no era funcional para la formación de profesionales de acuerdo a las necesidades del área y del estadio arribado por las disciplinas científicas intervinientes.

Para revertir esta situación la DNSM asume la conducción directa de las residencias (antes dejadas al arbitrio de cada hospital) y crea, sobre la base de los estudios previos y de las experiencias realizadas, la Residencia Interdisciplinaria en SM (RISAM) que incluye médicos, psicólogos, asistentes sociales terapistas ocupacionales y enfermeros, en cupos anuales de seis para las dos primeras profesiones y cuatro para las restantes. El proyecto es aprobado por Resolución Ministerial Nº 476 del 2 de abril de 1986.

Los objetivos generales de la RISAM es compatibilizar la formación de estos grupos profesionales con los lineamientos generales del Plan nacional de SM. En lo específico se buscó que el equipo trabajara en la comunidad y pudiera acceder a nuevos interlocutores (grupos, población, instituciones) además del paciente individual, llevando a cabo acciones correspondientes a la estrategica de atención primaria en los tres niveles de prevención. Al mismo tiempo se tuvo como meta cambiar el protagonismo tradicional de los profesionales y su rol de erradicadores de la enfermedad por el de catalizadores de la participación y decisión comunitarias en la reolución de sus problemas. Esto implicó asimismo la adquisición de una nueva cultura profesional, donde confluyen distintas corrientes teóricas y diversos abordajes disciplinarios.

La concreción de esta propuesta tuvo que resolver distintos problemas. Así, recién el segundo gruo (1987) pudo integrarse interdisciplinariamene pero aún en este caso, no se pudieron cubrir los cuatro cargos de enfermería, uno del grupo de médicos, uno de terapistas ocupacionales y uno de asistentes sociales por falta de demanda.

La conducción del grupo está a cargo de un equipo que trabaja en forma conjunta con el Servicio de Psicología Social del Hospital Tobar García.

El objetivo de trabajar en la comunidad planteó el problema de contar con un terreno de práctica que, salvo el del Programa Boca-Barracas no existía en el ámbito de los efectores propios de la DNSM. Así, se debió recurrir a acuerdos con la Municipalidad capitalina para la actuación en los centros comunitarios dependientes. El resto de las prácticas se efectúen en hospitales generales (nacionales, municipales, provinciales) y en los hospitales Borda y Tobar García. La formación teórica está a cargo de la DNSM.

Otro aspecto de las dificultades a encarar lo constituye el hecho de que los residentes más allá de sus buenas intenciones tienen una formación de grado que dificulta la integración con otros grupos profesionales y con la comunidad.

Debe mencionarse que la residencia, en principio de cuatro años de duración, podía resultar más larga que algunas carreras de grado. De allí que se dividiera en un ciclo de dos años para los egresados de carreras cortas y otro de cuatro para las restantes.

Sin embargo, al menos en lo concerniente al grupo de dos años que debe concluir en 1988, éste se manifestó deseoso de continuar hasta completar el período de cuatro años.

Cabe señalar que todos los residentes, cualquiera sea su inserción profesional, cobran la msima suma y, hasta el momento, no hubo cuestionamientos al respecto.

Experiencias similares se están haciendo en varias provincias donde existen residencias nacionales.

IX. FUNCIONES ASESORAS Y DE COORDINACION DE LA DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL

Formalmene la DNSM tiene, respecto de los programas de SM de las Provincias y de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, funciones asesoras, normativas y de coordinación, conforme lo establecido en el Decreto Nº 2839/83.

Por aplicación de las leyes 21.883, 22.002 y 22.386, en los años 1978/79 se transfirió a las Provincias y a la Municipalidad capitalina los hospitales, colonias y servicios dedicados a SM, de modo que al comienzo de la actual gestión, sólo quedaba a cargo de la Nación en el ámbito provincial dos colonias: la Dr. Manuel Montes de Oca, en Buenos Aires y la de Diamante en Entre Ríos.

Conforme a ello, la mayoría de las implementaciones directas están descentralizadas, con un parcial apoyo financiero desde el nivel central para áreas y programas específicos, coordinados por la DNSM a través de los organismos correspondientes, coordinación que también abarca los financiamientos de los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud.

De tal modo, en la práctica, la DNSM asume por primera vez sus funciones fuera del ámbito capitalino casi sin efectores directos, inaugurando un estilo no tradicional en el área de SM en tanto hasta esemomento, más allá de la letra de planes y programas, la acción nacional de circunscribía fundamentalmente a la que se desarrollaba en las instituciones que dependían de ella. Al descentralizarse los efectores y al ser casi inexistentes las acciones de normatización, de coordinación y de fiscalización, la Dirección Nacional, a partir de 1980, había tenido una muy pobre presencia en esta área.

Ello implica que, a partir de 1984, las relaciones Nación/Provincias/Municipios se establecen desde lo más elemental que es el establecimiento de un vínculo.

Cuando se traspasaron los efectores no se aseguró previamente que cada Provincia estuviera organizativamente preparada. De hecho, las Provincias o no contaban con organismos específicos para asumir las nuevas responsabilidades o los que existían eran a todas luces inadecuados para llevar a cabo una tarea eficiente. Tal el caso de Córdoba,

que contaba con dos personas para administrar 4000 camas psiquiátricas o el de Entre Ríos, donde trabajaba una sola persona a cargo de las gestiones de internación. Como tampoco se efectuó el correspondiente traspaso de las partidas presupuestarias, no se puede hablar de una real delegación de funciones sino más bien de la desaparición de las mismas en una especie de tierra de nadie regida por la improvisación.

En consecuencia, uno de los primeros problemas en que se trabaja es en la organización de entidades jurisdiccionales que permitieran dirigir el desarrollo en todo el país de programas renovadores que, dentro de los lineamientos nacionales, reconocieran características y necesidades particulares. Como fruto de ese esfuerzo, para 1987 se habían consolidado o creado Direcciones y/o Programas de SM en el 90% de las provincias, cuando sólo el 40% las tenía en 1984 (Presidencia de la Nación, 1987).

Este trabajo se lleva a cabo en un ámbito multipartidario, ya que la mayoría de las provincias tienen en este período, gobiernos de extracción partidaria distinta a la del gobierno central. Situación novedosa con respecto al período previo, en el que el Ministerio nacional podía apelar a una subordinación directa por parte de los Ministerios de Salud provinciales, con lo cual, al menos formalmente, se había simplificado los mecanismos de relación, ya que se esquivaba así la instancia representada por los Gobiernos provinciales.

A esta complejidad en las relaciones, se suma la muy diversa situación que presentaban las provincias entre sí y en algunos casos, distintas regiones dentro de una misma provincia.

En las provincias donde existía un sistema público en el área de SM se enfrentaba el problema del cambio en cuanto a su concepción, objetivos, integración con otros subsectores, etc., que es el caso de Córdoba. En el otro extremo, había provincias en las que el sector prácticamene no existía a nivel público y con muy escasa presencia en el privado y en el obras sociales, tal el ejemplo de Formosa, lo cual exigía erigir un sistema desde cero, con las dificultades y también con las ventajas que ello representa. Un caso intermedio lo constituye la provincia de Santa Fe, donde se encuentra áreas densamente urbanizadas , con abundancia de recursos y extensas áreas rurales en total desamparo, reproduciéndoe a escala provincial una relación centro-periferia difícil de modificar. Otras provincias, como la de Río Negro, presentan una diversidad geográfica, climática social, económica y cultural que complejiza enormemente la demanda.

En algunos lugares había habido hace 15 ó 20 años experiencias renovadoras que habían dejado huellas de un enfoque más amplio e integrador respecto de la problemática del sector (Entre Ríos), mientras que en otros casos, no había más que una férra tradición asilar y ordenadora.

La tarea conjunta partió de un compromiso por parte de todas las autoridades y responsables del área de Salud de asumir los Programas de SM como prioritarios en la ejecución de las acciones locales. Los lineamientos generales del Plan nacional resultaron una propuesta para que cada Provincia imprimera sus características particulares, teniendo como objetivo último el desarrollo de recursos en las distintas jurisdicciones con crecimiento en lo político, técnico y administrativo para llegar a la autosuficiencia y a la autorresponsabilidad de los estados provinciales. En junio de 1984 se realiza la primera reunión con las autoridades provinciales para la elección de estrategias adecuadas al momento histórico y a las características regionales la organización de las grandes regiones sanitarias de SM y la coordinación de las colaboraciones interprovinciales. En agosto del mismo año se efectuó en La Falda, Córdob, un Seminario Nacional de Recursos Humanos y Programación en SM para discutir los lineamientos del Plan Nacional de SM, y la problemática conexa. Este fue un punto de partida para los seminarios nacionales anuales, provinciales y regionales con el fin de realizar un trabajo integrativo. Para agosto de 1987 se habían llevado a cabo un total de 27 de estos encuentros, así como reuniones de capacitación conjunta permanente entre los equipos de conducción provinciales y la DNSM en módulos mensuales de tres días de duración, asesorías en docencia para cursos de capacitación en servicios (por ejemplo en enfermería psiquiátrica en Córdoba, San Luis, Chaco, Salta y Entre Ríos) que se complementaron con la promoción y el apoyo técnico a las jurisdicciones para el dictado de cursos de adiestramiento para terapistas ocuacionales y asistentes sociles, diversos seminarios (ej. sobre Comunidad Terapéutica en Córdoba yLa Pampa), y la creación y financiamiento de residencias psiquiátricas (Córdoba y San Juan). Asimismo, la DNSM realiza asesorías y evaluaciones técnicas en las residencias que funcionaban desde años anteriores en Mendoza, Misiones, Buenos Aires, Tucumán, San Juan y Córdoba.

