

MODELOS DE ATENCION EN SALUD MENTAL

El tema que nos ocupa alude a dos cuestiones que requieren una explicación. Salud Mental es un término que en lo esencial sólo tiene un valor de contraseña: permite identificar genericamente a una serie de cuestiones como pertenecientes a un campo. En cuanto se hace necesario explicar los fundamentos del mismo se hace también evidente que se trata de una dificultad, la de definir un estado de bienestar psíquico, respondido predominantemente por la psiquiatría que precisa la presencia o ausencia en los individuos de trastornos mentales, a los que identifica, no sin arbitrariedad, como enfermedades. Por eso hemos de ocuparnos de analizar cuáles son los fundamentos que permiten a la psiquiatría recortar un sector de la problemática social que al definirlo como enfermedad mental la legitiman como disciplina médica. En cuanto a la noción de "Modelo de atención" hemos de ver que se trata de una complejidad de elementos en juego y que sólo por superficialidad y error algunos lo consideran exclusivamente como la resultante de la existencia social de las enfermedades mentales y los conocimientos especiales y recursos técnicos que la sociedad dispone para resolverlos. Nociones como necesidad de atención, demanda, morbilidad, población de mayor riesgo, etc., requieren de un análisis especial que las diferencie de su uso habitual en medicina.

El campo de la Salud Mental.

Es conocido que la psiquiatría se constituye como especialidad médica como efecto de un conjunto de medidas políticas tomadas en el curso de la Revolución Francesa. Esto produce un reordenamiento de lo que genericamente denominamos el campo de la locura en la modernidad, codificándolo desde entonces como enfermedad. Este acto fue decisivo para la fundación de lo que hoy llamamos Salud Mental. Las estructuras generatrices de la enfermedad mental funcionan en todas las culturas y sociedades, y en distintos periodos históricos, en el mismo campo semántico en que se constituye el discurso social. Pueden así diferenciarse dos órdenes de historicidad: la producción de trastornos o daños psíquicos en relación a las modalidades de la vida social y las formas históricas en que cada sociedad se representa estos trastornos y las instituciones, disciplinas y especialistas dedicados a su atención. La psiquiatría no es más que la forma histórica en que el racionalismo iluminista se representa a la locura como enfermedad, y desde la perspectiva del proyecto científico de la modernidad, significó un progreso al disputar este territorio a las representaciones míticas o religiosas.

Esta asignación a la medicina de los trastornos mentales puso en evidencia la insuficiencia de ésta en dar respuestas válidas en este campo, mostrándose en el progresivo distanciamiento que se instauró con el desarrollo notable que la medicina experimentara en el último siglo. Mientras las prácticas médicas incorporaban con éxito los desarrollos de las ciencias físicas, químicas y biológicas, la psiquiatría permaneció enclaustrada en su función asilar de encierro y custodia de los enfermos, lo que llevó en los últimos cincuenta años a una crisis progresiva de sus conceptos y sus modelos de asistencia. Si bien la medicina no es una ciencia sino una práctica social específica, utiliza con eficacia los conocimientos que incorpora de la física, la biología y la química. El médico actual, en el modelo médico dominante entre nosotros, realiza su práctica sobre un cuerpo biológico con recursos científicos que le proveen fundamentalmente la física y la química. El estar incluida la psiquiatría en este modelo médico dominante genera numerosas dificultades, ya que como toda disciplina la psiquiatría crea los conceptos con los que dar cuenta de su objeto, el trastorno mental, pero no puede explicar con conceptos de la física, la biología o la química, los modos complejos con los que un individuo se instala en la vida con sufrimientos, desdicha y conflicto. Y son estas las cuestiones sobre las que el psiquiatra es llamado a intervenir. Tanto la psiquiatría como el psiquiatra encuentran en esto la dificultad que los va llevando en los últimos cincuenta años a la utilización progresiva de conceptos que no son los del modelo médico dominante, sino los utilizados por las llamadas ciencias sociales: lingüística, antropología, sociología, teoría política, psicoanálisis, etc. La obsesión anatomoclínica de los viejos psiquiatras que buscaban la esencia de la anormalidad en el desorden de los órganos, ha debido dejar el lugar a un pensamiento que centra la cuestión en el desorden de los signos. Desde Jaspers en adelante la referencia biológica debe luchar con la referencia semántica.

