

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

TESIS

**GESTIÓN DEL MODELO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE
ADULTOS CON ALTERACIONES MENTALES EN EL SISTEMA
PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

AUTOR: ANA MARÍA MORASSO

DIRECTOR: EDUARDO SCARANO

PRESENTADA EN NOVIEMBRE DE 2016

AGRADECIMIENTOS

Mi sincero agradecimiento a quienes contribuyeron a la realización de este trabajo:

A la familia Lorenti, por su apoyo incondicional y contención en los momentos más difíciles durante la realización de este trabajo.

A Luján Pérez Meyer por la verificación y discusión del análisis estadístico de los datos.

A Magdalena Ponce por el cuidado y corrección de la redacción final.

Al los Dres. Aníbal Areco y Cecilia Pozzo.

A la profesora Nelly Christman por su asesoramiento.

A la memoria de mi esposo, Dr. Aníbal Cobanera.

Mi respeto y consideración a las personas con padecimientos mentales.

ÍNDICE

Índice de Cuadros, Tablas y Gráficos	II
Abreviaturas	IV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
Delimitación de la investigación	7
CAPÍTULO II	
Construcción histórico-social del significado de <i>salud mental</i>	41
CAPÍTULO III	
Evolución de la gestión del modelo asilar	83
CAPÍTULO IV	
La gestión de la desinstitucionalización	104
CAPÍTULO V	
Diagnóstico de la gestión de la externación en la provincia de Buenos Aires	158
CAPÍTULO VI	
Modelo de gestión de la externación para la desinstitucionalización	204
CONCLUSIONES	242
BIBLIOGRAFÍA	256
ANEXOS	

ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS Y GRÁFICOS

Cuadros

I. Análisis de situación: fortaleza, impacto	195
II. Diagnóstico de situación interna y evaluación externa de los CSMC	202

Tablas

1. Relación pacientes institucionalizados/en proceso de externación	167
2. Concurrentes a los CSMC, según informante clave	168
3. Composición de la muestra	168
4. Edad de los usuarios, distribución por CSMC	168
5. Procedencia, distribución por CSMC	169
6. Patología psiquiátrica, distribución por CSMC	170
7. Años de permanencia en el sistema de internación de salud mental	171
8. Años de permanencia en el sistema de internación preingreso. Centro Pre Alta	172
9. Años de permanencia en el sistema de internación preingreso. Centro P. Rivière	173
10. Años de permanencia en el sistema de internación preingreso. Centro F. Basaglia ...	173
11. Reingresos a la institución de internación, distribución por CSMC	174
12. Reingresos a la institución de internación. Centro Pre Alta	175
13. Reingresos a la institución de internación. Centro P. Rivière	175
14. Reingresos a la institución de internación. Centro F. Basaglia	176
15. Años de permanencia en los CSMC	176
16. Nivel educativo de los usuarios, distribución por CSMC	179
17. Antecedente laboral según nivel educativo, distribución por CSMC	180
18. Antecedentes laborales-condición laboral actual, distribución por CSMC	181
19. Condición laboral actual, según nivel educativo	182

Gráficos

1. Relación pobreza-alteraciones mentales	9
2. Modelo americano: estructura organizacional y trayectos del paciente	112
3. Modelo italiano: estructura organizacional y trayectos del paciente	117
4. Modelo francés: estructura organizacional y trayectos del paciente	120
5. Modelo español: estructura organizacional y trayectos del paciente	126
6. Modelo chileno: estructura organizacional y trayectos del paciente	129

7. Modelo brasileño: estructura organizacional y trayectos del paciente	132
8. Modelo uruguayo: estructura organizacional y trayectos del paciente	134
9. Modelo argentino: estructura organizacional y trayectos del paciente	138
10. Edad de los usuarios, todos los CSMC. 2014	169
11. Años de permanencia en el sistema de internación de salud mental. 2014	172
12. Cantidad de reingresos para todos los CSMC. 2014	174
13. Años de permanencia de los usuarios. Centro Pre Alta. 2014	177
13.1. Años de permanencia de los usuarios. Centro Pichón Riviere. 2014	177
13.2. Años de permanencia de los usuarios. Centro Basaglia. 2014	178
14. Nivel educativo de los usuarios de todos los CSMC. 2014	180
15. Propuesta de intervención, niveles y fases	210
16. Nivel Prealta. I Fase Inicial	225
17. Nivel Prealta. II Fase Final	239

ABREVIATURAS

ACRI	Asistencia de Crisis Psiquiátricas
AP	Atención Primaria
APS	Atención Primaria de la Salud
ASSE	Unidades Asistenciales Especializadas
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
CAPS	Centro Asistencial Psico Social
CIDH	Comisión Internacional de Derechos Humanos
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento
CSM	Centro Comunitario de Salud Mental
CSMC	Centro de Salud Mental Comunitaria
COSAM	Centros Comunitarios de Salud Mental
D	Discapacidad
DIGESA	Dirección General de Salud
DSM	Servicios Públicos de Salud Mental
ESM	Equipos de Salud Mental
GCF	Grupos Comunitarios de Familias
GLP	Grupos Laborales Protegidos
HIGAC	Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos
IAMC	Institutos de Asistencia Médica Colectiva
IESP	Instituto de Estudios Económicos, Sociales y Psicosociales
IPROSS	Instituto Provincial de Seguro de Salud
MSBA	Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
MOHO	Modelo de Ocupación Humana
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ORG	Organización
PNSM	Plan Nacional de Salud Mental
POSM	Plan Objetivo de Salud Mental
PREA	Programa de Rehabilitación y Externación Asistida
RS	Región sanitaria
TPEE	Taller Protegido Especial para Empleo
TPP	Taller Protegido Especial
TSO	Tratamientos Sanitarios Obligatorios

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de la salud mental, si bien tienen un bajo impacto en la mortalidad, constituyen una prioridad sanitaria de la sociedad postmoderna, en Argentina y en la provincia de Buenos Aires.

