

Ética y prácticas en Salud Mental.

Alicia Stolkiner

Pamela Garbus

(Capítulo del libro **Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis**. Compiladores: Pablo Fridman y Juan Carlos Fantin. En prensa. 2008)



Hospital Colonia Cabred, Lujan 2007

Foto: Alicia Stolkiner

“El sujeto...no es algo que pueda ser alcanzado directamente como una realidad sustancial presente en alguna parte; por el contrario, es aquello que resulta del encuentro y del cuerpo a cuerpo con los dispositivos en los cuales ha sido puesto —si lo fue— en juego. Una subjetividad se produce cuando el viviente, encontrando el lenguaje y poniéndose en juego en él sin reservas, exhibe en un gesto su irreductibilidad a él. Todo el resto es psicología, y en ninguna parte en la psicología encontramos algo así como un sujeto ético, una forma de vida”....

Giorgio Agamben (2005- Pág. 93- 94)

Introducción

En los últimos años, probablemente desde la crisis que precipitó la deslegitimación de los discursos hegemónicos pro-mercado de los 90, ha recuperado potencia en nuestro país el debate sobre la reforma de la atención en salud mental y se multiplican experiencias de este tipo. Se trata de propuestas que, en lo esencial, tienden a modificar la atención de los pacientes psiquiátricos sometidos a internaciones prolongadas. Tales transformaciones promueven modelos de asistencia ambulatoria, restringiendo las internaciones a lo indispensable en los momentos de crisis aguda y desarrollando, de diversas maneras, redes de asistencia ligadas al primer nivel de atención y a la comunidad, con enfoque intersectorial. En un sistema de salud notablemente segmentado y fragmentado, la aparición de estas propuestas bajo la forma de programas, experiencias locales o reformas provinciales, no termina de constituirse como una política universal. Pese a ello, y ante el horror de las instituciones asilares que aún persisten¹, estas propuestas transformadoras aparecen homogéneamente progresivas. No obstante, es indispensable revisar las dimensiones éticas que se ponen en juego en estas prácticas y abrir el debate sobre ello.

Consideramos las prácticas en salud mental como un conjunto simultáneo de representaciones, saberes y acciones específicos de un campo definido, el de la salud mental, espacio no homogéneo, de contradicciones y antagonismos. Se trata de un subcampo dentro del de las prácticas en salud en general, cuya especificidad se define por el particular constructo social de sentido con respecto a la locura producido en la modernidad, y sus formas institucionales específicas.

El análisis de la configuración de este subcampo muestra su imbricación con el estado y también su función de producción de sentido sobre el conjunto de la sociedad. Es así como las distintas formas de respuesta a la problemática de la “locura” se han visto fuertemente ligadas a condiciones centrales del desarrollo de los estados modernos, como indefectiblemente lo están las propuestas de reforma actuales.

¹ Ver al respecto el informe publicado en 2007 por el Centro de Estudios Legales y Sociales y el Mental Disability Rights International, con el título de “Vidas Arrasadas-La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un Informe sobre derechos Humanos y Salud mental en la Argentina”.

En el corazón de ese constructo se corporiza de forma paradigmática el antagonismo central de nuestra época entre la tendencia a la “objetivación” y la tendencia a la “subjetivación”. Es en este aspecto que se vuelve indispensable la consideración ética de sus prácticas, entendiendo que la ética es un proceso reflexivo sobre el posicionamiento en relación al otro, a la alteridad y a la vida. Un proceso en el cual se pone en juego el reconocimiento o no de la autonomía.

El objetivo de este trabajo será reflexionar sobre las dimensiones éticas de las prácticas actuales de salud mental, diferenciando --y a la vez relacionando-- esta dimensión con la jurídico-legal y la relativa a los derechos humanos. Serán objeto de análisis los procesos de formulación de políticas de atención ambulatoria, la articulación entre salud mental y atención primaria de la salud y las actuales tendencias agrupables bajo el término de neo-biologismo.

Bioética, biopolítica y ética en salud

“La ética consiste esencialmente – siempre hay que volver a partir de las definiciones —en un juicio sobre nuestra acción, haciendo la salvedad que sólo tiene alcance en la medida en que la acción implicada en ella también entrañe o supuestamente entrañe un juicio, incluso implícito. La presencia del juicio de los dos lados es esencial a la estructura”

Jaques Lacan (1959/60 -1997- Pág. 370)

Los conceptos de lo que está bien y lo que está mal hacer en medicina han estado presentes desde las fundaciones iniciales de la medicina moderna hace 2500 años (Penchaszadeh, V.,1996) Pero en la segunda mitad del siglo XX, la referencia a la ética en las prácticas médicas y de investigación científica derivó en el desarrollo de un campo de producción conceptual y disciplinar denominado bioética. Trataremos en este trabajo de establecer algunas diferencias conceptuales, entre bioética y ética de la salud, y, a su vez, plantear las líneas divisorias y de articulación entre ética, derechos y legislación. Estas reflexiones serán la base para, en el punto siguiente, abordar lo específico de las prácticas en salud mental.