La existencia objetiva de padecimientos o daño psíquico, dijimos antes, legitimó como necesidad social la constitución de una medicina mental. Pero este plano de necesidad, que como problema social pudo históricamente hacer de fundamento a la constitución de las prácticas psiquiátricas, no es objetivable como tal en la sociedad actual, ya que la existencia de una disciplina que codifica el trastorno como enfermedad transforma la necesidad en demanda específica de asistencia mental. Precisamente es este nivel de la demanda social de asistencia lo que entra en juego cuando hay que definir los vínculos entre una disciplina nueva y la necesidad social. Surgida en el plano social la medicina mental, no sólo la persona que padece sino la sociedad misma, la familia, las instituciones, interpelan/demandan al especialista las respuestas que permitan acallar el problema. Es por esto que el análisis de la demanda

en psiquiatria no puede ser hecho solamente por una sociologia al estilo de "se necesitan tantas camas por cada tantos habitantes", ya que la demanda de bienestar psiquico está ligada al goce, al deseo y sus cumplimientos, y sólo se sostiene si hay otro, el psiquiatra, que esté dispuesto a satisfacerla o perpetuarla. La demanda social nos parece ser ley constitutiva de las practicas psiquiatricas, a la vez que la existencia de estas sostiene y reproduce esa demanda. Pensamos que es además en el interior de esta relación que se realizan los conocimientos teoricos, que en el campo de la psiquiatria vienen siempre en un "a posteriori" a convalidar y legitimar las practicas, ya que no a fundarlas, por lo que los supuestos saberes sobre la enfermedad tienden a cerrar este circuito. El discurso teorico de la psiquiatria queda así preso de una relación puramente imaginaria. Aunque escapa a los limites de nuestro tema me parece importante señalar que esta capacidad de una medicina mental prometedora de salud en la mente y bienestar en la vida social, capaz de generar y ensanchar las demandas realizadas a sus practicantes, lleva en sus entrañas, es decir tiene condiciones en su estructura, para una reproducción ampliada del campo connotado hoy por el termino de Salud Mental.

El malestar en la cultura y en la sociedad política estuvo ligado desde los comienzos al encargo hecho a la medicina mental para el control de la locura. No se trata de que lo que denominamos enfermedad mental sea reductible totalmente a este malestar, se trata de que es inseparable del mismo. Los trastornos mentales son en lo esencial un condensado de interrogantes que hacen a diferentes dimensiones de la vida. Sufrimiento psiquico, fracaso social, inadecuaciones de conducta, conflictos en la vida de pareja o familiar, desamparo, rupturas con la realidad consensual, delirios, son los modos visibles de este malestar que interroga a la psiquiatria y a los cuales ésta dió una sola respuesta reduciéndolos a una condición personal o hasta biológica. Es sobre la insuficiencia de esta respuesta y de su negación de las dimensiones en juego, que han comenzado a abrirse otros caminos que lleven necesariamente a otros modelos de atención que podríamos denominar pluridimensionales: psiquiatria comunitaria, Comunidad Terapeutica, Sector, etc. Piensen ustedes en la gran cantidad de trastornos mentales que producidos en la cotidianeidad vivida, del acontecer socio-economico y político, son respondidos desde los niveles del aparato juridico, político o cultural. Solo cuando desfallecen esas respuestas, cuando no funcionan o son insuficientes, una gran cantidad de esos trastornos se psiquiatrizan. No decimos que todas las enfermedades mentales encuentren allí su causa última, pero sí que son éstos los niveles donde el campo de la Salud Mental va produciendo su expansión. Recorran las más de trescientas especies localizadas por la Clasificación Internacional de los trastornos mentales y verán que pocos individuos podrán decir que no estan o no estuvieron en algun momento de su vida incluidos en ella. Vean tambien los extraños apetitos que las clases medias urbanas han desarrollado por las psicoterapias y el despliegue de un abanico de respuestas que tiende a abarcar todas las posibilidades: terapias para pequeños grupos, control mental, laboratorios, bioenergía, terapias sexuales, tratamientos para parejas, familias, instituciones, etc. Es necesario