Conjuntamente con la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba se realiza el Curso de Administración de Servicios de SM, con el objeto de mejorar la capacitación conceptual y técnica de los responsables administrativos y/o cuadros directivos, con presencia permanente de 16 provincias como promedio. Durante tres días

seguidos cada mes, se reúnen en Córdoba profesionales de distintas provincias avalados para su concurrencia por los respectivos Ministerios o Secretarías de Salud, en una experiencia que se constituyó en articuladora de nuevas estrategias en SM. Este curso se realiza con financiamiento y esfuerzos mixtos de las provincias, nación, OPS y los propios concurrentes.

Por otra parte, la DNSM colabora en la confección y presupuesto del Programa Nacional de Apoyo en Salud (PAS) en el sector de su competencia. Este Programa incluye asistencia técnica a entidades públicas, semipúblicas, de obras sociales y privadas.

Con respecto al conurbano bonaerense atento a su proximidad geográfica, se reforzaron los servicios periféricos con profesionales de la Nación, que se desplazan una vez por semana a aquellos servicios que requirieran su apoyo (Avellaneda , San Miguel, Caseros, Tigre, Monte Grande y Ciudadela), coordinándose además los procesos de internación y externación de pacientes.

También hubo una coordinación con el sector de la educación de los municipios bonaerenses en lo atinene a la promoción comunitaria, la prevención y atención precoz y la creación de escuelas para niños psicóticos en ocho municipios del Gran Buenos Aires

En el aspecto de rehabilitación, se promovió la creación de Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica en la mayoría de las comunas y se participó en algunas de ellas en la creación de Centros de Prevención del Uso Indebido de Drogas (Vicente López).

Esta coordinación de acciones también abarcó el área encuentros metropolitana, través de municipal а bimensuales autoridades de SM y Educación, directores de hospitales y jefes de servicios, a fin de lograr la organización asistencial en red unificada, cursos para residentes, promoción de la SM en los hospitales generales y otros temas comunes. Las gestiones para lograr la cesión de edificios expropiados por la Comuna porteña para la implementación de hogares intermedios para pacientes en vías de externación, que se iniciaron en 1984, fueron infructuosas, por lo que se buscaron nuevas soluciones que se desarrollan en el capítulo correspondiente.

De lo expuesto surge, más que un proyecto hegemónico implantado desde la Capital Federal, un proyecto de trabajo en el que,

apuntando a objetivos globales comunes, se ha elaborando sub-objetivos metodologías, prácticas, evaluaciones, metas que van generando cambios en las situaciones provinciales a partir del sector público.

La respuesta a las distintas convocatorias (reuniones, seminarios, cursos) parece indicar que se ha abierto un camino válido, al menos hasta el presente. La participación activa de algunas provincias, e incluso el liderazgo de cierto número de ellas, con efectos regionales , permite entrever la efectivización de una descentralización que comienza a operar en la realidad. La provincia de Córdoba tiene un papel muy activo, sobre todo a través de las acciones de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba. En el NOA se han organizado cursos para la formación de masa crítica. A partir de Concordia se integró la participación del NEA que incluye a gente del Uruguay y del estado de Río Grande do Sul. En Mendoza el Curso de Administración Sanitaria en SM para jefes de servicio o responsables se extendería a San Juan, San Luis, Neuquén y Chile (Universidad Católica, Viña del Mar).

En Rio Negro, dentro de las propuestas no habituales en el campo de la SM, se inicó hace dos años un programa de implementación de grupos operativo-institucionales de salud y educación. Este programa propone una salida diferente a la demanda de escuelas y colegios, canalizada usualmene a través de los gabinetes psico-físicos y/o los servicios de SM que desembocaba en tratamientos individuales, generalmente largos y que "en muchos casos no alcanzan los resultados esperados y en no pocos se enfrentan a una gran deserción y abandono (...)", (TOTH, J.C., 1988, p. 69).

Esta nueva respuesta consiste en considerar al niño-problema como el emergente de una institución en dificultades, sin negar que casos específicos puedan responder a problemas individuales. De alló que se encare el trabajo directamente con los integrantes de la comunidad educativa: trabajadores de la educación, padres y alumnos. La organización del programa provino del Servicio de SM del Hospital Artemis Zatti, de Viedma, y se realizó en un total de 21 establecimientos de la zona de influencia, que incluye escuelas rurales, urbanas para adultos, secundarias, de infantes y una escuela especial. Como resultado de lo alcanzado hasta el presente se puede mencionar una reducción del 60% de la derivación de niños a SM. Esta experiencia es ahora un Programa del Departamento de SM del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, que tiene como propósito implementarlo en todo el territorio (1988), contando desde el ámbito educativo con una jornada mensual sin clases para poder materializarse. Como nota al margen, cabe mencionar que el Director de SM de la Provincia

trabajó en su momento en el Hospital Interzonal de Lanús, el cuel fue un semillero de actitudes renovadoras en SM.

Con respecto a los grupos institucionales de alcoholismo, se entrena a pacientes recuperados en el Servicios de SM del Hospital de General Roca y También en el Valle Medio de la Provincia. De esta manera se ha generado una red de grupos de autoayuda o autogestión que tienen la posibilidad de basarse en un recurso que existe en todas las comunidades, que puede ser capacitdo, que resuelve y aporta soluciones al problema del alcoholismo (COHEN, H EN s/a, <u>Primeras Jornadas de APS</u>, 1988, p. 362).

Mientras que Río Negro presenta la peculiaridad de las grandes distancias y la población dispersa, una realidad muy distinta se enfrenta en algunos partidos del conurbano bonaerense densamenc poblados y con graves carencias de todo orden, como el de La Matanza, Aqui, la amplitud de la demanda convertía al modelo psicoanalítico clásico de sesiones individuales tres veces por semana en una herramienta utópica. A partir de esta situación se comenzó a buscar distintas alternativas en la terapia grupal, en la salida a la comunidad extrahospitalaria, en las terapias sistémicas. El contar con una antropóloga, un sociólogo y una asistente social en el grupo de trabajo del Hospital local permitió un enfoque interdisciplinario, no sólo tendiente a contener la demanda sino también a dirigir la investigación a los determinantes contextuales de ciertos problemas, por ejemplo las estructuras sociales institucionales (escuelas, hospitales, juzgados) y las formas en que la comunidad puede instrumentar conductas alternativas más satisfactorias, (TIMINESKY, M., EN S/A, Primeras Jornadas de APS, 1985, p. 369).

Un caso distinto es el de la provincia del Neuquén, donde una propuesta de atención primaria en Smque se desarrolla en la zona sanitaria IV (hospitales de San Martín de los Andes, Juín de los Andes, Villa La Angostura, Las Coloradas y Aluminé), se inscriben un un marco de amplia experiencia en la promoción institucional de la demanda y que conocen antecedentes en los programas de maternidad e infancia y de salud rural, (ARRUE LW., 1984, p. 158).

El grupo terapéutico había comenzado sus actividades en 1980 con la asistencia individual del enfermo alcohólico (patología prevalente en la zona) y fue a partir de lo conceptual y de las prácticas que se pasó desde este enfoque individual al de los conjuntos humanos, especialmente al familiar. Este trabajo (c. 1982) trajo necesariamente aparejado cambios en el rol del equipo que pasó a concebirse como facilitador del potencial de cambio

existente en el sistema, más que como un grupo profesional que atiende linealmente la patología de su especialidad. El área de trabajo obviamene pasa menos por el hospital que por los barrios, los centros periféricos, las reservas indígenas, armándose una red de trabajo con Alcohólicos Anónimos. Para 1986 había siete grupos de pacientes rehabilitados que trabajan multiplicando el efecto terapéutico en otras tantas localidades de la Provincia. Dentro de estos grupos se incluye también a trabajadores de los hospitales quienes, habiendo pasado por la misma patología, comienzan a trabajar en la recuperación de otros alcohólicos en su lugar de trabajo. Algunos de ellos reciben capacitación especial en el Servicio de SM de General Roca.

Otra modalidad que se ha adoptado, al igual que en Río Negro, para hacer frente al problema de la población dispersa y las grandes distancias, son los "equipos patrulla", consistentes en un grupo terapéutico conformado de acuerdo a las posiblidades del lugar (médicos psiquiatras, psicólogos enfermeras, médicos generales etc.) que recorre regularmente determinada zona para evaluar y dar continencia a los grupos que ya actúan, detectar problemas coordinar nuevos grupos, etc. En las zonas "ya trabajadas", la labor es guiada por el agente sanitario local, quien ha realizado la detección de las familias o grupos en riesgo.

Cabe destacarse que el trabajo con agentes sanitarios había comenzado en 1978 y en el transcurso de estos años gozó de un cambio que acompañó a todo el equipo. Así, de ser visualizados simplemente como personal subalterno del médico pasaron a tener cabida en la Sociedad de Medicina Rural, juntamente con los auxiliares de enfermería, (BRINGIOTTI, J. Y., 1986, p. 50).