La reaparición del debate sobre la ética en las prácticas curativas o de investigación médica reconoce sus antecedentes en la ruptura necesaria de un supuesto caro a la modernidad. Se trata de aquél que homologaba --por deslizamiento-- el saber

científico a la verdad y la “verdad” con el “bien”. En base a este supuesto y en nombre de esa ciencia “positiva” que dada su “objetividad” estaría por fuera y por sobre de los conflictos y antagonismos de los sujetos y las sociedades, se justificaron intervenciones de máxima crueldad tanto de investigación como curativas (en lo relativo al tema que abordamos, esto se manifestó en la dupla asilo-poder psiquiátrico).

Aquellas prácticas que a nivel individual se manifestaban como intervenciones sobre sujetos en nombre de la ciencia y para el supuesto “bien” (del propio sujeto, de la ciencia o de la humanidad) se continuaban a nivel social por las aplicación de la lógica tecnocrática (el paradigma de las sociedades científicamente programadas) sobre poblaciones enteras configurando lo que Foucault definiría como biopolítica : “...el modo en que, desde el siglo XVII, la práctica gubernamental ha intentado racionalizar aquellos fenómenos planteados por un conjunto de seres vivos constituidos en población: problemas relativos a la salud, la higiene, la natalidad, la longevidad, las razas y otros. Somos conscientes del papel cada vez más importante que desempeñaron estos problemas a partir del siglo XIX y también de que, desde entonces hasta hoy, se han convertido en asuntos verdaderamente cruciales, tanto desde el punto de vista político como económico...” (Foucault, 1979)

La biopolítica constituye simultánea e inseparablemente una práctica sobre la sociedad y sobre los cuerpos individuales y es un dispositivo de producción subjetiva. En sus clases destinadas al tema en el Curso del Collège de France en 1978-79 (2007) Foucault desarrolla conceptualmente la biopolítica en referencia al liberalismo, considera la gubernamentalidad liberal como su marco general². A su vez, referenciando a Foucault, Giorgio Agamben (2004) desarrolla el concepto de “estado de excepción” como la estructura originaria que funda --da origen y fundamento a-- la biopolítica moderna, a la cual define como la política que incluye la vida natural dentro de los cálculos del poder estatal.

Alrededor de la segunda guerra mundial se produjo un punto de fisura de este supuesto de relación lineal entre ciencia-verdad-bien, propio del pensamiento positivista. No sólo estuvo dado por el despliegue racional del terror en el Holocausto, sino también --entre otros acontecimientos-- por el paradigma de Hiroshima y el

² Es de señalar que estas clases coinciden cronológicamente con el período en que la salida a la crisis capitalista de mediados de los 70 marcaría la aplicación de políticas económicas neoclásicas en estados neoconservadores, dado lugar al “neoliberalismo”.

nacimiento de la amenaza nuclear. La asociación entre ciencia y terror – y entre Estado y terror—mostró la faz oculta de la razón científica y fue necesario reconocer que las prácticas fundadas en el saber supuestamente objetivo no podían, no obstante, ser eximidas de una reflexión ética.

También en la posguerra se produjo, en occidente, la expansión de la idea de derechos, tanto humanos como sociales --éstos últimos ligados al desarrollo de los modelos keynesianos-- entre éstos los derechos al acceso igualitario a los servicios de salud. Por otra parte, el desarrollo económico-social y tecnológico complejizó la atención en salud multiplicando los dilemas y conflictos.

La bioética naciente no fue --de hecho no podía ser-- un pensamiento homogéneo. Giovanni Berlinguer señala: "...como toda área de pensamiento, la bioética está sujeta al debate ideológico. Estarán los eticistas progresistas y los eticistas reaccionarios" (1994, Pág. 13)

Una tendencia utilitarista subordinada a la creciente mercantilización de las prácticas en salud y fuertemente influida por la hegemonía de la lógica de mercado, derivó en una corriente centrada en la resolución de dilemas individuales de alta sofisticación, sin referencia a la dimensión colectiva de la salud.