agregar que que este gama de respuestas técnicas, en la medida que son respuestas a problemas de las personas, van generando ideologías muy particulares sobre el hombre y la vida social, que legitiman que se haya identificado a la Salud Mental con un verdadero Aparato Ideológico en el sentido que mostrara Althusser. La cuestión de la Salud Mental debe ser vista a mi entender como situada en un plano de tensiones entre una psiquiatría médica que está agotando sus modelos tradicionales de asistencia y un polo de desarrollo que al codificar como trastornos mentales una cantidad creciente de acontecimientos humanos, constituye técnicas de tratamiento para ellos, dando lugar a una demanda creciente de servicios. El lenguaje de los nuevos especialistas de la Salud Mental incorpora progresivamente el vocabulario de las ciencias sociales y especialmente de la política. Creo que, sin abandonar la crítica y la denuncia a una medicina mental, representada por el modelo asilar de asistencia, es necesario definir con precisión los alcances de lo connotado por Salud Mental, porque ésto hace de modo crucial a la constitución de los modelos de atención.

Un análisis especial, que no hemos de hacer en este momento, es necesario respecto de la relación del psicoanálisis con la Salud Mental. Señalemos solamente que un izquierdismo intelectual, ligado al psicoanálisis, ha empujado con frecuencia a éste a ocupar el lugar que en el plano social ocupó la psiquiatría. Se orienta así a suplir la respuesta médica al malestar cultural y político por una respuesta psicoanalítica, igualmente reductora e ilusoria, dejando afuera lo esencial del problema que la propia comunidad y los considerados pacientes toman un papel más decisivo frente a sus padecimientos y su derecho a ser socialmente ayudados. Aparte de los efectos distorsionantes que para el propio psicoanálisis trae aparejada esta posición, visualizamos allí el encargo ideológico hecho al psicoanálisis en el intento de convertirlo en una psiquiatría moderna o progresista.

Para aquellos que no estamos por soluciones liquidacionistas, que diluyan lo específico de la problemática de la S.M. en lo socio-político ni compartimos la inversión no dialéctica operada por la antipsiquiatría es necesario tender a la construcción de modelos de atención que sean progresivamente abiertos a las diferentes dimensiones en juego en el trastorno mental, o como dijimos antes, modelos pluridimensionales. Las intervenciones técnicas deben asumirse así como necesariamente parciales, siendo ese su mayor merito frente a la intervención totalizante y reductora de la psiquiatría asilar.

Los Modelos de Atención.

Habitualmente se designa con la noción de Salud Pública tanto el estado de bienestar necesario de la población como las estructuras y acciones que se realizan en el sector y la disciplina que las estudia como una situación conjunta. La Salud Mental en nuestro país forma parte de la //

5.

Salud Pública. En 1956 la creación del Instituto Nacional de S.M., apoyada en los antecedentes de la Ley Inglesa de 1944 (que creó el Seguro de Salud y el Servicio Nacional de Salud Mental bajo el gobierno laborista), otorgó una mayor autonomía a nuestro sector, aunque los distintos acontecimientos políticos la fueron esterilizando en sus resultados y anulando en su capacidad de elaborar Planes y Proyectos alternativos. Más allá de los avatares formales y administrativos que sufrió esta relación de la S.M. con la Salud Pública, no se han considerado en profundidad en el país sus ventajas e inconvenientes, y en ese sentido ^{de} llevó a permanentes redefiniciones. Es necesario consignar también que el relativo estancamiento que sufrió la psiquiatría en el país, al lado del notable desarrollo que experimentaron las ciencias sociales y especialmente el psicoanálisis, hizo que no se generaran en sus propios marcos proyectos alternativos, tal como ocurriera en otros países. A diferencia de países como Francia con su política de Sector, Inglaterra con las socioterapias o Italia con el movimiento de Psiquiatría Democrática, en Argentina las experiencias de generar modelos de atención alternativos a la estructura asilar fueron aislados, efímeros e insuficientes. En ese sentido los procesos de cambio en S.M. en nuestro país han surgido siempre por fuera de las estructuras de la psiquiatría oficial, y en general llevados adelante por psicoanalistas y psicólogos.