Además del alcoholismo, el trabajo incluye atención de individuos y familias en crisis, tercera edad, adolescentes, grupos institucionales (escuelas, hospitales), embarazadas, grupos indígenas, etc. "El equipo recibe orientación y supervisión por parte de profesionales que se dirigen desde Buenos Aires, hay "controles periódicos" e intercambio de informacilón en la corriente sistémica de abordaje. Se realiza una supervisión permanente en el Hospital de Neuquén -Servicio de SM- e intercambio con equipos de Córdoba, San Juan, Misiones, Capital Federal."(BRINGIOTTI, M. I. 1986, p. 67).

Un elemento importante de señalar, que habla del crecimiento del sector, es que en el organigrama hospitalario aprobado en 1986 por el Ministerio de Salud provincial, se reconoce como quinta "clínica

básica" a la SM (COHEN, H., en s/a, <u>Tercer Seminario Nacional de SM</u>, 1986, p. 26).

Otro proyecto renovador se da en la provincia de Santa Fe a partir de la Colonia Psiquátrica de Oliveros donde, atento a la realidad institucional, el punto de arranque fue la promoción del egreso de pacientes en condiciones de externación. De alli en más se trabajó en la recuperación de la misma institución en la creación de una red preventiva y asistencial, en el trabajo de extramuros (escuelas, plenarios comunitarios), que incluye un programa radial para la divulgación de temas de salud que llega a un área aproximada de 100.000 habitantes,(MOSSOTTI, A. en s/a, Tercer Seminario Nacional de SM, 1986). La actividad con la comunidad ha llevado a la conformación de un Consejo de la Comunidad Externa, organización informal en la cual participan representantes del área de influencia del hospital-colonia: juventudes agrarias, clubes de jubilados, cooperativas de pescadores, etc. Un total de quince comunas santafesinas organizaron una comisión de ayuda que tiene como tarea la promoción de la SM y la búsqueda de fondos para tareas específicas.

En Catamarca los nuevos proyectos de SM reconocen inicios previos en el año 1973 que luego el proceso militar eliminará drásticamente. A partir de 1983 se crea, desde un viejo Departamento de Psicología, el ahora Departamento de SM que empieza a articular lo existente para potencializar su acción. Dado que una de las problemáticas de la Provincia es la falta de recursos humanos en materia de SM se trabaja con médicos de distintas especialidades en hospitales generales, con instituciones educacionales, judiciales, comunidad en general. La formación de recursos humanos se realiza a través de los cursos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba.

Dentro de una situación provincial sumamente desventajosa (flta de recursos de todo orden, graves problemas de salud de la población, crisis de la economía provincial, inundaciones, etc.), en Resistencia se puso en marca un programa de tención ambulatoria, a cargo de un médico psiquiatra, dos auxiliares y una asistente social. Básicamente se trata de prevenir internaciones innecesarias y de lograr una mejor reinserción social de los pacientes dados de alta. Al año de actuar este equipo (1986) se observaba una disminución en el número de internaciones (que se realizan en Córdoba, por falta de infraestructura local) y de recidivas.

Este brevisimo itinerario, que no pretende ser exhaustivo, sino ejemplificar algunas experiencias renovadoras que se han llevado a cabo

en distintas provincias del país, no podría cerrarse sin hacer mención a la Provincia de Córdoba, donde el tema de SM constituyó una prioridad a partir de 1983. Las acciones implementadas han tenido como consecuencia, por un lado, revertir "la pesada herencia de una política sanitaria psiquiátrica asilar", (BARETTA, C., en s/a, Tercer Sminario Nacional de SM, 1986 p. 14) y por el otro, convertir a la Provincia en un polo de capacitación y docencia que trasciende los límites provinciales.

En primer lugar cabe citar la reformulación y/o creación de servicios en SM en los hospitales de la ciudad de Córdoba, y la extensión de esta experiencia a los hospitales regionales y zonales del interior de la Provincia. "Para esto se creó un equipo itinerante interdisciplinrio, que permanentemente recorre la provincia, estimulando, supervisando y, cuando es factible, creando las bases para nuevos servicios de SM, con criterios modernos, preventivos y participativos", (BARETTA, C., en s/a, Tercer Seminario Nacional de SM, 1986).

En segundo lugar está el llamado Proyecto Córdoba, que en el área de la ciudad mediteránea está llevando a cabo conjuntamente el Ministerio de Salud provincial , la Municipalidad y las dos Universidades (Nacional y Católica). Constituye una experiencia piloto con miras a extenderse en todo el ámbito de la ciudad. Se basa en "tres criterios de avanzada: la regionalización asistencial, la articulación docente-asistencial y el enfoque de riesgo. En este programa, SM además de incorporar los equipos comunitarios, está realizando trabajos con técnicas grupales en los diferentes niveles de conducción para los integrantes de las distintas jurisdicciones intervinientes", (BARETTA, C., op.cit, p. 15).

En el ámbito provincial la DNSM no aparece ya ejecutando acciones a través de efectores directos sino trabajando a través de objetivos básicos consensuados para la elaboración de propuestas en cada provincia o región. A partir de allí se coordinan esfuerzos para armar proyectos capacitar recursos humanos, evaluar resultados intercambiar experiencias, ampliar los marcos teóricos, sensibilizar autoridades, socializar el conocimiento. Los protagonistas reconocen explícitamente en esta manera de encarar el trabajo una vía idónea para el pleno ejercicio del federalismo y del pluralismo ideológico.

Las reglas del juego dieron lugar a que no todas las provincias estuvieran contestes con los lineamientos nacionales, otras los compartieron pero prefirieron desarrollar sus programas aisladamente. En algunos casos hubo avances y retrocesos, con una vuelta a privilegiar las internaciones, reforzar el rol de las instituciones especializadas y la utilización de equipos y técnicas terapéuticas tradicionales.

Los resultados alcanzados parecerían haberse logrado a través de una manera distinta de trabajar y de un esfuerzo denodado de los recursos humanos, más que de decisiones presupuestarias significativas. Por ejemplo, al integrarse con otras áreas (Educación, Salud, Justicia, Minoridad) SM multiplica sus recursos. Excepcional puede considerarse el caso de Córdoba, donde en 1984 se volcó el 50% del presupuesto provincial de Salud en el área de SM.

Una visión panorámica permite apreciar avances en la implementación de programas en el sector público de la mayor parte del país. En cambio, hasta mediados de 1988, la integración con el subsector de obras sociales y el subsector privado, ha sido escaso.

De los testimonios recogidos en las reuniones, de la lectura de las exposiciones realizadas en otras oportunidades y de los trabjos que consignan experiencias provinciales, se ha podido detectar como problemas manifiestos los siguientes:

- dificultades para lograr una decisión política que avale en los hechos los programas de SM; formalmente, en los niveles decisorios más altos hay aceptación de las propuestas pero, cuando entran en la negociación general de cuestiones, no lograr alcanzar un buen lugar en el ranking,
- dificultades de trabajo con los sectores administrativos en todos los niveles,
- falta de recursos humanos dedicados al área, falta de capacitación, y en algunos casos, mala distribución de los existentes,
- falta de socialización de los conocimientos y por ende presencia de una demanda tardía que no exige ciertas soluciones porque se asume que no existen o que son sólo para élites,
- resistencia por parte de los grupos profesionales hegemónicos, por ejemplo en Santa Fe, la propuesta de un psicólogo para la conducción de un hospital neuropsiquiátrico fue totalmente resistida por estos grupos, (LIOTTA, J. C., en s/a, Tercer Seminario Nacional de SM, 1986, p. 31).

Dentro de la problemática que se puede denominar sustantiva, se planteó en estos años la dificultad de construir modelos alternativos para encarar viejos y nuevos problemas. Experiencias argentinas puntuales y el balance de lo ocurrido en otros países ha sido un componente importante -y reconocido- del herramental utilizado. No

obstante, la realidad exige nuevas búsquedas, aportes imaginativos conciliaciones entre distintos marcos teóricos. Esta situación, si bien estimula el espíritu creador también proporciona un marco de inseguridad que ha hecho imprescindible los encuentros periódicos para compartir experiencias y evaluar lo actuado. La empresa pretende desde el armado de un modelo estadístico eficaz (y la capacitación del personal que lo implemente), precisar los diagnósticos de situación, concientizar a la población y obtener definiciones políticas, asi como también incorporar otras perspectivas disciplinarias, lograr el cambio de los roles profesionales, la integración con otras áreas y el establecimiento de una nueva relación con la comunidad.

Hay una serie de cuestiones cuyo plnteamiento no ha quedado demasiadoexplicitado en la información obtenida. Una de ellas, que sería necesario profundizar, es la relación entre el mandato social el modelo tradicional en SM y las alternativas propuestas en 1983. Una segunda sería la comprensión de los modos de participación de la comunidad en la agenda política del sector salud. Finalmente, parecería pertinente indagar acerca del rol de los medios de comunicación social provinciales en la socialización de conocimientos atinentes a la SM.

X. FUNCIONES NORMATIVAS DE LA DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL

La DNSM tiene como misión "dirigir la normatización y fiscalización de las actividdes inherentes a la promoción de la SM y a la prevención, asistencia y rehabilitación de la enfermedad mental." (Decreto Nº 2839/83).