Tal enfoque de la bioética, la puso al servicio de la toma de decisiones en la restricción del acceso a prestaciones médicas de algunos sectores sociales, fundamentándose consecuentemente en una filosofía utilitarista. Según A. Kenny (2005, Pág. 388) "en los debates actuales acerca, por ejemplo, de temas de ética médica, son los consecuencialistas los que llevan la voz cantante en el establecimiento de la política a seguir, al menos en los países de habla inglesa. Esto se debe a que hablan en términos de relación coste-beneficio, que los tecnócratas y los responsables políticos entienden intuitivamente..."

Hay ejemplos de este enfoque en el documento que sirvió de referente político-teórico de las reformas de salud orientadas por la lógica de mercado de los 90, el "Informe sobre el desarrollo Mundial 1993-Invertir en Salud" del Banco Mundial. En él se desarrolla un complejo sistema de medición de la eficacia en función de los costos de las intervenciones en la esfera de salud, utilizando como unidad de medida los AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad). La herramienta sirve para

decidir cuáles prestaciones se garantizan o no al conjunto de la población en los países en desarrollo. La construcción de este estadígrafo implicó “decisiones sobre supuestos éticos o preferencias sociales” (Pág. 93), por ejemplo: el valor relativo de cada año de vida y “las ponderaciones de discapacidad utilizadas para convertir la vida afectada por un caso de discapacidad a una medida común con la muerte prematura” (Pág. 93), o sea el grado de discapacidad en el cual se homologa valorativamente un discapacitado a un muerto. Según sus autores, el medir los costos en dinero y los beneficios en AVAD, permite “evitar asignar un valor monetario a la vida humana” (Pág.62).

La toma de decisiones sostenida de esta manera, justificaba la caída de la idea de derecho universal al acceso a las prestaciones en salud, salvo rigurosamente evaluadas excepciones: “...en circunstancias excepcionales puede valer la pena pagar costos marginales para ampliar la cobertura de una intervención a toda la población” (Pág. 66) pero sin romper el principio básico de que la eficacia en función de los costos sería la norma central de toma de decisiones en asignación de recursos en salud.

Por otro lado, en la corriente de pensamiento de la medicina social y el pensamiento crítico en salud, autores como Giovanni Berlinguer, propugnan una ética de la salud que trascendería la bioética limitada a la resolución de dilemas individuales, para abordar problemas sociales o colectivos como el acceso igualitario a los servicios de salud, o el problema de la creciente medicalización de la vida (Penchaszadeh, V.,1996).

Antes de volver sobre este eje, nos detendremos sobre la relación entre derechos, legislación y ética. Comencemos por señalar que es necesario reconocerlos como campos que interactúan y se intersectan.

Salud, derechos humanos, derechos sociales y leyes. La cuestión de la ciudadanía

“Los derechos humanos son una de las invenciones más sorprendentes y paradójicas de la modernidad.”

Marcelo Raffin (2006, Pág. 1)

“Tenemos, por lo tanto, dos concepciones absolutamente heterogéneas de la libertad, una concebida a partir de los derechos del hombre y otra percibida sobre la base de la independencia de los gobernados. Yo no digo que el sistema de los derechos del hombre y el sistema de la independencia de los gobernados son dos sistemas que se penetran, sino que tienen un origen histórico diferente y conllevan una heterogeneidad, una disparidad que, a mi entender, es esencial...”

Michel Foucault (1979 en publ.2007, Pág.61)

Adherimos a la idea de que los derechos humanos son un producto de la modernidad. Se trata de un constructo paradójico, en cuya creación está implícita una filosofía antropológica, es decir que implica una concepción de sujeto en cuya constitución se reflejan las condiciones de poder en que se produjo. Es así, que conlleva exclusiones “Esta subjetividad así concebida en la esfera de la ética, es catapultada al universo jurídico. Pero el discurso ético que provee los componentes del discurso jurídico esconde una voluntad de poder que lo revela como discurso político: traduce las ideas de aquellos que construyeron el mundo moderno. Se trata, *grosso modo* y con algunas excepciones, de europeos masculinos, mayores, blancos, burgueses y, por lo tanto, propietarios. De ahí que al principio, todas las otras formas humanas (formas no burguesas y no europeas), que no entran dentro de los estrechos límites del sujeto moderno así definido, hayan sido olvidadas, ignoradas y silenciadas como “exclusiones” de su definición...”(Raffin, M ;2006; Pág. 2). Volveremos posteriormente sobre este aspecto de la exclusión dado para referirnos a la situación de los pacientes psiquiátricos.