Dependientes entonces de Salud Pública, los modelos de atención en S.M., están sujetos a los sistemas de atención médica, fundamentalmente en nuestro caso a la existencia de los subsectores estatal, privado y de Obras Sociales, lo que impone límites y complejiza una planificación global. Definimos por Modelo de Atención en Salud Mental la producción teórica, técnica e ideológica de los profesionales de la S.M., estructurados en el plano sociopolítico y estructurante del conjunto institucional implicado en su funcionamiento. Es decir, no se trata de respuestas técnicas a una problemática natural (enfermedades), sino recortada de las formas de la vida social, sus avatares y perturbaciones, donde la desdicha, el fracaso y el conflicto humano, dan origen a una respuesta social específica (técnicas) que a la vez es fundante de esas perturbaciones como enfermedades mentales. Este es el sentido más profundo de la historicidad del concepto de enfermedad mental y de los modelos de atención. Estos están constituidos por el conjunto de las actividades y técnicas a emplear, en el soporte de las distintas estructuras institucionales en las cuales los objetivos, las actividades y las técnicas pueden planificarse, organizarse en programas concretos, ejecutarse y evaluar sus resultados. A su vez, ya lo hemos dicho, todo modelo de atención en S.M. está inserto en el sistema asistencial global, cuyo funcionamiento es regulado por las políticas generales en salud y salud mental en especial, que se nutren y son expresión de las políticas que el estado se da en su accionar.

El contexto cultural, social y político, las políticas generales en salud y especiales en salud mental, las formas de organización de la asistencia y su financiamiento, los métodos y técnicas terapéuticas, las

6

las teorías generales sobre salud y las que operan en S.M., las formas en que la demanda de atención se expresa y las instituciones encargadas de responder a través de sus especialistas, conforman un todo complejo estructurado, en que cada nivel es determinado y determinante del conjunto. En este sentido no puede hacerse una lectura aislada de cada nivel sin tener en cuenta sus interacciones y los efectos sobredeterminados del conjunto del sistema. Comprendido así el sistema es posible precisar cómo diversos procesos de cambio iniciados en alguno de estos niveles, fundamentalmente el de las técnicas, definen sus posibilidades en función de las facilitaciones o resistencias que generan en el conjunto. No se trata de abandonar la problemática específica de cada nivel, sino de ubicarla en el contexto en el que lo específico actúa y puede resolverse. Es frecuente en algunos especialistas en S.M. considerar que la evaluación de su práctica dependa de sus conocimientos teóricos, los métodos utilizados y la índole de la patología que trata. Esta ilusión de autonomía, que niega las determinaciones reales, hace obstáculo cuando los modelos de atención se planifican abarcando al conjunto. Pero es también importante no ignorar que algunos procesos de transformación psiquiátrica en los últimos años se han disparado por la innovación en el nivel de las técnicas terapéuticas, logrando cambios posteriores sobre el conjunto.

Parámetros para un Modelo de Atención en Salud Mental

Así como la medicina ha avanzado hacia una especificación progresiva en sus conceptos y técnicas y una normativización creciente de los sistemas de atención, lo propio del campo de la S.M. es la coexistencia de diversos modelos de atención, con una heterogeneidad creciente. No obstante intentaremos definir algunos parámetros que nos parecen suficientes, aunque no totalizadores, para caracterizar los distintos modelos de atención:

- a) función que se asigne a la internación del paciente en la estrategia terapéutica;
- b) lugar otorgado en la misma a los tratamientos convulsivantes y quimioterápicos;
- c) el papel y valor que se atribuya a los tratamientos basados en la palabra;
- d) el reconocimiento o no del derecho del paciente a permanecer en su lugar social durante el tratamiento;
- e) la imposición de obligatoriedad o no de tratamiento psiquiátrico a ciertos pacientes por demanda de la familia, las organizaciones sociales o la propia institución psiquiátrica;
- f) la concepción que en el modelo se tenga de respecto de la adaptación;
- g) el papel asignado a la comunidad (grupos primarios, familia, etc.) en el proceso terapéutico;
- h) la importancia que se asigne a la misma estructura y organización asistencial en el destino de la patología y su resolución posible;

- i) los grados de dependencia del modelo con los criterios, gestos, y ritos propios de la medicina biológica;
- j) el papel asignado al paciente en su tratamiento; y finalmente,
- k) los objetivos más generales que un modelo se propone sobre la S.M.: aceptación o rechazo de la función custodial y de control social, influir en las concepciones que la comunidad tenga respecto a salud y enfermedad mental, preocupación o no por los niveles de prevención primaria y protección de los grupos de mayor riesgo, etc.

Los Modelos de Atención en Salud Mental vigentes en el país.