Los trastornos mentales tienen grandes repercusiones económicas, directas e indirectas, incluido el costo de los servicios así como en la calidad de vida. En el 2000 las alteraciones mentales y neurológicas representaban un 12 % del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Se prevé que estos valores incrementen para 2020 un 15 %, siendo una característica universal que sólo una pequeña parte de los actualmente afectados recibe algún tipo de tratamiento.

Este trabajo describe un grupo de trastornos comunes que muestran un alto grado de discapacidad, entre los que se encuentran los trastornos depresivos, la esquizofrenia, los trastornos por abuso de sustancias, el retraso mental entre otros, y fue común encontrar dos o más trastornos mentales en una persona.

Afectan en mayor grado a grupos poblacionales pertenecientes a niveles socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos y sólo una minoría recibe la atención efectivamente, mientras otros son atendidos por médicos generalistas, no obstante la magnitud del sufrimiento y estigmatización que los trastornos producen.

La perspectiva histórica determina que el término salud mental y los modelos de atención han experimentado transformaciones y muestra que su uso depende de coordenadas teóricas específicas con diferentes niveles de adhesión, progreso, permanencia y transferencia a la práctica.

La decisión política, como tendencia mundial, de implementar el cambio institucionalización-desinstitucionalización marcó otro hito histórico en la evolución del modelo asilar, como la iniciada en países desarrollados o los posteriores en países latinoamericanos como Argentina.

La variabilidad del comportamiento en los diferentes modelos —propia de las características culturales de cada país— más que un problema de las ciencias de la salud, puede atribuirse tanto a variables de la organización como a la composición del grupo decisorio.

Si bien no existe un modelo de desinstitucionalización universal, la rehabilitación psiquiátrica y la reinserción social de los pacientes con alteraciones mentales tienen bases científicas, que no deberían desconocer los planificadores de los sistemas de desinstitucionalización y de su gestión.

Esta dificultad de conocer científica e integralmente el problema y de planificar una solución conlleva a una crítica sobre la acumulación de códigos diagnósticos, aparatos organizativos y a los pobres resultados o beneficio social como retorno de la inversión en recursos utilizados para el cambio.

El objetivo principal de esta tesis es comprobar empíricamente la baja efectividad de los programas de desinstitucionalización de adultos con alteraciones mentales en el sistema público de la provincia de Buenos Aires, y diseñar una alternativa que aumente el valor giro programa¹ y propicie la reinserción social.

Esta alternativa propone la creación de nuevos dispositivos, nuevas prácticas y estrategias superadoras, más eficaces y eficientes para conservar al paciente en su comunidad respetando sus derechos y no el mero cierre de los hospitales psiquiátricos.

Este cambio de óptica consiste en el inicio de acciones para desmontar la relación problema-solución tendencialmente óptimo o el restablecimiento de la normalidad plena por la búsqueda de una normalidad satisfactoria de criterio de variables.

Es así como la ruptura del paradigma clínico racionalista de las instituciones existentes se refiere a la traslación de la investigación causal problema-solución a otra de posibilidad-probabilidad con el rediseño y conversión de los medios existentes para reconstruir la complejidad del paciente internado a la reproducción social sustentable del adulto externado.

Para el logro de este propósito, se considera necesaria una intervención práctica que retroceda en la cadena de determinaciones normativas, de definiciones científicas y de las estructuras institucionales clásicas y que reformule estas organizaciones para la atención de la salud mental de manera que constituyan un medio para la implementación del cambio cuyo impacto será el mejoramiento del desarrollo humano de las personas reinsertadas en la comunidad.

Se promueve entonces orientar la solución hacia estrategias que consideren el problema a través de una revisión crítica sobre los modos de ser de la terapia tradicional.

Como respuesta a esta ruptura se propone la incorporación del director administrativo o consejo de administración y de un proceso administrativo que gestione las anomalías estructurales y negocie los problemas interdepartamentales o en los límites de la organización entre las partes internas y las externas fuera del alcance de la organización. Esta incorporación posibilitaría reemplazar la toma de decisiones basadas en la costumbre o en la tradición por la metodología de la ciencia administrativa que permita conducir a una organización, operativizar su comportamiento y transformar su realidad para el logro del objetivo propuesto con características de sustentabilidad.

¹ Es el valor, en términos cuantitativos, que expresa el número de egresos en un período dado. Permite visualizar la intensidad de uso de los recursos involucrados en el programa de externación.

Este proyecto considera que una gestión correcta de la desinstitucionalización implica tres etapas esenciales, aunque esta investigación abordó las dos últimas:

- Prevención y control de ingresos injustificados a las instituciones de internación
- Reintegro a la comunidad de pacientes institucionalizados, debidamente preparados, a largo plazo
- Establecimiento y mantenimiento de sistemas de apoyo para pacientes no institucionalizados

Para conseguir el objetivo principal este trabajo se introducirá en la temática de la gestión de la desinstitucionalización de adultos con alteraciones mentales en el sistema público de la provincia de Buenos Aires.

Resulta, en parte, una descripción de la situación actual de los enfermos psiquiátricos y en especial de los logros de la desinstitucionalización, de los nuevos enfoques legales, y desde un abordaje cuali-cuantitativo de los diferentes problemas en un momento cambiante de la realidad y de las prácticas jurídicas, ya que —en el orden local y nacional— se sancionaron leyes que promueven una modificación de la situación de estos pacientes.

Por otra parte, mi interés por el tema se acrecienta en un ámbito donde los protagonistas son los actores sociales más desvalidos y que, si bien existen estructuras judiciales aptas para velar por los derechos humanos de estas personas, su situación parecería desconocerse.

Los procesos operados por las organizaciones descriptas para la externación de pacientes con alteraciones mentales necesitan responder a sus entornos socioeconómicos cambiantes e inciertos, sin embargo, esas organizaciones no resuelven los problemas tanto de situaciones inusuales o contingentes como de las ordinarias o repetitivas.

Los actores involucrados en estas instituciones mostraron diferentes construcciones preceptuales de un mismo escenario y un diferente ordenamiento y priorización de objetivos e intereses. Sus decisiones no sólo fueron el resultado de sus propios procesos mentales sino de la influencia del grupo organizado al cual pertenecen.