Lo paradójico estriba en que esta idea – la de los derechos humanos-- trascendió tal limitación para constituir , en la sociedad actual, un fenómeno de carácter jurídico, político y moral³, una praxis, un dispositivo y una idea fuerza que implica el sostenimiento de una serie de valores y se materializa en prácticas (Raffin, ob.cit.). En ellas se amplió la base de aquellos a quienes se ampara bajo su categoría. Esta ampliación de la idea-fuerza de derechos humanos producida en la posguerra fue una de las matrices en las que se asentarían las transformaciones de las prácticas psiquiátricas asilares en el período (Galende E, 1990)

³ Marcelo Raffin (ob.Cit. Pág.5) cita una serie de autores, entre ellos Eduardo Rabossi, para referirse a la noción de “cultura de los derechos humanos”.

La contracara de esta expansión es el planteo de la *excepción*, cuyo debate adquiere hoy particular vigencia⁴. Se trata de una operación de suspensión del orden jurídico en nombre del mismo. Giorgio Agamben (2004) define: "...el estado de excepción no es ni externo ni interno al ordenamiento jurídico, y el problema de su definición concierne precisamente a un umbral, o a una zona de indiferenciación en el cual dentro y fuera no se excluyen sino que se indeterminan. La suspensión de la norma no significa su abolición y la zona de anomia que ella instaura no está (o al menos no pretende estar) totalmente escindida del orden jurídico" (Pág. 59). Procede a señalar "...el significado inmediatamente biopolítico del estado de excepción como estructura original en la cual el derecho incluye en sí al viviente a través de su propia suspensión..."⁵ (Pág. 58)

La suspensión de derechos resultó paradigmática respecto de los "locos", pero también fue aplicada a mujeres, niños y otro tipo de sujetos en los estados liberales clásicos. La forma política que adquirió la asistencia brindada de esta manera fue la filantropía. La filantropía, según J. Donzelot (1977) es una estrategia despolitizante que ocupa una posición neurálgica equidistante entre la iniciativa privada y el estado en el establecimiento de servicios colectivos. Básicamente consiste brindar asistencia sin que la misma sea considerada producto de un derecho o lo genere. La estrategia filantrópica sustituyó con formas de poder positivo las antiguas formas de poder de soberanía (volviendo al eje de la biopolítica) y fue reemplazada por la lógica redistributiva en los estados sociales.

Curiosamente en el plano del debate hay un avance conceptual y crítico cuya brecha con las prácticas se profundiza. En algún texto anterior hemos afirmado "nunca como en esta época ha sido tan notable la tendencia a la objetivación del otro y, simultáneamente, nunca la humanidad ha producido tal cantidad de formulación de derechos, de bases conceptuales para la constitución de un "sujeto de derecho" (Stolkiner A., 2001, Pág. 127).

Suponemos que en la tensión generada entre la expansión de la idea de derechos y su anulación, se manifiesta un antagonismo central de nuestra época: el planteado

⁴ Asistimos al retorno del debate sobre la legitimidad de la tortura y la suspensión de derechos (tanto de individuos como de naciones) en nombre del "bien", en la doctrina Bush.

⁵ Análisis que el autor aplica a la puesta entre paréntesis de cualquier tipo de derechos de los prisioneros supuestos de ser terroristas, en la doctrina Bush y que podemos afirmar sería extensible a la Doctrina de Seguridad Nacional aplicada por las dictaduras de América Latina en los 70.

entre objetivación o subjetivación. El término objetivación es utilizado aquí como equivalente a “cosificación”, a la renegación de la dimensión de persona⁶.

Sostendremos que la tendencia a la objetivación condice con un rasgo estructural inherente la forma mercantil de la sociedad, tal como lo desarrolla Marx al abordar el fetichismo de la mercancía (Marx, 1975, Cáp. 7). Se trata de ese curioso efecto estructural por el cual aparecen “relaciones propias de cosas entre personas y relaciones sociales entre las cosas” (Pág. 91). En la extrema mercantilización de nuestra época todo lo que tiene sentido para la vida humana --e inclusive la vida humana misma o sus órganos-- pueda adquirir “situación mercantil” (Appadurai, A.; 1991)⁷ o sea, ser colocado en el lugar de “cosa”, objetivado.