En Argentina coexisten diversos modelos de atención en S.M., con la ausencia hasta ahora de una planificación global que posibilitara un proyecto homogeneizante en este campo. No vamos a señalar las causas de la regresión operada en estos últimos años, por todos conocida. Digamos sí que a las determinaciones socio-políticas es importante agregar problemáticas específicas que han contribuido a la situación existente: 1º-no ha habido en el país el desarrollo de teorías consistentes sobre la estructura y funcionamiento de lo psiquiátrico, haciendo que los procesos de los años 66 y la década del setenta se desarrollaran sin ese sustento necesario; 2º-la incorporación de modelos terapéuticos se hizo sin un proceso de elaboración que permitiera una articulación coherente y renovadora de él o los modelos vigentes, generando un optimismo escotomizante de la problemática general; 3º-la pertenencia a-crítica de S.M. al modelo médico dominante hace que subyazca un conflicto que transacciona con dificultades. El Servicio de Psiquiatría en Hosp. Gral., lanzado como proyecto abarcativo en 1966, enfiló prosa con justeza hacia el modelo asilar, pero no redefinió la nueva relación que se establecía con lo médico. El prestigio de lo médico refuerza un polo tratante, asistencial, en conflicto con un ideal en cada vez más psiquiatras de una terapéutica no intervencionista, ligada a la palabra y lo social; 4º- el alto grado de desarrollo y el prestigio social del psicoanálisis en la Argentina, junto a la concurrencia de psicoanalistas- a prestar servicio en las instituciones de S.M., genera activismos y promueve ideales terapéuticos sin que se haya definido aún el lugar de inserción- articulación de su práctica en el modelo asistencial. Esto ha implicado un mal aprovechamiento en S.M. de un potencial humano numeroso y altamente especializado, que tiene en sí mismo cualidades transformadoras en S.M., condición que pueda definirse sus funciones y no se lo confunda con el todo de las prácticas asistenciales, ya que el psicoanálisis no es "en sí" un modelo de atención.

De modo esquemático, y al solo efecto de hacer más evidente la heterogeneidad que señalamos, podemos caracterizar tres modelos de atención con distintos grados de vigencia en el país: 1º- el modelo asilar; 2º un modelo mixto de atención privada (por privación no por el financiamiento), que combina técnicas basadas en la palabra con la prescripción de psicofármacos; y 3º un modelo institucional. Veamos cada uno de ellos:

1º El modelo asilar. Denominamos así un modelo de atención que no es de implementación exclusiva en las instituciones manicomiales, aunque

éstas le prestan históricamente su matriz originaria. Es importante precisar que sus rasgos estructurales se han independizado del asilo y tiene hoy vigencia en diversas instituciones asistenciales. Se comprende así que la liquidación de los hospicios y grandes hospitales psiquiátricos no debe identificarse con la abolición de este modelo. Son sus caracteres esenciales:

- a) establecimiento de una relación de asistencia en la que el asistido reconoce y se somete o es sometido al saber y poder de decisión del especialista que lo asiste;
- b) supuesto, no siempre explicitado, de la enfermedad como daño biológico individual;
- c) concepción positivista, objetivante del asistido, que legitima en el plano de la práctica profesionalizada su manipulación;
- d) a-historicidad y a-socialidad del trastorno a tratar;
- e) estructuración de una actitud pasiva y una participación subordinada en el tratamiento por parte del asistido;
- f) identificación del psiquiatra con el conocimiento, del que se excluye al enfermo, e identificación ideológica de ese saber con el de la ciencia, para sancionar la exclusión de otras prácticas terapéuticas no profesionalizadas;
- g) identificación de la gravedad del trastorno (medido por pérdida de adecuación o captación de la realidad consensual) con la irresponsabilidad y peligrosidad social, legitimando la internación forzada y el control. La internación como posibilidad es estructural y definitiva del modelo asilar;
- h) este modelo de atención es isomorfo con una estructura de clases sociales basado en la jerarquía y asimetría del poder socio-económico y cultural.