Esa diversidad deviene en conflictos de intereses a la hora de la gestión de un proyecto, que requerirá de un proceso de comunicación con información y argumentos que permita construir consenso y definir el campo del mismo, con la consideración del carácter de consenso construido, es decir acotado, provisorio y con conflictividades latentes no resueltas según los datos relevados en el modelo observado.

Se encontró una contradicción en los diferentes modelos observados para compatibilizar el control del rendimiento con la autonomía de las diferentes divisiones, situación que induce a continuar con estas divisiones como sistemas cerrados, instrumentales de la sede central donde los responsables de las actividades dependen de más de un coordinador y se

desempeñan en más de un subproyecto al mismo tiempo con funciones simultáneas pero sin conseguir resultados aceptables.

La salud mental es un valor humano fundamental y en el caso de los pacientes institucionalizados, tutelados por el Estado, es obligación de éste la protección de los derechos sociales mediante la promoción de acciones de inclusión social y laboral de estos colectivos.

Las intervenciones que permitan mejorar la gestión de las organizaciones y una redistribución de los recursos existentes posibilitaría el acercamiento a este objetivo final. Para los decisores políticos parecería que los problemas relacionados con la salud mental no son prioritarios ni importantes, a pesar de la evidencia científica sobre la carga que representan los problemas mentales para la sociedad de un país.

En este trabajo se realizó un estudio epidemiológico que se consideró un instrumento básico de la evaluación *ex ante* para la gestión de la desinstitucionalización, como método propio de trabajo que incluye la comprensión del problema, la reorganización del proceso, para la planificación, para una cuidadosa distribución de los recursos, personal, equipamiento necesario y la evaluación de los resultados.

Este trabajo formula en el capítulo I el problema objeto de estudio, se describe el aporte y la importancia de la investigación desde los ejes psicosocial, económico y jurídico como fundamento del enfoque principal desde la gestión de organizaciones para la reinserción psicosocial de adultos con alteraciones mentales institucionalizados.

En el capítulo II se describe el recorrido histórico de los procesos salud-enfermedad y la psiquiatría, caracterizando tanto la conceptualización de la alteración como la perspectiva de la gestión clínica en determinados momentos históricos, períodos o situaciones sociales que dieron lugar a la reorganización de criterios, formas de conceptualización y análisis del fenómeno.

El desarrollo de la evolución histórica de las organizaciones para la atención de la salud mental permitió conocer sus continuidades, rupturas y la comprensión de las perspectivas del saber y la práctica psiquiátrica.

El recorrido lineal de la sucesión de etapas pretendió la búsqueda de la dirección que orientó el establecimiento de diferentes concepciones sobre el significado del modelo de enfermedad y el impacto en la concepción actual y en la gestión de la desinstitucionalización en la Argentina.

El capítulo III incluyó una revisión de la gestión del modelo asilar mediante la descripción de la institucionalización psiquiátrica, con el objetivo de identificar el significado de la Institucionalización, las características básicas y evolución histórica de la gestión de estas organizaciones para la asistencia de la salud mental.

La descripción de la concepción teórica y de las estrategias de desarrollo de los modelos de externación con el propósito de cambiar el paradigma locura-peligrosidad-encierro, descrito en el capítulo IV, siguió una secuencia temporal en los países de Occidente y de diferentes experiencias en Latinoamérica.

Este relevamiento y descripción fue considerado representativo e importante para conocer las claves del proceso de la reforma psiquiátrica y el impacto en la desinstitucionalización en la provincia de Buenos Aires.

Las fallas de planificación como proceso central en la formulación de estrategias, o en el rediseño de la estructura como paso previo para poner en práctica estas estrategias; constituyen un común denominador de los modelos descritos en el este capítulo.

Se analizaron los aspectos comunes dentro de la variabilidad, propia de las características culturales de cada país, así como el diseño organizacional, la planificación y operación de las estrategias que se consideraron como variables de impacto en el diseño del modelo propuesto en este trabajo. Se señalaron las áreas comunes críticas de la gestión de los diferentes modelos.

En el capítulo V se expone la metodología, los resultados y el análisis de situación del modelo operado en la actualidad que permita formular un diagnóstico basal de la gestión de la externación en la provincia de Buenos Aires.

El abordaje se realizó con técnicas empíricas tanto cuantitativas como cualitativas. El análisis cuantitativo consideró la variabilidad individual y permitió inferir características generales a través de datos singulares o individuales de la muestra estudiada.

La investigación con método cualitativo interpretativo completó la caracterización. Consistió en la descripción de las variables objeto del estudio, que a través de encuestas semiestructuradas, buscaron la percepción y la explicación que los involucrados tienen de su realidad.

Los resultados permitieron identificar datos contextuales para contrastar las hipótesis formuladas con hechos reales.

En el capítulo VI se describe la propuesta de intervención como diseño de un nuevo modelo de gestión para la desinstitucionalización. La intervención, del tipo de una tecnología social fragmentaria, propone un rediseño de los procesos con la revisión de los recursos disponibles para alcanzar mejoras en medidas críticas como la disminución del valor giro-paciente en el programa para la externación con reinserción social.

El modelo seleccionado fue considerado como la mejor solución disponible en la situación actual, según la condición bio-psico-social de los pacientes y ambiental del universo de trabajo, referido a la situación de las organizaciones.

Se establecieron prioridades entre las necesidades y grupos etarios a incluir en el modelo, las alteraciones mentales agrupadas por grupos relacionados por diagnóstico (DRG) y la estrategia de los servicios a ofrecer.

Se especificó la integración de otros servicios como seguridad social, educación y las intervenciones públicas en materia de vivienda y empleo así como la coordinación entre ellos.

Las funciones y procesos propuestos en las diferentes subunidades de los niveles fueron considerados como elementos relativos de la decisión en la búsqueda de un denominador común, concebido como medio para el logro del objetivo final: la rehabilitación para la reinserción social.

Se incluyó la evaluación de la estructura, de los procesos de implementación, de los fundamentos de las actividades incluidas en el proyecto. Esta modificación supone un replanteo situacional en tal grado que el cambio se pueda implementar, controlar y evaluar.