Relacionando la objetivación y la mercantilización en el campo de la salud afirma Giovanni Berlinguer (1996, Pág. 40) “... la medicalización de la vida, una expresión que fue muy usada en los años 50, como crítica hacia la tendencia de la medicina a ocupar y usurpar los lugares y los tiempos más cruciales de la existencia humana, se entrelaza ahora con la mercantilización de la medicina, con la tendencia a transformar en mercadería o dinero cada parte del cuerpo y cada acto aplicado a la vida y a la salud”

Dimos este rodeo para vincular la categoría derechos con el polo de subjetivación. La ampliación de la idea-fuerza de derechos humanos a todos los humanos (valga la redundancia) choca antagónicamente hoy, con la tendencia creciente a que todas las esferas de la vida sean subsumidas a la lógica de la acumulación y producción de rentabilidad y ganancia. Esto conlleva el intento de legitimación, en algunas oportunidades, de vulnerar los derechos humanos en nombre de su defensa, procedimiento que se coloca en la esfera biopolítica de la excepción.

Los derechos humanos como idea-fuerza se intersectan con los derechos en cuanto soporte de formas garantizables por la sociedad por vía del estado, los así llamados derechos sociales, y con el debate sobre los mismos. Berlinguer (1994) recuerda la necesidad metódica de diferenciar “dos aspectos entrelazados entre sí, pero distintos

⁶ Recordemos que jurídicamente persona es quien amerita derechos.

⁷ Arjun Apparudai define la “situación mercantil en la vida social de cualquier cosa “...como la situación en la cual su intercambiabilidad (pasada, presente o futura) por alguna otra cosa se convierte en su característica socialmente relevante” Pág. 29

en su origen por su constitución ética y su forma de actuar: el derecho a la salud en su propio sentido y el derecho a la asistencia sanitaria en caso de enfermedad” (Pág. 62)

El derecho a recibir atención en salud, se funda en los derechos humanos pero forma parte operativa de los así llamados derechos sociales (que algunos colocan genealógicamente en una segunda generación de derechos), ligados a los modelos de estados keynesianos o estados sociales y a los sistemas universales de cobertura en salud, tal como se expanden en la posguerra.

En la literatura bioética no existe una posición unívoca en cuanto al derecho a la salud. Autores que se inscriben en las corrientes filosóficas y éticas del liberalismo más ortodoxo niegan la validez de un derecho de tal índole (por ejemplo Nozick o Sade, Engelhart) y lo colocan en el lugar de un derecho negativo, otros lo restringen a un “mínimo decente” (Fried, Buchanan, entre otros) (Comes y Stolkiner, 2003). Por lo contrario el reconocimiento del derecho a la atención en salud de manera positiva, implica un accionar destinado a ello para garantizarlo dado que se lo considera una responsabilidad social. Con fundamento en las diversas concepciones, las herramientas constitucionales y legales difieren, obviamente, entre países. Dentro de ellas se inscriben las específicas que hacen a los pacientes mentales.

Un último punto a señalar es el referente al concepto de ciudadanía en cuanto conjunto de derechos atribuidos al individuo frente al estado (Fleury, S, 1994) y la aparición del concepto de “ciudadanía social”, este último ligado a los derechos universales positivos en el proceso de configuración de las políticas sociales del keynesianismo.

Nos detendremos para señalar una paradoja que excede este trabajo: el garante de derechos, el estado, puede funcionar simultáneamente como el brazo ejecutor de la excepción. La forma máxima de expresión de esto es el terror de estado. Junto con el estado moderno han nacido las representaciones de derechos y se han instituido las formas institucionales que los deniegan, tal el caso de las formas asilares manicomiales. La salida de esta paradoja es la introducción de un tercer término: los actores o fuerzas sociales. Esta última salvedad nos introduce al tema de las instituciones de salud mental, su permanencia, su cambio y también su increíble capacidad de permanencia en la –o a pesar de-- transformación.

Del manicomio a la atención comunitaria: reflexiones sobre ética

“No habrá muros de circunvalación que oculten el horizonte, ni nada que despierte la idea del encierro, y así la *ilusión de libertad* será completa”

Domingo Cabred⁸

“La desinstitucionalización prometía un tratamiento más humano; sin embargo el etiquetamiento psiquiátrico y el recetar al por mayor drogas psicotrópicas y tratamientos coercitivos continúan detrás de las paredes de los centros de salud mental de la comunidad”

Fred Masten (Asociación de Ex pacientes de USA- 1980)