2º.-El modelo mixto de atención privada. Es quizás el predominante, sobre todo en los grandes centros urbanos del país, y en los tres subsectores de Obras Sociales, estatal y privado. Su característica esencial es privilegiar la relación médico-paciente como un contexto privado y autosuficiente. Por el lado de la psicoterapia se abren dimensiones de escucha y comprensión, en el seno de una relación intersubjetiva asimétrica, donde el prestigio del médico y sus supuestos conocimientos son funcionales a la teoría racionalista que dice que la razón domina y puede resolver lo que conoce. Por el lado de los tratamientos biológicos es variable el papel que se les asigne, pero si en general no son referencia explicativa del conjunto de los procesos que trata, se acepta que influyen favorablemente en su marcha. Por cierto son más funcionales con el modelo médico tradicional, pero ya no tanto con los cambios que la tecnología médica ha introducido en esos modelos. Es necesario tener en claro que la cuestión de estos tratamientos no puede dilucidarse en términos de aceptación o rechazo, ya que la cuestión esencial es la de no hacer de ellos una explicación suficiente y tener en cuenta en que modelo de atención está incluida su utilización. Esta es en definitiva una cuestión de política sanitaria y no de teorías psiquiátricas.

Este modelo tiende a ubicar lo esencial en la relación personal del psiquiatra con su paciente, llevando a considerar la organización asistencial, las instituciones, las políticas en S.M., etc., como factores externos, accesorios, a lo que en su práctica se procesa, quedando así fuertemente identificados con lo connotado por "consultorio". Este pasa a ser el lugar privilegiado y prestigiado para las acciones de salud, anudando valores ideológicos fuertemente asentados en la sociedad, como privacidad, intimidad preservada, elección del profesional, etc. Tanto en muchos prestadores como en los sectores medios de la sociedad la incorporación de modelos que privilegian lo comunitario es fuente de intranquilidad, ya que se los considera antagonicos con estos valores.

3º- Con Modelo de Atención institucional definimos a aquellos que, respondiendo a una concepción socio-cultural de los procesos patógenos, centran la asistencia en la incorporación del paciente como agente activo de la cura, y eventualmente a la familia u otros grupos primarios. Desde el surgimiento de las socioterapias luego de la última guerra, se ha ido produciendo un reconocimiento progresivo de que, junto a las intenciones terapéuticas, las prácticas psiquiátricas cumplen funciones ideológicas de control social, o aún más, son productoras de ideologías específicas sobre la vida social, permitiendo la expansión de este dominio a sectores no directamente implicados en la asistencia. De esto surgió la combinación de criterios psiquiátricos con categorías conceptuales de lo socio-político, que planteados inicialmente como innovaciones asistenciales llevaron luego a un vasto movimiento de lucha por la transformación de la estructura cronificante y represiva de los hospicios. El sentido social de este movimiento fue dado por su ligazón a procesos políticos de cambio. Las primeras Comunidades Terapéuticas surgen en Inglaterra junto al ascenso del laborismo al gobierno; la política de Sector fue parte del Programa del Frente Patriótico en Francia, y el surgimiento de la "psicoterapia institucional" se gestó entre psiquiatras republicanos españoles, socialistas y anarquistas, que se propusieron la denuncia de las formas fascistas del poder en el campo de psiquiátrico. De igual modo, aunque más tardíamente, sucedió en Italia. Aún en E.F.U.U. el impulso de la psiquiatría comunitaria se dio en el seno de las reformas democráticas emprendidas por el gobierno de Kennedy.

La incorporación de las innovaciones conceptuales y terapéuticas de estos movimientos en Argentina se realizó en un contexto político no favorable, predominantemente durante el gobierno de facto de Onganía, y los movimientos que lo respaldaron fueron sumamente débiles. Su persistencia y expansión se limitó a algunas clínicas privadas, Servicios de Hosp. Gral. e intentos esporádicos de implantación en los Hospicios. Si bien su vigencia actual no es dominante, constituyen núcleos importantes a tener en cuenta en una planificación que incorpore modelos de atención más abiertos a lo socio-comunitario. Lamentablemente la carencia de sustento en la organización política ha ido convirtiendo a estos modelos,

que surgieron como formidables aparatos teóricos, técnicos y políticos de transformación, en meros métodos de tratamiento o modos institucionales de tratar a los pacientes, perdiéndose lo esencial de su espíritu innovador.

El ideal de estos modelos consiste en la incorporación del paciente y la comunidad en el proceso terapéutico y en la gestión en salud, tendiendo a eliminar las jerarquías que diferencian y estratifican a los participantes a fin de minimizar el poder en manos del médico. Obviamente se postula así relaciones y organización institucional democráticas, que no son acordes con la estructura social clasista, ni con la organización del poder dominante en grandes períodos del país. Se produce en esos casos por parte del estado la utilización de estos modelos como técnicas de tratamiento, control y mejoramiento de la imagen del Hospicio, pero bajo valores opuestos a los que le dieron origen: se trataba de mejorar la imagen deteriorada de la psiquiatría oficial sin dedicar recursos económicos y aprovechando una abundancia de prestadores de alta formación y baja o nula remuneración.