Las funciones correspondientes a este aspecto de su labor tienen como objetivo la conformación de un sistema integrado de acuerdo a los lineamientos propuestos en las políticas del sector.

El ejercicio efectivo de estas funciones supuso la conexión de la DNSM con sus propios establecimientos asistenciales, con otras áreas de la Secretaría de Salud con otras jurisdicciones implicadas directa o indirectamente con la SM y con los organismos de gobierno y de administración provinciales. De esta labor conjunta han surgido algunos proyectos normativos que se han considerado importantes para la articulación y la conformación del área asistencial en SM. Uno de ellos es el de la integración de las obras sociales a través de la normatización de las prestaciones y la correspondiente adecuación del nomenclador.

Las obras sociales cubrirían en todo el país el 70% de la población, dato estimativo debido a la doble afiliación y a la obsolescencia de los registros. Tanto a través de sus propios efectores (las menos en SM) como a través de la financiación de prestaciones en el subsector privado, las obras sociales representan un área clave para la SM pues afecta a un amplio espectro del mercado.

El común denominador de las prestaciones tenía en 1984 un carácter asistencialista, algunas incluso no contaban con programas de SM y otras añadían a sus programas de asistencia algunas prácticas en la prevención. De esta manera, la masa de afiliados accedía a través de este subsector a un modelo que difería bastante poco en lo sustantivo del ofrecido por el subsector público, con resultados casi idénticos en términos de externaciones, reinserción social y laboral, reintegración al grupo familiar, larga duración de los tratamientos y alto costo de los mismos. Las diferencias más apreciables se verificaban en el aspecto de la hotelería.

A su vez este sistema condicionaba fuertemente al subsector privado, ya que al no incluir entre las prestaciones remuneradas más que un número reducido de prácticas asistenciales e ignorando la prevención y la rehabilitación, no fomentaba el desarrollo de estas prácticas en el ámbito privado.

Para revertir esta situación era necesario introducir modificaciones en el perfil de las prestaciones y del gasto. El objetivo deseado era mejorar los servicios de SM, pero cabe acotar que ello implica efectos multiplicadores en los servicios generales de salud. Se ha comprobado que la introducción de equipos de SM en las organizaciones prestatarias de servicios de salud reducen en alta proporción las consultas médicas generales, exámenes, tratamientos e incluso actos quirúrgicos, con la consiguiente reducción de costos y de iatrogenia, aspectos realmente importantes dentro de la problemática de las obras sociales.

Una comisión conformada por representantes de los sectores involucrados, DNSM, INOS, Obras Sociales de administración mixta, tuvo como objetivo la confección de una guía normativa de acciones a efectos de instrumentar las políticas nacionales de SM en las obras sociales orientadas a facilitar la reaorganización de la asistencia en aquéllas que contaban con esta área, y a formular programas menos costosos y más eficientes en las instituciones que decidieran iniciar su implementación.

El resultado de esta labor se concretó en la Disposición Nº 72 del 2 de abril de 1985 de la Sebsecretaría de Recursos de Salud, que aprobó las "Normas de Prestaciones en SM" y el documento denominado "Recomendaciones generales para desarrollar programas y prestaciones de SM por parte de las Obras Sociales" (INOS, 1985).

En estos documentos se definen por primera vez una gama de prestaciones que comprenden:

- actividades de promoción y prevención:
 - actividades intersectoriales y comunitarias: con educación, con acción social, con trabajo, con centros comunitarios, con juzgados, cárceles y hogares geriátricos, etc.;
 - actividades en grupos comunitarios restringidos por ejemplo: organización de talleres de reflexión, clubes, cursos (tabaquismo, obesidad, alcoholismo, etc.);
 - psicoprofilaxis: familias en situación de crisis, embarazos de riesgo, pacientes sometidos a operaciones quirúrgicas mutilantes, castradoras, oncológicas, niños menores de 14 años, etc.;
- atención ambulatoria:
 - intensiva, de sostén, de control;
 - actividades destinadas a diagnóstico y tratamiento de problemas que

desajustan el aprendizaje;

- grupos de resocialización;
- hospital de día para agudos:
 - breve: de 4 horas diarias, 3 a 5 veces por semana;
 - prolongado: 8 horas diarias, 5 veces por semana.
- atención domiciliaria: incluye visita o internación domiciliaria.
- internación de agudos.
- rehabilitación de crónicos:
 - centro de día;
 - rehabilitación en internación;
 - modalidad de atención para pacientes socialmente deteriorados, se organiza por un período mínimo de 90 días y un máximo de 2 años, en vistas a su reinserción en la comunidad, ya sea dentro de su grupo familiar, en hogares sustitutos o en colonias;
 - talleres protegidos;
 - trabajo protegido.
- Colonias (para pacientes no externables).

Esta guía orientadora reconoce un abanico de prestaciones mucho más amplio que el existente y posibilita la convergencia de distintas concepciones y prácticas psicoterapéuticas. Pero, si bien esto constituye una especie de "aval oficial" a una serie de posibilidades hasta ese momento poco o nada tenidas en cuenta a la hora de implementar y desarrollar programas de SM en las obras sociales, paralelamente se hacía necesaria una reestructuración del Nomencldor Nacional para establecer un reconocimiento económico que reflejara esta nueva orientación.

En la elaboración de este nuevo proyecto de nomenclador tuvieron participación la Federación de Psiquiatras de la República Argentina, la Federación de Clínicas e Instituciones Psiquiátricas, y organismos oficiales involucrados. La meta perseguida era revertir la tendencia a concentrar el gasto en internaciones asilares, promover el reconocimiento de la atención ambulatoria, retribuir adecuadamente el trabajo profesional, incluir prácticas no reconocidas, especialmente en el campo de la promoción y de la prevención para el acceso de grupos extensos a las prácticas terapéuticas e incluir la rehabilitación dentro de los programas asistenciales.

Este nomenclador, que sería aplicable en las áreas y obras sociales que adhirieran al Proyecto para la Integración del Sistema prestador en SM para el Estado y Obras Sociales -que se describirá más adelante-, a mediados de 1988 se encontraba aún en proceso de discusión.

En otro orden de cosas, se creó una comisión para la modificación de la Resolución ministerial Nº 92/81, atinente a las normas para la habilitación de unidades de SM. En julio de 1985 esta comisión elevó a las autoridades un informe que desarrolla las pautas básicas de los recursos humanos, infraestructura edilicia, instalaciones y normas de funcionamiento para los distintos tipos de atención que desarrollan estos establecimientos. Ello dio origen a la Resolución Nº 1121/86 del Ministerio de Salud y Acción Social, para el ámbito nacional. En algunas provincias, como la de Buenos Aires, esta Resolución se tomó como un punto de partida para la revisión de las disposiciones existentes.

Respecto del subsector de obras sociales, entre septiembre y octubre de 1985, como resultado de un encuentro de representantes de las aproximadamente 300 obras sociales del país, se constituyó un grupo de trabajo conformado por representantes de distintas obras sociales, principalmente estatales, y de la DNSM. De este grupo de trabajo nació un proyecto para la organización del área de SM para los subsectores estatal y de obras sociales, con clara incidencia en el subsector privado. El proyecto fue diseñado para su aplicación inmediata en el área metropolitana y en la provincia del Neuquén, pero estaba previsto que sirviera de base para otras regiones y/o provincias, aunque con las adaptaciones correspondientes a sus respectivas particularidades

Los propósitos generales del proyecto apuntan a resolver problemas básicos del subsector, consignados ya en el diagnóstico de situación: la falta de articulación con los otros subsectores, la disminución de la base económica y la mala configuación del sistema prestador. Para ello se propone traspasar el control de los procesos de acreditación y supervisión, que realiza cada obra social (con pautas propias y disímiles) a un proceso liderado por el Estado, con participación conjunta de las obras sociales, las asociaciones profesionales y los propios prestadores. Además, sobre la misma base puede desarrollarse en otras áreas (atención odontológica, laboratorios, provisión de prótesis, servicios de farmacias, etc.), de tal manera de lograr una articulación coherente del sistema de salud.

Cabe aclarar que este modelo puede llevarse adelante independientemente de la aprobación de los proyectos de ley del Seguro Nacional de Salud (Dip. NERI, CGT a través del senador BRITOS) ya que

avanza sobre un terreno -la organización del sistema prestador- en que aquéllos no lo hacen.

El espectro de acciones a desarrollar es el descripto en las "Normas de Prestaciones en SM" y están a cargo de grupos interdisciplinarios, constituídos en forma de instituciones que aseguren la centralización de la admisión, la supervisión y educación continuas y el registro unificado de actuaciones clínico-administrativas. La constitución y los requisitos para configurar estos grupos prestadores se deberán adecuar a la disponibilidad local de recursos. Para grandes centros urbanos, por ejemplo, puede establecerse un mínimo de cinco profesionales en cada grupo prestador, lo cual en zonas rurales es impensable. Estos grupos pueden ser estatales, de obras sociales o privados (con o sin lucro)

El sistema dispone de bocas de entrada que determinan o convalidan la necesidad de asistencia, qué tipo de atención se requiere y aproximadamente, por cuánto tiempo. Paralelamente, se estructura un proceso de supervisión-auditoría (conectado o no formalmente con las bocas de admisión) que posibilite a los supervisores-auditores el reunirse regularmente con los equipos interdisciplinarios que prestaciones, de modo tal que sea posible convertir la supervisión en un proceso docente continuo, además de facilitar la real auditoria en casos de muerte, fracaso terapéutico, mnejo de situaciones complejas, justificación de la extensión de los tratamientos, etc.