Así mismo se realizará la evaluación *ex post* de los futuros resultados a través de indicadores cuali-cuantitativos tales como la descripción del recurso humano como personal operativo y de los responsables de la ejecución del modelo en los diferentes niveles y fases.

La propuesta está destinada a cubrir una necesidad insatisfecha: la reinserción sociolaboral del adulto con alteraciones de la salud mental. Contempla un cambio en la planificación del proceso de producción, orientada a aumentar la eficacia de los servicios definidos (externación sustentable por reinserción sociolaboral) con características de validez y reproductibilidad aplicable al universo de la población adulta con alteraciones de la salud mental institucionalizada en el sector público.

CAPÍTULO I

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El concepto *salud* no puede definirse hoy como una categoría absoluta, objetiva e inmutable. La enfermedad mental no debería ser observada desde el dualismo cartesiano; por lo tanto, las dificultades de definición se deben a la imposibilidad de atribuirle un valor definitivo, invariable y universal.

La persistencia de diferentes representaciones sociales, así como la diversidad de modelos explicativos —psiquiatría, modelos psicoanalíticos, sociogenéticos, psicológicos, comunitarios, etc.— hace inviable un criterio de definición unívoco. El abordaje, sobre todo en el campo del diagnóstico, presenta problemas metodológicos.

En efecto: la salud mental, la salud física y el funcionamiento social son componentes esenciales de la vida humana estrechamente relacionados e interdependientes. (Cabral de Mello, Bornemann y Levav, 2001)

La salud mental comunitaria en América Latina se implementó de manera insuficiente, con la coexistencia de dispositivos comunitarios y asilares; la orientación de servicios es inadecuada y la calidad de la atención es deficitaria. (Rodríguez, 2009, pp. 77-82)

El estudio de la desinstitucionalización de adultos con alteraciones mentales requiere el abordaje del concepto salud mental, es decir a qué se hace referencia cuando se habla de salud o enfermedad mental, cómo inciden las alternativas de atención existentes frente al problema de la alteración mental institucionalizada, a qué se hace referencia cuando se habla de *desinstitucionalización* y cuál es la situación de la salud mental en Argentina y en la población de referencia, la provincia de Buenos Aires.

Este trabajo considera a las categorías de salud y enfermedad mental como expresión de problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento, como construcciones culturales y sociales históricamente determinados con una carga valorativa explicativa de lo normal y lo patológico variable según el contexto y de acuerdo a enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, concepciones filosóficas, morales y de los modelos médicos vigentes y predominantes.

En Argentina, así como en el resto de América Latina y el Caribe, la salud mental no se ha considerado por lo general prioritaria en las agendas gubernamentales. En el nivel de la decisión política se ha pensado que estos problemas no son importantes o que hay muchos otros para priorizar. Por lo tanto el desarrollo de la atención y mucho más la rehabilitación debió enfrentar limitaciones y dificultades.

Las enfermedades mentales afectan en mayor grado a grupos poblacionales pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos y sólo una minoría que requiere atención la recibe efectivamente, no obstante la

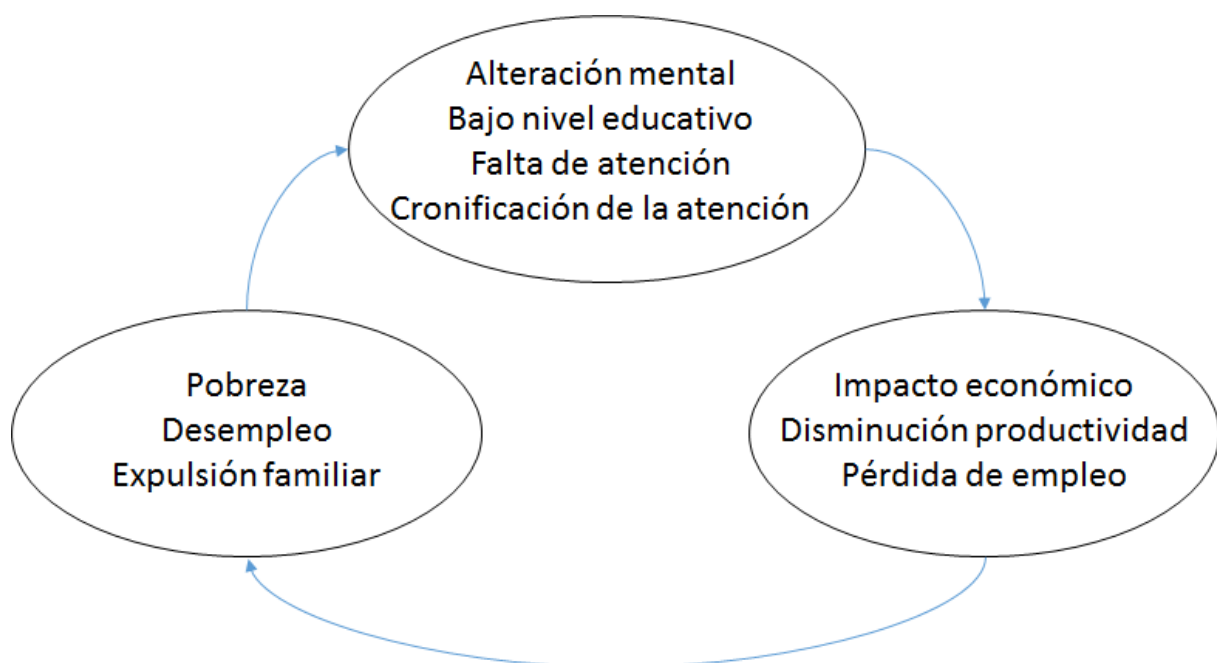
magnitud del sufrimiento que los trastornos producen. Estos generan costos relacionados con el tratamiento a largo plazo y con la pérdida de productividad, retroalimentando así el circuito de la pobreza. (World Health Organization, 2013a)

Factores macrosociales y macroeconómicos impactan en la salud mental. Es evidente que los problemas sociales impactan en la salud mental, por lo tanto, la atención de ésta debe ir, desde la planificación inicial, entramada con procesos de inclusión social y ubicación laboral.