La organización de Servicios de Psicopatología en los Hosp. Grales. y los Centros de Salud Mental, fundamentalmente en Capital Federal, constituyen una estructura asistencial favorable a la implantación del modelo institucional. Dijimos ya antes que estos Servicios no garantizan de por sí la superación del modelo asilar, pero su ideal descentralizado, cierta sectorización que se da en su ubicación geográfica y la mayor penetración que tienen en la población, permite incorporarles fácilmente a un programa de atención institucional con participación de la comunidad.

La relación Teoría-prácticas.

Una característica esencial del campo de la S.M. es la coexistencia de una variedad de teorías sobre la enfermedad mental, sustentadas en general en concepciones diferentes sobre el hombre y lo psíquico, junto a una multiplicidad de prácticas terapéuticas con escaso o nulo sustento teórico. Dijimos antes que las teorías psiquiátricas han sido históricamente modos de legitimar conceptualmente las prácticas espontáneas surgidas como respuesta a los problemas planteados por una demanda heterogénea. Escape a los fines de este relato la consideración de esta cuestión. Pero si la mencionamos es porque nos parece esencial a la constitución de un modelo de atención definir con el máximo de rigor posible el marco teórico en que tal modelo ha de funcionar, para evitar activismos espontaneístas, que tras la orden de "hacer lo que se puede" generan confusión. Trataré de explicarlo: un plan de S.M. es un modo de implementación de una política en salud en un área específica. Sus líneas directrices surgen de la ideología y los principios que el estado tenga para encarar y organizar ese sector. Un plan debe luego articular esos principios y la política general con los modos específicamente psiquiátricos de encarar los problemas de la asistencia, de lo cual se desprendieran los programas a ejecutar. En mi criterio, y especialmente en S.M. un Plan

General sólo sirve en la medida que permita fundar programas realizables. En este nivel el Plan define el modelo de atención que ha de privilegiar. Tiene que tener entonces una teoría del daño a tratar en la que puedan fundarse las acciones a cumplir. Esta teoría no es siempre la teoría que avala una técnica terapéutica, sino el modo más abarcativo de conceptualizar el problema social.

Aportaré un ejemplo: un programa en prevención terciaria, que defina un modelo de atención para rehabilitación de pacientes con algún grado de cronicidad. Si la teoría que se tiene del daño a reparar se basa en la comprensión de los modos sociales de marginación del enfermo y la contribución iatrogenica de la institución psiquiátrica en este daño, se tenderá a fundar un modelo de atención basado en la resocialización, afirmando la posibilidad de externación y excluyendo a la institución asilar de este modelo. Por lo mismo las técnicas terapéuticas serán predominantemente sociales y no psiquiátricas. Por el contrario si el daño es concebido como ajeno a la estructura asilar y se basa en una teoría biológica de la cronicidad, se implementaran modelos basados en la institución asilar, para su contención o mantenimiento. Igualmente podría ejemplificarse con los programas para pacientes de tercera edad o infanto-juveniles.

Como en todo modelo de atención participan diversas técnicas terapéuticas, sólo si el modelo tiene un marco teórico preciso es posible que éstas desplieguen su propia relación con la teoría sin que ésta se confunda con la teoría que fundamenta el modelo, que, insisto, no es sólo psiquiátrica. Lo que estoy diciendo es obvio, pero no lo ha sido tanto para quienes pensaban que la existencia de los asilos se desprendía de la "naturaleza" misma de la enfermedad mental, su a-socialidad, y peligrosidad e incurabilidad, lo que legitimado por la psiquiatría en la persona del médico, ocultaba el carácter de la respuesta política y social que esas instituciones encarnan.

Perspectivas para un modelo de Atención de Alternativa en Salud Mental

Vamos a señalar esquemáticamente lo que consideramos son algunos rasgos esenciales del contexto en que hoy pueden pensarse las posibilidades de un cambio en los modelos de atención dominante. Entendemos que cuentan como elementos a favor: 1º- asistimos a una cauducidad progresiva de los grandes hospicios, con alto grado de capacidad cronicante, que consumen grandes presupuestos para bajo o nulo rendimiento asistencial y que han agotado su capacidad de respuesta propia, 2º- la existencia en el país de numerosas camadas de psiquiatras y psicólogos jóvenes no comprometidos en su formación e ideales profesionales con este sistema y deseosos de un cambio, y 3º- la vigencia de un proceso político democrático que posibilite la participación comunitaria. A esto se agrega una sensibilidad social manifiesta por los derechos y dignidad de las personas, que permite encarar en profundidad la cuestión de la coerción y la segregación que encarna el sistema asilar.

