

FEDERACION ARGENTINA DE PSIQUIATRAS

FUNDADA EN LA CIUDAD DE SAN LUIS EL 8 DE OCTUBRE DE 1959

MIEMBRO DE LA A. P. A. L. ASOCIACION PSIQUIATRICA DE LA AMERICA LATINA
(CONSEJO INTERAMERICANO DE ASOCIACIONES PSIQUIATRICAS)

CARTA DE MENDOZA DE LOS PSIQUIATRAS ARGENTINOS

ELABORADA POR LA

II CONFERENCIA NACIONAL SOBRE

PROBLEMAS GREMIALES Y PROFESIONALES DE LOS PSIQUIATRAS

EN HOMENAJE AL PROF. DR. GREGORIO BERMANN

MENDOZA

- 18 y 19 DE JUNIO DE 1972 -



CARTA DE MENDOZA DE LOS PSIQUIATRAS ARGENTINOS

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

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

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

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

LA SITUACION SANITARIA ARGENTINA

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

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

¿FALTA DE POLITICA SANITARIA O COHERENCIA DE UNA POLITICA?

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

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

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

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

- La tendencia a la liquidación del Instituto Nacional de Salud Mental que, aún con su estructura burocrática y vertical, constituye un ente específicamente referido a la salud mental.
- La tendencia a la privatización de los hospitales, promovida por la Ley 19337, que bajo la consigna de la descentralización hospitalaria acentúa la política de arancelamiento directo o indirecto de los servicios y hace "engordar" artificialmente los escuálidos hospitales con el aporte directo de los pacientes, o indirectamente, a través de los contratos con las mutuales de obreros y empleados.
- La prescindencia, por parte del Estado, de la consulta a las organizaciones de los profesionales y trabajadores de la salud en la elaboración de las medidas que se han tomado.
- El estímulo estatal a la anarquía de los tres sistemas (hospitalario, mutualizado y privado) que coexisten y que han llegado a ser incompatibles entre sí en el plano médico, financiero y de la planificación.
- La creación de un complicado cuerpo de decretos y leyes que se superponen, contradicen y anulan unas a otras: ley 17102 de "hospitales de la comunidad", ley 18610 de creación del INOS, ley 19302 de servicios sociales para jubilados, ley 18912 derogada por la reciente ley 19710, etc., etc.. Los resultados más evidentes de esta legislación son:

- a) el desplazamiento de la financiación del sector asistencial público a los usuarios a través del rodeo de las obras sociales, que recogen sumas astronómicas del salario de los trabajadores (2% directamente y 2% en forma indirecta);
- b) las obras sociales y mutuales, a través del INOS y de la ley 19710, contribuyen a la financiación y al enriquecimiento del sector privado, constituido por "entidades comerciales" de la salud, por los dueños de policlínicos y de sanatorios que, a su vez, explotan la "mano de obra barata" de los médicos que emplean;
- c) el manejo político de la organización de la asistencia médica del país por parte del Ministerio de Bienestar Social y el Ministerio de Trabajo que se erigen demagógicamente en árbitros de situaciones sanitarias, médico-gremiales, etc., y que ejercen el control sobre los jefes sindicales a través del manejo de los fondos mutuales.
- d) la distorsión de la asistencia por una reforma hospitalaria --Ley 19337-- a través de la cual el Estado se desentiende de sus obligaciones de protección y fomento de la salud de los habitantes de la Nación, que significa la desaparición de la carrera médico-hospitalaria y que anarquiza aún más nuestra estructura asistencial.

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

LA SITUACION SANITARIA EN SALUD MENTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS PSIQUIATRAS

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

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

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

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

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

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

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

QUE SIGNIFICA UN PLAN DE SALUD ?

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

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

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

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

LAS ACCIONES Y LA ORGANIZACION DE LOS PSIQUIATRAS

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

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

Mendoza, junio de 1972.-