No reiteraremos, en este texto, el desarrollo teórico que muestra en qué medida la institución asilar manicomial estuvo ligada al nacimiento de los estados modernos, y también la esfera política del nacimiento de la psiquiatría (M. Foucault, 1967). Sólo señalaremos, someramente, que en tal institución se legitimó la privación de derechos en nombre de la imposibilidad de ejercicio del libre albedrío. Denegado como sujeto de derechos el internado era, a su vez, objetivado en la maquinaria científico-médica. La aparición de las políticas en salud mental en la posguerra, -- como parte de políticas de salud en estados que se planteaban una acción positiva en relación al derecho universal a recibir asistencia -- inició un proceso de paulatino desmantelamiento de los soportes jurídicos e institucionales de estos establecimientos en los países desarrollados. Como mostraremos luego, el iniciar un proceso de reforma y desinstitucionalización no necesariamente suprime la lógica objetivante contenida en lo manicomial, aunque es un paso indispensable para ello.

Cuando Irving Goffman acuñó el concepto de *institución total* señaló los complejos mecanismos de engranaje institucional por los cuales “...transformarse en un paciente es ser transformado en un objeto que puede ser “trabajado” – aunque en el caso, la ironía estriba en el hecho que, después de eso, hay poco trabajo para hacer...” (Goffman, E., 1987). Entre esos mecanismos hay muchos que el autor encuentra también en otras instituciones, entre ellas los campos de concentración. Se trata de maquinarias de destitución subjetiva destinadas no sólo a operar sobre aquellos que

⁸ Cabred Domingo *Discursos sobre asilos y hospitales regionales en la República Argentina* (Ley 4953) p.26 Citado por Hugo Vezzetti 1985. El subrayado es nuestro.

se encuentran en ella sino también a producir y reforzar sentido en el conjunto de la sociedad.

Nos detendremos antes, para preguntarnos sobre la capacidad de persistencia de algunas instituciones. En la segunda mitad del siglo XX tendieron a desaparecer los hospitales de internación prolongada por enfermedades infecciosas, particularmente los de tuberculosos, al descubrirse los antibióticos. Pese a ello, sobreviven cinco leprosarios en la Argentina, uno de ellos, el “Baldomero Sommer”, a pocos kilómetros de la capital en general Rodríguez. No alteró su permanencia el descubrimiento de que la lepra es un enfermedad de difícil contagio y para la cual hay cura, y en esos institutos se pueden ver formas avanzadas y deteriorantes de la enfermedad que no se ven en los pacientes tratados ambulatoriamente. Cabe preguntarse ¿porqué habría entonces de extrañarnos la sobrevivencia de las grandes instituciones asilares manicomiales y la posibilidad de ver en ellas formas de la evolución deteriorante de la “enfermedad mental” que no se observan en los pacientes atendidos ambulatoriamente? Analizar las razones complejas de su persistencia es indispensable para producir los cambios, a su vez estas razones y fuerzas sólo se desinvisibilizan cuando los cambios comienzan a suceder.

Según el informe mencionado del CELS/MDRI (2007) existen 25.000 camas psiquiátricas en el país, de las cuales las dos terceras partes son de dependencia estatal. De éstas el 75% pertenecen a instituciones con más de 1000 camas y en las que el 80% son ocupadas por personas cuya internación supera el año. Algunas de estas instituciones son paradigmáticas en la medida en que nacieron con la fundación del estado nación y parecen tener, más allá de todo cambio, un núcleo irreductible.

Cabe mencionar que en la Argentina ha habido momentos en que se profundizaron proceso de reforma o se construyeron experiencias alternativas. También que hay provincias, el caso de Río Negro o San Luis, que han emprendido procesos de ejecución de políticas de salud mental a nivel local. Curiosamente, algunos de los procesos de cambio surgieron o surgen del interior de esas mismas instituciones⁹. En otros casos aparecen experiencias con fuerte contenido crítico que operan dentro o desde ellas¹⁰. También existen aisladas experiencias locales cuyo desarrollo parece deberse a la perseverancia en el proceso de transformación de prácticas hegemónicas

⁹ Tal el caso del proceso de descentralización del Hospital Psiquiátrico Colonia Cabred.

¹⁰ El Frente de Artistas del Borda o la Radio “La Colifata” son algunos ejemplos.

en salud mental de actores o protagonistas singulares así como a la confluencia de esta perseverancia con coyunturas particulares.

En todos los casos la ética, entendida como reflexión sobre el reconocimiento del otro como sujeto y por ende de su autonomía¹¹ debe ser llamada a formar parte de las propuestas de reforma de las prácticas en salud mental. Las reformas deben ser procesos ético-políticos y no sólo técnicos. Al reconocerlas como procesos sociales complejos Paulo Amarante (2007) define en la atención psicosocial distintas dimensiones: teórico conceptual, jurídico política, técnico asistencial y sociocultural. De estas se desprende según el autor, que al elaborar un programa o cualquier tipo de intervención se deben contemplar simultáneamente aspectos científicos, éticos, políticos e ideológicos.