Las políticas gubernamentales tienen influencia sobre muchos de estos factores y pueden tener efectos tanto negativos como positivos. Así las personas más pobres, las desempleadas o con precariedad en las situaciones laborales condicionan un efecto negativo para la salud mental. La urbanización no planificada y la carencia de vivienda adecuada trastocan los modelos tradicionales de vida familiar, aumentando la vulnerabilidad.

Paradójicamente esta situación provoca una revalorización de la cama psiquiátrica y los pacientes en su mayoría o sus familiares, rechazan ser externados, aunque estén en condiciones de recibir el alta médica como se representa en el gráfico N° 1.

Gráfico N° 1. Relación pobreza-alteraciones mentales



(Fuente: elaboración propia)

Frecuentemente la familia del discapacitado mental no puede resolver sus múltiples necesidades, más aún cuando está organizada bajo el modelo productivista, constituyendo uno de los primeros anillos del sistema de opresión social (Kraut, 2006, p. 68).

En estas circunstancias es necesario crear vínculos con instituciones con capacidad de prestar asistencia en la provisión de alimentos, solución de problemas de vivienda, trabajo y seguridad social. Ministerios e instituciones locales pueden actuar, por coordinación intersectorial, como intermediarios en la provisión de estos recursos.

La salud mental es un valor humano fundamental por lo tanto la protección de los derechos sociales, en el caso de los pacientes institucionalizados tutelados por el Estado, constituye una obligación de éste, mediante la promoción de acciones de inclusión social y laboral de estos colectivos.

La rehabilitación en salud mental constituye un problema sociocultural para la comunidad y socio sanitario para las organizaciones de salud. Factores de orden científico, socioeconómico, políticos y culturales modifican algunas de las nociones clásicas de la psicopatología y de los recursos de asistencia psiquiátrica.

La rehabilitación es una parte del proceso de reinserción social, con integración de niveles y no una actividad disociada y posterior al tratamiento. Deberá considerar la reconstrucción de los derechos de ciudadanía y un progresivo reconocimiento, ejercicio y práctica y que su carencia constituye una causa significativa y no una consecuencia de la enfermedad mental.

Las prácticas de rehabilitadoras no deberán “llenar” el tiempo o ser exclusivamente tutelares que impidan la generación de capacidades; deberán incluir estrategias operativas que, en forma conjunta, promuevan la actualización y modificación de la legislación vigente, la reconversión de recursos económicos y humanos disponibles para las instituciones monovalentes, la capacitación profesional, social que conduzcan al logro de la autonomía personal. (Rotelli, 2014, pp. 14-15)

El descubrimiento de los fármacos antipsicóticos de la década de los cincuenta, los progresos de las neurociencias así como los cambios sociales en el ámbito de los derechos humanos tuvieron consecuencias importantes, la sociedad comenzó a percibir a las personas con alteraciones de su salud mental.

Apareció entonces, en oposición a un sistema hospitalocéntrico de atención para la enfermedad mental, un movimiento de desinstitucionalización que promovió la reintegración de los pacientes a la comunidad. Los dispositivos creados al efecto orientan sus objetivos no solo a la estabilización clínica sino a la rehabilitación y reintegración social.

La experiencia demostró que el centro del tratamiento no debería cerrarse en la rehabilitación sino en una recuperación integral que mejore su calidad de vida, conservando o recuperando su lugar en la comunidad como sujetos de pleno derecho.

Esta recuperación no significa la curación de las diferentes patologías, sino un proceso continuo que requiere el desarrollo de mecanismos de resiliencia en el sujeto para alcanzar una vida con la mayor cercanía a la normal de su cultura.

La terapéutica empleada en el ámbito de la salud mental —entendida como un sistema de teorías, normas, desde el paradigma problema-solución que vincula el diagnóstico al pronóstico, conduce a una solución tendencialmente óptima— constituye una primera práctica que desmiente este paradigma racionalista.

Al final de la cadena de causalidad, la enfermedad mental continúa indeterminada e indefinida y la cronicidad es su consecuencia, desmintiendo este paradigma desde que asume la forma de manicomio como institución psiquiátrica.

Así la psiquiatría se revela como un lugar de ocultamiento, de descarga de la pobreza, o de disturbio social que administra en su interior lo residual de la lógica problema-solución y se constituye de hecho en el límite con otras instituciones como la medicina, la justicia y la asistencia. (Rotelli, 2014, pp. 30-34)

Las discapacidades resultantes de la enfermedad mental, con variaciones interpaciente, derivan de los síntomas primarios de la enfermedad, las respuestas individuales y las restricciones externas.

Los factores sociales que influyen sobre la rehabilitación psiquiátrica y la reinserción social de las personas con padecimientos mentales, incluyen una vivienda digna, el mayor o menor estigma hacia la enfermedad mental en la comunidad de su entorno, el impacto del trabajo social que reciben y la calidad de vida.

Los sentimientos de vergüenza y la estigmatización son variables que inciden negativamente y uno de los motivos de que muchos enfermos no tengan un diagnóstico ni tratamiento. El aislamiento social se asocia con un pronóstico desfavorable, por lo tanto aquellas con relaciones sociales más amplias tienen menor probabilidad de ser institucionalizados.

Un número importante de reinternaciones se produce por las discapacidades sociales y laborales y la falta de motivación de los pacientes, que generan dificultades para conseguir y mantener un empleo y de reinsertarse en la comunidad.

La reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina se propone ante la existencia de hospitales ineficaces y económicamente ineficientes. (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1990). La prohibición de la creación de nuevos manicomios, instituciones monovalentes pública o privada se promueve en la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657/2010, capítulo VII, artículo 11).

La interacción de factores como falta de estigma, condiciones de la organización y gestión de servicios, intereses de laboratorios farmacéuticos, corrupción dentro de los grandes hospitales y colonias psiquiátricas pueden ser consideradas como los principales obstáculos para llevar a cabo el proceso de desinstitucionalización.

Las deficiencias en los departamentos o servicios de salud mental o la adscripción a la normativa, prevención y promoción en la mayoría de los países privan a esos sectores de toda injerencia en el desarrollo de servicios.