La acreditación de las instituciones surge de un proceso compartido entre la DNSM o el nivel provincial pertinente, las obras sociales, las asociaciones profesionales y los propios prestadores. Este proceso incluye la producción de las normas de acreditación, la clasificción periódica y la inclusión y exclusión consecuente de grupos prestadores.

Con relación a la estructura jurídica del sistema a implementar, se optó por que la principal obra social del área comenzara el "armado" del sistema, con la participación normativa del área de SM correspondiente. Sobre esta base se irían agregando las demás obras sociales a través de convenios tipo. " (...) esto implica definir el papel del Estado como responsable de la formulación y sostén del sistema, lo que no incluye necesariamente su administración, la cual podría incluso ser determinada en forma diferencial por cada jurisdicción provincial", con lo cual se respetaría, se alentaría un auténtico manejo federal, (ABADIE, J. P., 1988, p. 41).

En principio, este proyecto habría suscitado la adhesión de un sector de las obras sociales (que participó en su elaboración), y de asociaciones profesionales y de prestadores que fueron consultados. Por su parte, la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires denuncia una falta de consulta en la elaboracilón del proyecto y la limitación del acceso a las prestaciones por parte de los psicólogos a través de la exigencia para los profesionales de tener tres años de formación "en un servicios reconocido". "Con respecto a la financiación de este plan, nosotros no nos sentimos incuídos, más aún teniendo en cuenta el crácter de servicio adicional con que se nos considera", (La Gaceta Psicológica, Nº 73, 1986, p. 25).

Según la información disponible, hubo una Resolución ministerial que facultaba a la Secretaría de Salud para convocar a los sectores involucrados a fin de concretar el sistema. La Resolución fue firmada pero no registrada y su original fue extraviado. El proyecto entonces quedó en una especie de tierra de nadie burocrática desde donde se intenta rescatarlo (abril de 1988).

La DNSM también ha intervenido a través de distintas comisiones en el Proyecto de Ley del Psicólogo en la normatización de escuelas de niños psicóticos, en la elaboración de normas de prevención, recuperación y rehabilitación de personas afectadas por trastornos hereditarios ymalformaciones en el sistema nervioso, en la normatización de las prestaciones asistenciales de sicogeriatría en hospitales nacionales, municipales, rpivados y de obras sociales, en la confección de pautas para la fiscalización técnica de clínicas y sanatorios privados en psiquiatría, y en los hospitales del área metropolitana y conurbano bonaerense (nacionales, municipales y provinciales) se establecieron criterios de internaciones y egresos.

XI. CONCLUSIONES

La apertura democrática que se da en 1983 está muy condicionada, muy limitada por el deterioro del aparator productivo, la acumulación de reivindicaciones insatisfechas de los sectores populares y los gravosos compromisos adquiridos con el sistema financiero internacional. Pero , por sobre todo, hay un condicionamiento básico que le otorga la misma calidad de transición signada por el colapso del régimen anterior.

El área de la salud en general no es ajena a este esquema y el nuevo proyecto se inicia cuando del fracaso anterior es muy poco lo rescatable para sustentar las nuevas acciones. Dentro de ella, la de la SM es en este sentido un área particularmene crítica. Y no sólo por las condiciones paupérrimas en que se desenvuelve, por su ineficacia e ineficiencia Lo es ante todo porque el terror, la falta de libertad, la angustia colectiva, la emigración, la crisis económica, la profundización de las desigualdades sociales, la ignorancia, son factores que, como casi sin excepción las distintas escuelas terapéuticas concuerdan en señalar, dificultan crecimiento de la sociedad en salud, aumentan y/o potencializan patologías mentles, lentifican o impiden su curación y aumentan recidivas. También porque, es bien conocido, los centros de estudio e investigación y los espacios públicos para desarrollar las terapias fueron abierta y concienzudamente controlados y sus profesionales especialmente perseguidos, con una saña que comparte, se diría que con gran coherencia, con el ámbito periodístico.

Estas circunstancias adquieren un importante valor en el momento de rastrear el origen y la conformación de la "custión", donde, como característica llamativa se advierte la de una gran desinformación. Mientras que para el tema de la salud pública pocos hay que lo asocien exclusivamente con terapia intensiva y con enfermedades terminales, en SM la problemática es generalmente reducida a un 5, 10 ó 30% de la población (según el optimismo del interlocutor) que sufre de las patologías más graves y, dentro del mismo esquema, consideradas incurables. Esta posición fue registrada tanto en altos funcionarios responsables deáreas de políticas sociales como en ámbitos universitarios, en reuniones nacionales de la especialidad y en la prensa en general. "Bueno, bueno, todo está bien pero, ¿qué hacemos con los locos?". Esta concepción desvirtúa el concepto de SM (que se convierte en Patología Mental), restringe su campo de acción y le resta recursos tanto en lo comunitario como en lo profesional. Gran parte de la comunidad no advierte así como propia la cuestión y por lo tanto limita su interés y apoyo, incluyendo en esta perspectiva a grupos profesionales que tradicionalmente han sido excluídos del tema o que han sido aceptados muy tangencialmente (sociólogos, antropólogos, etc.). De esta manera se debilita en gran medida la base de sustentación social que la cuestión - la SALUD MENTAL - necesita, incluso para colocarse dentro de la "agenda" de la Salud Pública.

El liderazgo de la cuestión recae entonces en un grupo de profesionales, quienes por haber participado en proyectos renovadores en SM que se fueron dando en el país desde la década del 60; por haber tenido acceso a experiencias exitosas en países de avanzada en la materia, y por propios estudios e investigaciones, van elaborando juntamente con otras áreas de la salud pública, un proyecto coherente y capaz de lograr el apoyo político-partidista necesario para llevarlo a cabo. El trabajo previo de sensibilización política abarca los partidos mayoritarios y aquellos con preocupación por los derechos del hombre, por lo que se puede afirmar que en su tendencia y en los objetivos básicos, el proyecto de SM tendría en 1983 a este respecto una amplia base de sustentación. También adhieren grupos de profesionales jóvenes, sobre todo de médicos y psicólogos, los cuales pese a su formación y escasa experiencia, advierten que la SM "oficial" es parte activa del problema y que su sustentación ideológica es incompatible con sus ideales

Además de este apoyo político y profesional, la DNSM cuenta, al hacerse cargo de la gestión, con un organismo altamente burocrático y con seis efectores que responden al modelo asilar y en avanzado proceso de decadencia organizacional, muy circunscripto en su accionar. Tan limitado está su ámbito de actuación que el tema de las drogas y de la fármacodependencia está fuera de su órbita. Con gran esfuerzo, durante esta gestión se consiguió trasladar el Organismo pertinente al área de la salud pública.

El ámbito de formación de los recursos humanos y las principales líneas de investigación tendían a ignorar la SM dentro de las políticas públicas de salud. En la sociedad civil y en su sistema de organizaciones públicas era relevable un profundo deterioro de las redes de información, comunicación y solidaridad.

Sin embargo, la misma apertura democrática, el restablecimiento de las libertades públicas, el protagonismo de amplios sectores de la población, la recuperación de la autonomía universitaria, condicionan positivamente el momento de hacerse cargo de esta gestión. En el primer mes, con la conducción del asesorministerial Dr. Mauricio Goldemgerg, se completan los lineamientos para el Plan Nacional de SM, con

consulta a las principales entidades públicas y privadas del área, y que el propio ministro Neri da a conocer a la opinión pública en febrero de 1984.

En el proceso de implementación de estas políticas intervienen tres clases de actores: Estado, sociedad y Administración Pública. El primer rol está asumido por la DNSM, en cuando es la "organización más estrechamente ligada al régimen gobernante, cuya misión es intentar traducir las pautas y orientaciones políticas dominantes en un marco normativo para la acción de las agencias burocráticas", (OSZLAK, O., 1984).

Por imperio de la crisis económica en que se desarrolla el proyecto, se descarta desde el comienzo la posibilidad de políticas distributivas; quedan entonces a desarrollar: 1) políticas redistributivas, en cuanto a recursos financieros, humanos, tecnológicos, de responsabilidades y de roles; 2) políticas reguladoras, para el ordenamiento, la transparencia de la gestión y posibilitar el control democrático; y políticas constituyentes/simbólicas desde lo público, la diversidad, lo dinámico, lo social, lo reparador, desde la salud.

Formalmente, las organizaciones burocráticas ejecutoras son los efectores y también participa de esta papel la propia DNSM. La radicalidad de las decisiones respecto de la situación preexistente convierten a los efectores, tal como existen al comienzo de la gestión, en organismos en vías de extinción. Las respuestas adaptativas de los efectores estudiados fueron distintas en cada caso, no contraponiendo una fuerza unificada, salvo en el común denominador de sobrevivir e incrementar su cuota de recursos. La misma tradición que aseguraba la autonomía y la balcanización conspiró contra el enfrentamiento organizado tanto como contra el apoyo al régimen. En el mejor de los casos, primó una filosofía a lo Lampeduzza: algo tenía que cambiar para que todo siguiera igual. La oposición más enérgica provino, coherentemente, del más obsoleto de los efectores: el Hospital Moyano.