En los textos y elaboraciones sobre los procesos de reforma psiquiátrica coexisten dos discursos (con variantes): uno de ellos, de claro corte tecnocrático, propone una modernización de la asistencia en la que se reemplazan establecimientos de internación prolongada por reinserciones centradas en el esfuerzo de los grupos familiares y el trabajo voluntario. En este discurso lo comunitario –nunca cabalmente definido desde una teoría de lo social— es un recurso que acompaña el seguimiento del paciente, cuyo tratamiento reconoce un eje central en la psicofarmacología y las actividades psicoeducativas, conjuntamente con la preparación de la familia para convivir con “la enfermedad”. Fuertemente ligadas a las políticas de salud cuyo objetivo es la ampliación del mercado y la reducción del gasto o responsabilidad social, este tipo de propuestas asocian con la interpretación de la atención primaria de la salud “selectiva” (Cueto, 2004) equiparada a un primer nivel esencial de prestaciones para pobres.

El trabajo de revertir lo manicomial excede el cierre de establecimientos e interpela como analizador al sistema de salud en su conjunto y a la capacidad inclusiva de la sociedad. Luego de años de reforma de la asistencia en salud mental en el Reino Unido, y luego de las transformaciones que la mercantilización de su sistema universal de salud introdujo (Pollock, 2004) una evaluación sobre la situación de los pacientes atendidos ambulatoriamente lleva a una investigadora a afirmar: “las personas con problemas de salud mental, están experimentando la peor de las exclusiones de

¹¹ Utilizamos el término autonomía como capacidad de operar en el campo de las propias determinaciones y circunstancias, diferenciándolo de la lectura idealista del concepto de libertad.

cualquier grupo de nuestra sociedad. La inclusión parcial no es inclusión de ninguna manera” (Dunn, S; 2000, Pág. 9)¹².

En el otro discurso, el eje central está puesto en la restitución de la condición de sujeto de derecho de los pacientes, coincide con la APS desarrollada con un enfoque de salud y derechos humanos (OMS, 2005). En esta orientación, las propuestas – sin dejar de tener componentes técnicos — son fundamentalmente procesos de planeamiento estratégico en los que se ponen en juego los actores del campo y en donde se convoca un enfoque de abordaje centrado en la persona –recuperando el sentido jurídico¹³ --más rico conceptualmente que el psicológico-- del término. Se trata de incorporar las así llamadas “enfermedades mentales”¹⁴ en el concierto de las enfermedades crónicas de asistencia ambulatoria a la vez que se reconoce cualquier tipo de enfermedad como una particular “forma de andar por el mundo” que reclama la aceptación de la diversidad.

La articulación entre la Atención Primaria de la Salud en su acepción más amplia y la Salud Mental (Stolkiner y Solitario, 2007) propugna una tendencia a la integración de las prácticas de salud y, a su vez, a la articulación con políticas sociales más amplias por lo que conlleva una lógica de ciudadanía social.

Finalmente queríamos dejar abierta una pregunta y una reflexión sobre la ética en la práctica clínica, tema que no hemos abordado en este trabajo. Se trata de inquirir si es posible separar la dimensión individual de la institucional y colectiva en la reflexión ética.

¹² Traducción nuestra

¹³ Ed un sentido jurídico la persona es entidad capaz de derechos y obligaciones

¹⁴ En entrecorillado de “enfermedades mentales” no es porque neguemos su carácter de enfermedad sino por la resistencia a usar una categoría dualista de “lo mental”.

BIBLIOGRAFÍA

Agamben, Giorgio:

- “Profanaciones”, Adriana Hidalgo Editora, Buenos Aires, 2005.
- “Estado de Excepción”, Adriana Hidalgo Editora, Buenos Aires, 2ª. Edición. 2005

Amarante, Paulo: “Saude Mental e Atenção Psicossocial”, Editora Fiocruz, Brasil, 2007.

Apparudai Arjun: “La vida social de las cosas-perspectiva cultural de las mercancías” Ed. Grijalbo, México 1991.

Bayon, Silvia (2000): “*Las locas en Buenos Aires. Una representación Social de la locura en las mujeres en las primeras décadas del siglo XX*” en el libro “La Política Social antes de la Política Social”, Compilador José Luis Moreno, Trama Editorial/Prometeo, Buenos Aires, 2000.