La realización de estudios epidemiológicos es la base para la planificación y la acción en salud mental y permite definir una base realista y cuidadosa de la población como los recursos, personal y equipamiento necesarios. Un grave error de gestión es suponer que todas las comunidades son iguales o que tienen igual preparación para un momento dado.

Los programas de externación operados en la actualidad añaden unidades adicionales de factor variable, trabajo, aplicadas a una cantidad fija de recurso físico, capital y otros factores. El producto (paciente reinsertado sociolaboralmente) disminuye, aunque aumente la cantidad total expresada como actividades realizadas por cada uno de los factores trabajo incorporados; se determina un bajo rendimiento marginal frente a las limitaciones biosociales.

La reintegración como propósito de estos programas es un ideal deseable, pero aún no realista para todos; no es factible sin crear previamente instituciones que les permitan rehabilitar a los individuos afectados tanto sin estrategias y planes de acción, sin entrenamiento del personal a afectar y sin la reglamentación de leyes necesarias, como sin disponer los recursos para ello.

Un segundo problema es que los fenómenos mentales requieren una reflexión multidisciplinaria, con una real interdependencia de enfoques, los que hasta la fecha, aun con intentos aislados, suelen actuar sectorialmente desde diversos paradigmas científicos y distintos criterios asistenciales.

Las reformas psiquiátricas iniciadas en la década de los sesenta evidencian rasgos críticos comunes:

- Los programas de deshospitalización se orientaron a una reducción de la institucionalización, en parte reorganizados bajo la lógica de *revolving door* con un aumento complementario de las altas y recaídas o logrando un traspaso a otras residencias por tiempos prolongados conocido como transinstitucionalización.
- Los servicios territoriales extrahospitalarios contribuyen a la internación en vez de sustituirla.

La división macroscópica entre el modelo médico, el de la ayuda social y el de la psicología, basados en una alta especialización de los servicios y fragmentación, produjo una compartimentación total con ausencia de enlaces entre las diferentes disciplinas.

Este modo de funcionamiento, especializado y selectivo, provoca en las personas usuarias de los programas un desplazamiento entre las diversas competencias, con alto riesgo de abandono o recaídas causales de una nueva cronicidad.

- El sistema de desinstitucionalización funciona como un circuito de alimentación recíproca, un mecanismo en espiral que alimenta los problemas y los reduce a la categoría de nuevos crónicos.

Si bien casi todos los pacientes son rehabilitables en mayor o menor grado, es fundamental diferenciar la rehabilitación de la reubicación, ya que no todos los pacientes son reubicables en la sociedad en forma autónoma.

En la provincia de Buenos Aires se describió una permanencia en programas de externación —expresado como valores promedio y desviación estándar— de 3.02 (2.90) años. (Morasso, 2010, p. 64)

La interacción de estas condiciones con la organización y la gestión de los servicios generan costos relacionados con el tratamiento a largo plazo y con la pérdida de la productividad, retroalimentando así el ciclo de la pobreza.

La desinstitucionalización tiene como objetivo la creación de nuevos dispositivos, nuevas prácticas y estrategias superadoras, más eficaces y eficientes para conservar al paciente en su comunidad respetando sus derechos y no el mero cierre de los hospitales psiquiátricos.

La imposibilidad de conocer el problema y de planificar una solución conlleva a una crítica sobre la acumulación de códigos diagnósticos, aparatos organizativos y a la inversión de la solución.

Este cambio de óptica consiste en el inicio para desmontar la relación problema-solución tendencialmente óptima o restablecimiento de la normalidad plena, así como hacia una intervención práctica que retroceda en la cadena de determinaciones normativas, de definiciones científicas, de las estructuras institucionales clásicas, orientando la solución hacia estrategias indirectas e inmediatas que consideren el problema a través de una revisión crítica sobre los modos de ser de la terapia tradicional.

La ruptura del paradigma clínico racionalista de las instituciones existentes se refiere a la traslación de la investigación causal problema-solución a otra de posibilidad-probabilidad para reconstruir la complejidad de la reproducción social del paciente.

La innovación en la creación de nuevos procesos es necesaria para evitar la transinstitucionalización o tránsito de los pacientes fuera de la institución sin cambios en su rutina, o la deshospitalización con la salida del paciente a la calle en un intento de libertad no sustentable.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la efectividad de los programas de desinstitucionalización de adultos con alteraciones mentales en el sistema público de la provincia de Buenos Aires, para diseñar una alternativa que aumente el valor giro programa y propicie la reinserción social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el rendimiento de los programas existentes, medido por el tiempo de permanencia de los usuarios.
- Evaluar costos y beneficios sociales para comparar tendencias presentes con las modificaciones resultantes del nuevo diseño.
- Diseñar un nuevo modelo de gestión para la desinstitucionalización de pacientes con alteraciones mentales en sistema público de la provincia de Buenos Aires.

HIPÓTESIS

El diseño de modelos de desinstitucionalización de complejidad progresiva para ser operados en el sistema público de la provincia de Buenos Aires —con inclusión laboral y adquisición de unidades habitacionales para adultos en condiciones de alta que hubieran cumplido el nivel de prealta— acorta la permanencia en los programas y será facilitador de la inclusión sociolaboral de los usuarios.

La reestructuración de la gestión a través de mecanismos de coordinación intersectorial permitiría la intermediación para la provisión de recursos para la solución del problema habitacional, el regreso a actividades educacionales y laborales acordes a su condición clínica, así como la seguridad social para la defensa efectiva de los derechos de las personas con padecimientos mentales.

La gestión de programas en organizaciones complejas, con tecnología de gestión, aplicada a la salud, permitiría una planificación con reordenamiento técnico financiero para encontrar una cantidad óptima de mano de obra interdisciplinaria dedicada a la producción de externaciones con reinserción sociolaboral sustentable, reduciendo el período de permanencia para permitir la inclusión de nuevos usuarios al sistema.

DESCRIPCIÓN DEL APORTE

Se pretende llegar a un diseño con características de validez y reproductibilidad aplicable al universo de la población psiquiátrica del sector público que, por sus características intrínsecas, no tiene acceso al mercado laboral.