El disenso, sin embargo, no cuestionó en ningún momento el programa en sí. Mal podía hacerlo cuando éste tenía todo el aval de las principales corrientes del ámbito científico y estaba promovido por profesionales de prestigio. De este modo, predominó en el enfrentamiento, desde las organizaciones ejecutoras la ambigüedad, el subterfugio, el personalismo, las reivindicaciones consuetudinarias que giraban alrededor de "más de lo mismo", los estallidos por hechos puntuales de características policiales.

Este signo empobreció la controversia y permitió diluir algunas propuestas que hubieran significado un aporte valioso al proyecto

oficial en un mar de acciones signadas por la negatividad. Bastante revelador de lo apuntado es una revisión de las reivindicaciones que enarbolan los medios sindicales.

Uno de los grandes factores de poder de los efectores era su incidencia en la formación de los recursos humanos del sector. Todo profesional en SM de Capital Federal y provincia de Buenos Aires tiene un contacto con los efectores, cuanto más directo, más prestigioso, con efecto multiplicador en todo el país a través de las residencias, la docencia la divulgación científica. El producto por excelencia era el médico psiquiatra. La ingerencia en la legislación concerniente al ejercicio de la profesión de los psicólogos y el enfoque multidisciplinario de las terapias puso a la DNSM en el foco de un conflicto entre profesiones. La postergación sufrida por los psicólogos durante los años previos, hizo eclosión con la apertura democrática, convirtiéndose en activo grupo de presión, lo cual al mismo tiempo limitó su aporte al nuevo proyecto con el que, en teoría, tenían suficiente afinidad, reduciéndolo a una oportunidad para avanzar en lo laboral y profesional.

Los efectores manejaban más recursos humanos y materiales, en forma directa, que la propia DNSM. Este Organismo, como parte de la Administración Pública Nacional tenía sumamente acotado el manejo de personal, los recursos materiales y tecnológicos del área. Esta circunstancia, que en todo momento puede incidir negativamente en la implementación de un proyecto, adquiere en esta transición un peso específico mayor porque el proyecto implica un cambio drástico en todos los órdenes y se desarrolla sobre una trama de recursos totalmente ajena a sus objetivos. A ello cabe añadir que, las demandas sectoriales, largamente frustradas, impiden a sus protagonistas una participación que, en momentos más serenos, puede ser altamente positiva.

Sin embargo, los recursos disponibles dentro de las reglas de juego democrático, resultaron más ilimitadas que en condiciones autoritarias.

La DNSM más que acotar sus tácticas y mecanismos para aumentar su control sobre las agencias, o crear instancias de integración y supervisión, comenzó a trabajar en las áreas "clave" que tienen un papel preponderante en la regeneración del tejido social: educación, justicia, bienestar social y salud en general. Para la formación de los recursos humanos, para el correcto enfoque del tema desde los ámbitos judiciales, para la apertura de todo el sector de promoción social y de salud al tema de la SM, multiplicó en grado incalculable las "agencias" comprometidas.

La inclusión de la SM en las carreras de grado para la formación de médicos y abogados, en la Escuela de Salud Pública, la apertura en los hospitales generales para el tratamiento y prevención de afecciones mentales, la vinculación en los mismos hospitales de las áreas de SM y medicina general, la reformulación del sector en las obras sociales con el mismo objetivo, el trabajo con el poder legislativo para la reforma de la normativa atinente a insania, minoridad, adopciones, violencia familiar y drogadependencia, los talleres de sensibilización de docente para lograr una mejor labor con la clientela infantil y adolescente son entre otros mecanismos de acción que no constituyen respuestas adaptativas desde la pobreza de los recursos propios, sino que se derivan de la filosofía misma del proyecto y constituyen un desafío para el control de gestión que, a este respecto, debe asumir una nueva perspectiva.

Atento el carácter nacional del organismo estatal y de las características propias del proyecto, su clientela abarca a toda la población del país. Este exceso de territorialidad, de disparidad de demandas, de extracción social, de capacidad para articular sus intereses, de diferencia de grados de representatividad y de acceso a las instancias de poder, hacen particularmente difícil la interpretación de la demanda social. Por otra parte, estos mismos factores hacen ocupar al Organismo el mayor nivel jerárquico en el espacio de las políticas, en cuanto a autoridad y responsabilidad, independientemente de su ubicación en el mapa organizacional.

Esta circunstancia produce un cambio total respecto de la clientela tradicional, que era, teóricamente, para las funciones terapèuticas, principalmente los enfermos de escasos recursos de Capital Federal y Gran Buenos Aires; para las funciones docentes, los médicos y, en menor medida, los psicólogos; para las funciones científicas, los psiquiatras de los efectores. Por razones más que obvias, la verdadera clientela estaba formada por los psiquiatras y, a través de las tecnologías imperantes, los suministradores de insumos, y en menor medida, el resto de los trabajadores que encontraban en los efectores una fuente de recursos.

Desde la sociedad civil, los grupos conectados con las instituciones: familiares, cooperadoras, voluntariado, etc., no sólo no constituyen un grupo coherente y significativo social o econonómicamente, sino que sus exigencias e intereses están fijados por el modelo terapéutico imperante, y si bien se cuestiona sus "excesos", sus falencias y sus fracasos, en mayor o menos medida, forman parte de él y no cuestionan la legitimidad de las agencias tradicionales.

A este respecto, la experiencia de otros países, principalmente la del norte de Italia, en la que los manicomios fueron eliminados como institución terapéutica por las políticas públicas de la posguerra y su asociación con el momento argentino de redemocratización, creó falsas expectativas y temores que sesgaron la interpretación del accionar de la DNSM, la cual, demás está decirlo, no buscaba respecto de los efectores más que impulsar un cambio sostenido en la medida que estas instituciones fueran capaces de transformarse.

En la prensa no especializada, cuyo rol es tan importante en estos años, salvo honrosas excepciones, se observa una reiterada focalización anecdótica sobre los efectores, escasa lucidez sobre tel tema en general y poca capacidad para registrar los cambios que se estaban produciendo en la demanda convirtiéndose en vocera de cuestiones tradicionales.

Si bien para una parte de los profesionales y de los asistidos se abrieron posibilidades de acceder o de luchar para acceder a nuevas experiencias terapéuticas, los sectores que vieron amenazadas sus conquistas o sus posibilidades de expansión, ejercieron una presión en forma más directa y organizada sobre la DNSM que la que podía ofrecer la nueva clientela que articulaba sus demandas alrededor de las alternativas creadas a partir del Plan Goldemberg.

El trabajo con los Organismos provinciales de SM, reconocido por los propios actores y por los observadores externos como ampliamente creativo y prolífico, expresa una buena interpretación de las necesidades de un sector que , a este respecto, puede considerarse parte de la clientela del Organismo nacional. Cabe preguntarse en qué medida las características de esta clientela (incidencia del perfil técnico, buena articulación con su propia demanda, coincidencias en lo programático, receptividad y alta agregación de la demanda) influyeron en el producto final. A este respecto también se puede hablar de políticas redistributivas, porque se reconoció las autonomías provinciales y el trabajo conjunto apuntó a un crecimiento desde la diversidad.

Las características que el proceso anterior imprimió al Estado condicionan a éste en su acción reparadora. Es el caso del Servicio de Reparación de Víctimas del Terrorismo, SEREVITE, que en su aspecto terapéutico-asistencial tiene, en el momento de la transición, un objetivo imposible de cumplir desde el mismo Estado. Por lo tanto, en este aspecto, se entiende que estamos frente a políticas simbólicas, destinadas a modificar la imagen del Estado y a integrar las acciones reparadoras de la sociedad civil.

La relación entre los actores también se ve dificultada por el hecho de que todos están al mismo tiempo atravesando un proceso de transformación y búsqueda de identidad. La sociedad civil acude alternativamente a viejas prácticas de participación, crea nuevos canales de comunicación, rearma sus demandas, multiplica sus organizaciones y muchas veces golpea puertas que ya no existen porque los organismos públicos son identificados por su imagen histórica. El mismo proceso se replica en el ámbito del Estado. Como en un juego de cajas chinas, el proyecto de cambio en SM se inserta dentro de una transformación general del Estado que se incluye en el de la sociedad en general. En este sentido, se estima que la prensa hubiera podido resultar un mecanismos eficaz como vínculo entre el Estado y la sociedad civil, y como medio para contribuir a definir identidades.

Las políticas públicas de SM se dan dentro de la apretada trama de políticas sociales económicas, laborales, educacionales, etc. Con mayor o menor incidencia, éstas las afectan en todo momento y se entiende como uno de los aspectos más necesarios para profundizar la cuestión. Aquí solamente se mencionará dos ejemplos. Uno proviene de la misma área de la Salud Pública y tiene que ver con el Seguro Nacional de Salud y la Ley de Obras Sociales. La dura trayectoria para la aprobación parlamentaria de estos dos proyectos y la centralidad que el poder político otorgó a los mismos, creó en la gestión ministerial una suerte de parálisis, al menos hasta 1988, en tanto pareció entenderse como una condición sine qua non para el desarrollo de otras acciones, con los consiguientes efectos amortizantes del ímpetu inicial.