Pensamos también como elementos actuales que condicionan negativamente el desarrollo de alternativas los siguientes hechos: 1º- la carencia

de un movimiento organizado de los psiquiatras que puede impulsar y respaldar un proyecto de alternativa, 2º-la aún baja concientización en las organizaciones populares de la real dimensión del problema de S.M., lo que hace escasa su participación necesaria para un proceso de cambio, 3º-el gran deterioro causado a todo el campo de la salud en los últimos años, 4º el agobio e incertidumbre que produce la crisis económica en la población y en los sectores profesionales, que tiende a reforzar individualismos que retacean la solidaridad comunitaria y la participación.

Ya dijimos que el modelo de atención asilar no se reduce a la institución manicomial, por lo tanto su liquidación no puede limitarse al cierre de estas instituciones. Es necesario crear las condiciones para el desarrollo de un modelo de atención que incorpore progresivamente a los sectores de la comunidad y que, coexistiendo inicialmente con el modelo asilar tienda a su absorción paulatina. En el país ha habido intentos frustrados de transformar el campo de la S.M., en general ligados a experiencias más exitosas realizadas en otros países, se trata ahora de no desaprovechar sus enseñanzas. En general estas experiencias han girado alrededor de dos polos antagonicos: uno, esencialmente pragmático, consistió en abrir ámbitos terapéuticos nuevos en las viejas instituciones, bajo experiencias llamadas piloto, que no lograron trascender al conjunto del sistema; el otro, esencialmente teoricista, consistió en una crítica global y liquidacionista de todo lo existente, pero incapaz de propuestas alternativas viables.

Desde nuestra perspectiva creemos que es necesario avanzar en propuestas que no se agoten en el develamiento teórico de los ejes estructurales del actual sistema, sino que atiendan a la complejidad de los procesos en juego, asumiendo lo conflictivo y contradictorio en que se desenvuelven las transformaciones sociales y correlativamente el campo de la S.M., para superar las lecturas de la estructura clasista en terminos maniqueos que caracterizaron los movimientos psiquiátricos de la década pasada. La reducción simplificadora de lo psiquiátrico como mera reproducción de la estructura del poder político, generó a la larga el desaliento y el abandono de las tareas frente a lo inmenso de las propuestas. Tampoco creemos en las llamadas experiencias piloto, que en definitiva terminan siendo la vitriera tras la cual se oculta lo esencialmente inhumano del sistema asilar. Se trata de "saber que hacer" para reabrir experiencias abarcativas de transformación que hagan posible un modelo de atención alternativo, cuya homogeneidad y dominancia será un ideal a lograr y no un principio de partida. Los procesos que se cumplen en el campo de la S.M. son expresión de las fuerzas y tendencias que allí se enfrentan, que concilian, que hacen transacciones. Son esas las condiciones que debemos asumir los que estamos por un cambio del actual sistema, para establecer no sólo los problemas teóricos más generales sino también resolver las cuestiones que hacen a las técnicas y los saberes que operan.

Señalamos antes que no ha habido en el mundo cambios sustanciales en los modelos de atención en S.M. que no estuvieran sustentados en movimientos psiquiátricos importantes, con frecuencias ligados a fuerzas políticas democráticas. Recordemos a modo de ejemplo, que la Ley Basaglia no hubiera sido posible sin el impulso final que le dió el Partido Radical Italiano colectando las quinientas mil firmas necesarias para convocar un plebiscito nacional sobre la Ley de Salud Mental, provocando un gran debate nacional sobre el tema. El contexto político democrático es necesario pero no es en sí suficiente para que se desarrollen con éxito modelos democráticos de atención psiquiátrica. Es necesario crear las condiciones de una participación mayoritaria de los sectores ligados a la S.M. para legitimar la consistencia de los proyectos a impulsar, asegurar la factibilidad política de su implementación y lograr el apoyo y la participación de la comunidad y sus organizaciones.