El aporte de la propuesta está destinado a cubrir una necesidad insatisfecha, la reinserción sociolaboral del adulto psiquiátrico. Contempla un cambio en la planificación del proceso de producción orientada a aumentar la eficacia de los servicios definidos (externación sustentable por reinserción sociolaboral) y a la evaluación del proceso.

El reordenamiento técnico financiero para la gestión de programas de complejidad progresiva —con inclusión laboral y adquisición de unidades habitacionales para adultos con alteraciones mentales en condiciones de alta— permitirá aumentar el rendimiento marginal, medido por la permanencia, previa a la reinserción sociolaboral.

El modelo propuesto deberá incluir nuevos criterios de admisión. El cumplimiento del nivel de prealta, como preingreso a los programas de externación, permitirá el ingreso al sistema que el modelo productivista define como “normalidad”, con las exigencias y tensiones propias de la sociedad postmoderna.

La enfermedad mental, como cualquier otra enfermedad crónica (cardíaca, pulmonar, neurológica), logra en la recuperación un punto de equilibrio sujeto a cambios, que requiere la incorporación en el modelo de asistencia y control permanentes.

Este diseño, como proyecto social debe enfrentar costos durante varios años antes de la producción de beneficios; por lo tanto, el cálculo del valor actual neto (VAN), permitiría traducir costos actuales y beneficios futuros a una misma unidad monetaria y ser un insumo técnico para priorizar alternativas.

La evaluación de costos y beneficios sociales directos o indirectos (externalidades), posibilitará comparar tendencias presentes con las modificaciones que ellas sufrieran como resultado de operar el proyecto.

La aplicación del concepto de Cadena de Valor como metodología de diagnóstico *ex ante* y *ex post*, a un programa de salud, permitirá evaluar los flujos positivos y negativos que cada uno de los eslabones de gestión produce. (Porter, 1999, pp. 51-57)

La reducción del ciclo de permanencia en el programa y la reducción de los costos permiten la inclusión de nuevos usuarios en condiciones de ser admitidos.

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Los trastornos mentales, si bien pueden tener un impacto menor en la mortalidad, constituyen un problema sanitario en crecimiento siendo una de las cuatro prioridades junto con el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes, y muestran un alto porcentaje en la discapacidad.

A nivel de los decisores políticos o de un número considerable de grupos sociales se ha pensado que los problemas relacionados con la salud mental no son prioritarios ni importantes, a pesar de la evidencia científica sobre la carga que representan los problemas mentales para la sociedad de un país.

Las contradicciones intraorganizacionales, los cambios en su ambiente psicosocial, económico y político aumentan la brecha del desempeño organizacional. Los decisores responsables de la utilización de un modelo de externación como alternativa elegida para la desinstitucionalización, actúan en entornos inciertos, con información incompleta, contradictoria.

Su implementación basada en la demostración histórica de su utilidad, en el valor de los datos análogos de otros contextos, conduce a la repetición de fracasos, aumento de los costos y la necesidad de una gestión que permita dividir el proceso de toma de decisión entre especialistas con conocimiento de estos entornos, aumentan la probabilidad de éxito y justifica la implementación.

Este razonamiento sitúa a esta investigación en el conocimiento de tres ejes: psicosocial, económico organizacional y jurídico.

Eje psicosocial

La situación muestra hoy que los trastornos neurológicos y mentales representan en el mundo el 13 % de la carga global de la enfermedad, alcanzando en la región 22.2 %, y experimentan un acelerado crecimiento si se compara con el 12 % de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) alcanzado en 2001, proyectando un aumento del 15 % para 2020. En Argentina estos valores alcanzan el 27.5 %. (Cohen, 2009, p. 78)

La depresión es un problema cada vez más frecuente y se está colocando como un importante problema sanitario y social, con un elevado impacto en la economía de los países afectados. Abarca no sólo la actividad de la psiquiatría sino también de los médicos generalistas y constituye el segundo o tercer motivo de consulta.

La depresión se ha impuesto como malestar íntimo principal y relevante para comprender la singularidad de la época, de la individualidad de la sociedad postmoderna y de los

dilemas que ésta plantea. Resultados de investigaciones sostuvieron que no es un descubrimiento actual de un trastorno mental perenne sino un síntoma de las mutaciones de las percepciones subjetivas. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, pp. 13-14)

Su afianzamiento como patología, o como denominación de uso generalizado para referirse a diferentes situaciones y estados de ánimo, se relaciona con la sustitución de modos disciplinarios de gestión de las conductas por modelos normativos que incitan a la iniciativa individual. Por lo tanto, no es una conducta extraña que esta sociedad, con normas que no se fundan en la disciplina y la culpabilidad sino en la iniciativa y la responsabilidad, reconozca y difunda un malestar específico.

La depresión es el envés patológico de las nociones propias de aquel modo de subjetivación: una enfermedad de la responsabilidad en la que domina el sentimiento de insuficiencia, marcadora de la impotencia de vivir y que tiene como expresión la tristeza, la astenia, la inhibición, la dificultad para emprender la acción.

El cambio producido en relación a las normas, articuladoras del orden social y de las experiencias subjetivas en los modos disciplinarios, por un modelo de organización social y subjetiva centrado en la realización personal, produce una transformación de problemáticas (subjetivas, morales, psicológicas) de la individualidad apreciable en diversos ámbitos de la vida como el familiar, la organización de empresas, la educación y el ocio.

La depresión como categoría y como problema socio subjetivo medicalizado tiene que ver con el declive del conflicto como núcleo central del sujeto en el siglo XIX. Amenaza a individuos aparentemente emancipado de prohibiciones, pero atravesado por el dilema de lo posible y lo imposible.

Para entender la depresión como “un mal del fin de siglo” supone vincularlo a cambios normativos profundos de los modos de vida de la sociedad.