El segundo ejemplo, como no podía ser de otra manera, proviene del área de las políticas económicas. En principio, porque, independientemente de cualquier juicio de contenido, las mismas gozaron de impopularidad creciente y sobre todo, a partir de 1988, afectan negativamente buena parte de los mensajes que llegaron a la sociedad civil desde otras áreas de gobierno otorgándoles una recepción incrédula.

Asimismo, la acentuación de la crisis económica conspiró contra la ejecución de cualquier proyecto e impidió el planeamiento a mediano y largo plazo. Como se ha mencionado anteriormente, la desocupación, la pérdida de perspectivas de futuro económico que la inflación provoca el cierre de fuentes de trabajo y la depreciación del signo monetario, son factores que contribuyeron a aumentar decisivamente la demanda asistencial de SM.

Esta crisis altera el propio rol de las políticas sociales, exigiéndoles cubrir una cuota excesiva de legitimación y al exacerbar los conflictos sociales, las deja como única alternativa para cubrir la

acumulativa cuota de ineficiencia económica. En gran parte son responsables que el "todo es política" de 1983 se convierta en "todo es economía" de 1988. Por otra parte el Estado en la transición parece cargar con una doble responsabilidad, su éxito o su fracaso no se atribuye solamente a un gobierno sino a un sistema: el democrático.

Otro aspecto que parece interesante ahondar a este respecto es el de la congruencia o no entre los estilos de las políticas públicas (FOXLEY A., 1985). En este sentido, se entiende que desde el Ministerio de Salud y Acción Social, al menos en lo que se refiere al Seguro Nacional de Salud, la Ley de Obras Sociales y las relaciones laborales, en el período 1983-87 prima un estilo "confrontacionista" que discrepaba abiertamente con el estilo pluralista y concertado de la DNSM. En especial, en el último aspecto, el de las relaciones laborales, en que su manejo estaba concentrado en el primer nivel del Ministerio y arrastraron a los efectores de SM, como a gran parte del sector de la salud, a largos y traumatizantes períodos de huelga en momentos vitales para sus cambios internos.

Otra variable a considerar por su incidencia en las políticas estudiadas se refiere al entrecruzamiento de distinto tipo de tiempos. Hay un tiempo que se podría denominar de la transición, en el que, ante el advenimiento del gobierno democrático hay tanto en la sociedad civil como en los cuerpos políticos un espíritu de inmediatez que conspira con la costumbre largamente arraigada de los cambios que, en general, pretenden un tiempo directamente proporcional a su profundidad.

Hay otro tiempo que es el eleccionario y sobre todo a partir de 1988, lleva buena parte del accionar de funcionarios y políticos a tomar el año 1990 como eje central, ya sea para recuerar tiempo perdido como para sembrar a largo plazo, desperdiciando olímpicamente dos años.

Hay un tercero, que es el tiempo de la burocracia y que donde domina, letifica, posterga diluye, agota y vuelve inocuas gran parte de las decisiones.

El primer caso, seguido más detalladamene por la prensa en general y confirmado en entrevistas personales, lleva al Organismo nacional a verse cercado por un cúmulo de propuestas, inquietudes y proyectos que es imposible manejar. El segundo implica para los niveles directivos el estar sometidos a una doble tensión: desde los niveles políticos se acelera la exiencia de respuestas mientras que desde los niveles operativos se responde desde el mediano y largo plazo. El tercero vivido por cualquier ciudadano, ahorra cualquier comentario.

Frente a ellos está el tiempo propio de algunas de las políticas, con la particularidad de cada una de ellas. La puesta en marcha de sistemas de información y proyectos de investigación para determinar y abordar la población de riesgo, la formación de recursos humanos, la evaluación y seguimiento de las acciones emprendidas por la sociedad civil, la coordinación con el resto de las organizaciones estatales, por dar algunos ejemplos , son actividades signadas por el mediano y largo plazo que no pueden ser evaluadas desde el cortoplacismo, de modo tal que rsultan poco funcionales para el sostén que tanto necesita el sistema en este período.

En este caso en particular, además, no sólo incide el autoritarismo del período previo sino la frecuencia histórica de las interrupciones al sistema democrático que frustraron sistemáticamente el desarrollo de proyectos abarcativos en el orden nacional, facilitaron la emigración de los profesionales e imprimieron en los organismos públicos modelos alienantes.

Cabe hacer además algunas acotaciones sobre el contexto sociopolítico en que se constituyeron estas políticas. Al hablar de la retirada del poder dictatorial se hizo hincapié en su relativa raidez y en la ausencia de pactos explícitos para el futuro en áreas claves. Ello por un lado dio libertad al nuevo régimen, pero por el otro, sobrecargó las tareas de toda la sociedad en los años siguientes. sobreocupación ha restado a la SM de una buena cuota de trabajo, interés, preocupación, cuidados y atención. Nos referimos, por ejemplo al juicio a los militares, al conflicto del Beagle, a la reglamentación del ejercicio profesional de psicólogos, enfermeras, visitadores médicos, al problema de la crotoxina, a la Ley de Obediencia Debida, a la Ley de "Punto Final", a los alzamientos militares. Estos son efectos de lo hecho u omitido en el período previo.

Un ejemplo de ello es la constitución del Primer Tribunal Etico de la Salud contra la Impunidad, como respuesta a la sanción de las leyes 23.492 y 23.521, llamadas de "punto finl" y de "obediencia debida". Este Tribunal juzgó éticamente y en la figura de tres médicos a todos los profesionales de la salud comprometidos en crímenes de lesa humanidad a partir del golpe del 24 de marzo de 1976. El 3 de diciembre de 1987, el jurado reunido en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires los declaró culpables. Entre los convocantes, casi la mitad son asociaciones vinculadas con la SM, entre ellas el SEREVITE, dependiente de la DNSM. Al mismo tiempo, el Círculo Médico de Quilmes rechaza por 165 votos contra 2 el ingreso al mismo de un médico acusado y concenado por este Tribunal, y el Consejo Deliberante de la Municipalidad de Quilmes lo declara "persona no grata", con la participación masiva de la población.

Ante lo que cierta parte de la sociedad entiende como un vacío de Justicia, se implementan mecanismos alternativos que les permite recuperar un valor atávico a la condición humana. Parece un buen ejemplo de las dificultades pero al mismo tiempo de las nuevas posibilidades que se han creado desde el advenimiento de la Democracia para la salud mental de los argentinos.

Para las políticas estudiadas, en esta particular transición, cabe también la conclusión de que es necesario reforzar desde su inicio la trama político-social, mediante acuerdos partidas, compromisos con entidades representativas, co-gobierno y demás medidas que aseguren un espacio protector que permita la continuidad en el tiempo de las mismas.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALTSCHUL, Carlos et. al., La organización: nuevas perspectivas para su conocimiento, Bs. As., Cayetana Ediciones
- BALOYRA, Enrique et. al., Lecciones para demócratas en transición, Bs. As., Editorial de Belgrano, 1987, 256 p.
- BOBBIO, N., "Podrá sobrevivir la democracia", en Los límites de la Democracia, Bs. As., CLACSO, vol. 1, 1985
- BORON, Atilio, "Los problems de la Democracia en América Latina", en Revista Mexicana de Política Exterior, Nº 1, oct. dic. 83, p. 24-26
- BUSTELO, Eduardo e ISUANI, Ernesto A., "Estado, Política Social y Crisis de Legitimidad", en el Boletín de la OPS, Serie Desarrollo de Servicios de Salud Nº 2, 1987, 23 pgs.
- CARDOSO, F. H. "La democracia en América Latina", en **Puntos de vista,** N° 23, Bs. As., 1985
- CHERESKY, Y y CHONCHOL, J. (comp.), Crisis y Transformación de los Regímenes Autoritarios, Bs. As., EUDEBA, 1985, 208 p.
- FOXLEY, Alejandro, "Las alternativas para la política posautoritaria", Bs As., **Revista de Ciencias Sociales**, Instituto de Desarrollo Económico y Social Nº 98, vol. 25, jul-set/85, p. 155-178
- GARCIA DELGADO, Daniel R. (comp.), Los cambios en la sociedad política (1976-1986), Bs. As., CEAL, 1987, 138 p.
- GARCIA DELGADO, Daniel R., Nuevos patrones de participación política en procesos de transición a la Democracia el caso argentino, Bs. As., FLACSO, 1983, 59 p.
- GARRETON, M., La herencia de los autoritarismos, Bs. As., FLACSO, Nº 237, 1984, 19 p.
- ISUANI, Ernesto A., Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina, Bs. As., CEAL, 1985, 140 p.
- NUN, J. y PORTANTIERO, J. C. (comp.), Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina, Bs.As., Puntosur de., 1987, 418 p.
- O'DONNELL, Guillermo et. al., **Transitions from Authoritarian Rule. Latin America**, Baltimore, The John Hopkins University press, 1986, 244p.
- ORREGO VICUÑA, Francisco (comp.), **Transición a la Democracia** en América Latina, Bs. As., Grupo Editor Latinoamericano, 240 p.
- OSZLAK, Oscar et. al., Proceso, crisis y transición democrática, v. 1 y v. 2, Bs. As., CEAL, 1984, 163 y 185 p.
- OSZLAK, Oscar, Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas, Bs. As., CEDES, 57 p.
- OSZLAK, O. y O'DONNELL, G., Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación, 1976.
- PORTANTIERO, Juan C., "La democratización del Estado", en **Pensamiento Iberoamericano**, Nº 5a, en-ju/84, p. 99-126

- SPAGNOLO, Alberto, "Argentina: la transición y sus problemas", Bs. As., **Cuadernos del Sur Nº 2**, De. Tierra del Fuego, abr/85, p.5-14
- STRASSER, Carlos, La Democratización en la Argentina, hacia 1985, Bs. As., FLACSO, N° 20, 33p.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA correspondiente al tema SALUD PUBLICA / SALUD MENTAL.