Berlinguer, Giovanni: “Ética de la Salud” Lugar Editorial, Buenos Aires, 1996.

Bueno Gustavo: “Principios y reglas generales de una Bioética materialista” disponible en <http://www.cuadernos.bioetica.org/doctrina8.htm> (25 de febrero de 2008)

Centro de Estudios Legales y Sociales y Mental Disability Rights Intenational: “Vidas Arrasadas-La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en la Argentina”. Buenos Aires 2007

Castel, Robert: “El Orden Psiquiátrico - La Edad de Oro del alienismo” Ediciones de La Piqueta, Madrid. 1980.

Comes Yamila y Stolkiner Alicia: “Reforma y Equidad: El concepto de Derecho a la Atención en Salud en documentos político técnicos de las agencias intervinientes en la reforma nacional del sistema de salud estatal sanitario argentino. Período 1990-2003” XI Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA, 2003

Cueto, Marcos (2004): “The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care” American Journal of Public Health | November 2004, Vol 94, No. 11

Donzelot, Jaques: "La policía de las familias" Ed. Pre-Textos, Valencia, 1979

Dunn Sara: "All the lonely people" en Health Matters Issue 38, Winter 1999/2000 Page 9, London.

Foucault Michel:

- "*Naissance de la biopolitique*", resumen del Curso en el Colegio de Francia (1978-9), publicado en "Annuaire du Colege de France", Paris, 1979. Pp 367-372.], traducción de Fernando Álvarez-Uría, *Archipiélago*, núm. 30, págs. 119-124 <http://www.nodo50.org/dado/textosteoria/foucault1.rtf> (23 febrero 08)
- "Historia de la Locura en la Época" Clásica. México: Fondo de Cultura Económica. 1967
- "Nacimiento de la Biopolítica" Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2007.

Galende, Emiliano:

- "Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica" Ed. Paidos, Buenos Aires, 1990.
- "De un Horizonte Incierto-Psicoanálisis y Salud Mental en la Sociedad Actual". Ed. Paidos, Buenos Aires, 1997.

Galende, E y Kraut, A. (2006): "El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos". Lugar Editorial, Buenos Aires

Goffman, Erving: "Manicômios, prisoes e conventos" Editora Perspectiva, Brasil, 1987.

Fleury, Sonia: "Estado sem Cidadãos-Seguridades Sociale na America Latina" Editora FIOCRUZ; Río de Janeiro.1994

Masten, Fred: "*Críticas al Sistema de Salud Mental: la necesidad de los expacientes de organizarse*" en el libro "Manicomios y Prisiones- Aportaciones Críticas del I Encuentro Latinoamericano y V Internacional de Alternativas en Psiquiatría -

Cuernavaca octubre de 1981” compiladora Silvia Marcos, Red Ediciones, México 1983.

OPS/OMS (2005): “Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas” Washington.

Penchaszadeh, Victor: “*Prólogo*” del libro “Ética de la Salud” autor: Giovanni Berlinguer, lugar Editorial, Buenos Aires ,1996

Pollock, Allyson M.: “NHS plc: The Privatisation of Our health Care” Ed. Verso, London, 2004.

Kenny Anthony: “Breve historia de la filosofía occidental” Ed. Paidós, 2005, Buenos Aires.

Lacan Jaques: “El Seminario – Libro 7: La ética del Psicoanálisis” Paidós, 1997.

Marx, Karl: “El Capital-Crítica de la economía Política” Editorial Siglo XXI, 4ª Edición, 1975.

Raffin Marcelo: “La experiencia del Horror: Subjetividad y derechos humanos en las dictaduras del Cono Sur” Editores del Puerto, Buenos Aires, 2006.

Stolkiner, Alicia:

- “*Antagonismo y violencia en las formas institucionales de la época*” en el libro “Pensando la Institución” Comp. Cecilia Moise-Rosa Mirta Goldstein, Ed. El Escriba, Buenos Aires 2001.
- “Prácticas en Salud Mental”, Revista Investigación y Educación en enfermería, Vol. VI, No 1, Marzo de 1988, Medellín.
- “Nuevos Enfoques en Salud Mental”. XIV Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. Buenos Aires, Septiembre de 2003

Stolkiner, Alicia - Solitario, Romina: “*Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*”, en “Atención Primaria de la Salud: Enfoques Interdisciplinarios”. PAIDOS, Buenos Aires.2007

Vezzetti, Hugo: "La locura en Argentina", Ed. Piados, Buenos Aires, 1985.