- ABADIE, Juan P., "SM, atención primaria y un proyecto para la salud", Rosario, **CMS** Nº 33, set/85, p. 65-71
- ABADIE, J.P., "Estrategia para lograr el seguro de salud en Argentina", Bs.As., **MyS**, v. 10 N° 3, my/jun/87, p. 81-87
- ALBERTONI, Sandra et. al., Residencia interdisciplinaria en SM.
 Una experiencia en la formación de Recursos Humanos en SM,
 Bs. As., DNSM, 1987, 11 p.
- ARGENTINA, MBS, Instituto Nacional de SM, **Programa de SM**, Bs. As., 1967, 50 p.
- ARGENTINA, Minist. de Asist. Soc. y SP. Instituto Nac. de SM, Funciones de producción de los sectores de salud del Hospital Neuropsiquiátrico de Mendoza 1963-64. Estudio piloto, Mendoa, s/f.
- ARGENTINA, MBS, Secret. de Est. de SP, Talleres nacionales protegidos de rehabilitación psiquiátrica, Bs. As., Taller protegido Nº 6, 51 p.
- BELMARTINO, Susana et. al., **Psicología y Política en Salud**, Bs.As., 4º Congreso Metropolitano de Psicología , Panel 2, APBA, 1987, 35 p.
- BELMARTINO,S., "Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina", Rosario, **CMS** N° 27, 1984, p. 7-22
- BERMAN, Sylvia, "SM para una sociedad en transición", Rosario,
 CMS Nº 41, dic./87, p. 47-54
- BONANNO, Osvaldo, "Situación en el Borda. Transformaciones", Bs. As., GP Nº 81, p. 13-15
- BRAJSA, Pavao, "Asistencia completa en SM en la comunidad: el modelo de Varazdin", Foro mundial de la Salud, v. 6 Nº 2, 1985, p. 181-184
- BRINGIOTTI, Ma. Inés y SANJON, Liliana, Recuperación de proyectos comunitarios vinculados al campo de la salud.
 Aproximación a un modelo de evaluación, Bs. As., Secret. de C. y Técnica, 1986, 121 p.
- CARPINTERO, Osvaldo, "Función del Estado como regulador de la atención médica a través de las obras sociales", Bs. As., **MyS**, Nº 1/2, v. 6, en-abr/83, p 29-33
- CLIMENT, C.E. et. al., "La SM en la atención primaria de la salud", **Crónica de la OMS**, v. 34 N° 6, JUN/80, P. 249-255

- CORVALAN, César y MAYER, Marcos, "Lo que des/Borda", Bs. As., **GP** (suplemento) N° 73, nov.-dic./86
- DOZO, Liliana et. al., Administración en SM. Función asignada al hospital psiquiátrico dentro de un Plan Nacional de SM del Ministerio de Salud y Acción Social, Monografía ESP, Bs. As., 1985
- DNSM, Informe de la comisión de estudio sobre Residencias Médicas en Psiquiatría, Bs. Asl, 1984, 13 p.
- GALENDE, Emiliano "La crisis del modelo médico en psiquiatría", Rosario CMS Nº 23, mar/83, p. 53-60
- GALLI, Vicente A., "Terror, silencio y enajenación", Córdoba, SyS v. 2
 Nº 7 y 8, jun/85, p. 17-22
- GALLI, V.A., "SM, una prioridad", MyS, set-oct/84, p. 167-172
- GALLI, V.A., "SM Definiciones y problemas, Bs.As., DNSM, 1986, 3 p.
- GOLDEMBER, Mauricio, Informe final sobre la asesoría en SM al Ministerio de SP y Medio ambiente de Argentina, del 2 al 30 de enero de 1984, Wash., OPS, 1984, 21 p.
- GOVEA, Mariela, "Entrevista con Miguel Vayo. ¿Qué es Boca-Barracas?, Bs.As, **GP**, ag-set/87, p. 61-62
- GONZALEZ CASTRO, Rosa y VARELA, Ma. Nélida, Recursos Humanos de enfermería para el Hospital "Braulio A. Moyano", Bs.As., DNSM
- ISUANI, Ernesto y MERCER, Hugo, "La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad?", **Bol. Informativo de Techint**, Bs.As., Nº 244, set-dic/86
- KATZ, Jorge y otros, "Organización y comportamiento de los mercados prestadores de Servicios de salud: Reflexiones sobre el caso argentino", **OPS** (Arg.), Nº 1, 1988, 20 P.
- LAURELL, Ada C., "Crisis y salud en América Latina", Bs. As.,
 Cuadernos del Sur Nº 2, Ediciones Tierra del Fuego, abr/85, p. 101-126
- LOPEZ PEÑA, Elena y MAUDE, Sonia, Perfil histórico del hospital, Bs. As. Hospital Nac. Infanto Juvenil "Dra. Carolina Tobar García", 1987, 10 p.
- LLOVET, Juan J., Servicios de Salud y sectores populares. Los años del Proceso, Bs. As., CEDES, 1984, 164 p.
- MARTINEZ, Victoria (comp.), **Terrorismo de Estado. Efectos psicológicos en los niños**, Movimiento Solidario de SM. Familiares de detenidos y desaparecidos por razones políticas, Bs. As., Paidós, 1987, 167 p.
- MENENDEZ, E. L., Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica, México, Nueva Imagen, 1979, 216 p.
- MERCER, Hugo, Investigación social aplicada a salud. Argentina 1975-1984. Informe preliminar, Bs. As., Secret. C. y Técnica, 1983, 48 p.
- MERCER, H., "La Medicina Socil en debate", Rosario CMS, dic/87, p. 5-13

- MARCHANT, Néstor F., Experiencias comunitarias en el Hospital Nacional Braulio A. Moyano, Bs. As., De. Iberindica, 1987, 142 p.
- NERI, Aldo, **Salud y Política Social**, 2a. edición, Bs. As. Hachette, 1983, 261 p.
- NERI, A. "Ideología, política y la práctica de la SP", **Cuaderno de SP**, Nº 8, 1972, p. 7-9
- NERI, A., "Sostén económico de las estrategias nacionales de salud para todos", Rosario ,**CMS** Nº 42, dic/87, p. 25-30
- OLROG, C.C., **Antropología del Hospicio**, CONICET, documenta laboris Nº 59, Bs. As., 1984
- QUIROGA, Ana P. de, Enfoques y Perspectivas en Psicología Social, Bs. As., De. Cinco, 1986, 78 p.
- S/A, Argentina: Descripción de su situación de salud, Ministerio de Salud y Acción Social-OPS-OMS, Bs. As., oct/85, 500 p.
- S/A, Asignación de Recursos para la salud. Aportes para la toma de decisiones, Bs. As., Secret. de E. de SP, 1980, 67 p.
- S/A, "Comisión de Investigación Psicoanalítica sobre las consecuencias de la represión política, comunicado preliminar", Bs. As., **RdeP**, 1985:6, p. 1313-1319
- S/A, La atención primaria de la salud en la República Argentina, Bs. As., MBS-SESP, 1978, 38 p.
- S/A, Políticas Nacionales de Salud, Bs.As., MBS-SESP, 1979, 21 p.
- S/A, Tercer Seminario Nacional de SM, Bs.As., M. de S y Acc. Social, DNSM, 1986, 217 P.
- SAFORCADA, Enrique, "Aspectos generales de planeamiento y asistencia en SM", Separata de **APPAL**, 1976, 10 p.
- TESTA, Mario, "Estrategia coherencia y poder en las propuestas de salud", 1, Rosario **CMS** Nº 38, dic/86, p. 3-24, Idem, 2 Nº 39, ar/87, p. 3-28
- THOMPSON, Andrés A., "Estado sindicatos y salud. Notas sobre las obras sociales en la Argentina", Rosario, **CMS** N° 33, sept/85, p.35-54
- VV.AA., "Los partidos políticos y la salud", Bs. As., **MyS**, set/oct/83, p. 180-228
- VEZZETTI, Hugo, La locura en la Argentina, Bs. As., Paidós, 1985, 237 p.

NOTA: APPAL. Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina

GP: Gaceta Psicológica

BOSP: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana

CMS: Cuadernos Médico Sociales

ESP: Escuela de Salud Pública de la Univ.Nac.de Bs.As.

MyS: Medicina y Sociedad

RdeP: Revista de Psicoanálisis

SyS: Salud y Sociedad

HEMEROTECA:

Se efectuó un seguimiento del tema general de la Salud Pública desde 1980 hasta mediados de 1988 en el diario CLARIN y para el período 1983/88 se consultó artículos del diario LA NACION, LA PRENSA, LA RAZON y PAGINA DOCE, así como también de la revista CRISIS.

FUENTES:

- . Boletín Oficial
- . Boletín del Ministeřio de Salud y Acción Social
- . Disposiciones, Memorandos, Informes, Memorias anuales de la DNSM y Organismos dependientes del Ministerio de Salud y Acción Social. .