La brecha entre las personas con alteraciones de la salud mental y aquellas que logran acceder a un tratamiento adecuado es grande. En países desarrollados entre el 35.5 y el 50.3 % de las personas afectadas no tienen acceso y en los países en desarrollo estos valores varían significativamente entre el 76.3 a 85.4 %. (World Health Organization, 2004)

Si se toma en cuenta la depresión que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar como causa de morbilidad, las estimaciones para el 2020 la ubican en el segundo y, junto con el alcoholismo constituirán los problemas más importantes a resolver en el campo de la salud mental, con un elevado impacto en la economía de un país. (Rodríguez, 2009, p. 77)

La transición epidemiológica, los cambios en la estructura poblacional, con una expectativa de vida más alta aumentan la probabilidad de ocurrencia de problemas mentales propios de la adultez. (Kohn *et al.*, 2005)

En Argentina la expectativa es 73.77 años, siendo para varones 70.04 y para mujeres 77.54; en la provincia de Buenos Aires ésta alcanza valores de 73.99 (varones 70.02,

mujeres 78.03). Las proyecciones en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010, estiman que para 2030 será 76.90 y 83.29 para varones y mujeres, respectivamente. La tendencia diferencial entre ambos sexos se irá reduciendo y para 2040 los valores mostraran un achicamiento de la brecha, 78.44 para varones y 84.72 para mujeres. (INDEC, 2013)

Un informe del Banco Mundial proyectó para el 2015 un aumento del 28 % de la población total para América Latina y el Caribe, alcanzando cifras de 622 millones de personas (OPS, 2009). El aumento poblacional más rápido se observará en las personas de edad más avanzada. La población de 60 años y más aumentará en más de un 60 % y la comprendida entre 15 y 49 años de edad, que corre el mayor riesgo de sufrir problemas mentales en la edad adulta, aumentará en 22 %. (World Bank, 2002)

Eje económico-organizacional

La salud mental está influida por factores sociales, económicos y de las organizaciones.

Los recursos destinados a los programas de salud mental no son adecuados ante la insuficiente planificación, organización y distribución para responder a la carga que significan los trastornos mentales y la consecuencia de tal situación es la brecha en cuanto al tratamiento.

Alrededor del 90 % del presupuesto en salud mental se destina al modelo manicomial de los grandes hospitales psiquiátricos, ubicados en los grandes centros urbanos, que atienden una fracción del problema en términos de cobertura.

Las claves y estrategias para afrontar las brechas de tratamiento son la descentralización de los servicios y el fortalecimiento del área de salud mental desde la atención primaria (AP), de manera que los equipos del nivel primario sean capaces de resolver muchos problemas simples y comunes de tipo psicosocial.

La discontinuidad y los automatismos de los sistemas burocratizados atentan contra la formulación de una demanda orgánica y revelan que los expertos no tienen ofertas ni demandas explícitas y priorizadas.

El 75 % de los países latinoamericanos tienen plan de salud mental; sin embargo los índices de implementación son bajos: más de un 50 % de los países tienen valores de implementación menor al 50 %. Una evaluación realizada sobre 19 países latinoamericanos encontró que 8 tienen una implementación de sus planes entre un 25 % y un 50 %, y 3 están por debajo del 25 %. (Kohn *et al.*, 2005)

Los programas operados en la actualidad añaden unidades adicionales de factor variable, trabajo, aplicadas a una cantidad fija de recurso físico, capital y otros factores. El producto

(paciente reinsertado sociolaboralmente) disminuye aunque aumente la cantidad total expresada como actividades realizadas por cada uno de los factores trabajo incorporados.

Esta producción en equipo es el resultado de la cooperación de diferentes agentes, o bien los diferentes recursos no están en poder de una misma persona. Esta situación dificulta la medición de la contribución individual de cada uno, o sea la contribución marginal al producto final (paciente con reinserción socioeconómica), y eleva la probabilidad de aumento de los costos marginales del proceso de producción.

En organizaciones de salud del sistema público esta es una situación propicia para estos comportamientos *free rider* donde cada uno de los agentes hace lo menos posible contando con el trabajo de otro. Este oportunismo sumado a la imposibilidad de la medición entre las partes determina como efecto secundario el riesgo moral.

Los pacientes ingresados a los programas en desarrollo realizan talleres grupales para la recuperación de las habilidades perdidas por la cronicidad de la internación, que incluyen higiene personal, manejo del dinero, esparcimiento, rehabilitación terapéutica ocupacional para promover recursos que faciliten la autogestión de los centros.

Estas actividades insumen un tiempo de permanencia en los programas que disminuyen el rendimiento, expresado como tiempo de reinserción.

La incorporación del sistema educativo al sector salud —escuela primaria y Educación General Básica (EGB) para adultos— fuera del hospital según las condiciones de diagnóstico y cognitivas, mejorarían la adaptación al medio y la posterior reinserción laboral.

- **Análisis del comportamiento en las organizaciones**

Toda actividad humana organizada requiere dos condiciones, fundamentales aunque opuestas, como la división del trabajo entre varias personas y la coordinación de actividades dirigidas a la consecución de un producto final con características de eficacia y eficiencia.

Henry Mintzberg comprende a la estructura organizativa como “el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas y su posterior coordinación”. (Mintzberg, 1993, p. 2)

Los mecanismos de coordinación fueron considerados por el autor como el aglutinante o “*continuum* de complejidad” que mantiene unida a la organización, así como la planificación y el control parámetros que normalizan los resultados.

Así mismo sus hipótesis de congruencia y de contradicción serían explicativas de la eficacia de una organización: la primera, afirma que las organizaciones eficaces adaptan los atributos internos a los factores de la situación; la segunda sostiene que se deben combinar y dirigir fuerzas contradictorias para ser eficaz. (Mintzberg, 1993, pp. 2-20)

La dimensión conceptual teórica concibe a la organización como un complejo diseño de comunicaciones y demás relaciones que existen en un grupo de seres humanos. Este diseño proporciona a cada uno de los integrantes del grupo de una parte importante de la información, de los supuestos, objetivos y actitudes que entran en sus decisiones así como una serie de expectativas fijas y comprensibles de lo que los demás integrantes del grupo están haciendo y de cómo reaccionarán ante lo que el grupo dice y hace. (Simon, 2011, pp. 17-23)

Desde esta dimensión se concibe a la empresa como una organización dinámica y cambiante que debe dar respuestas en base a sus capacidades y a las transformaciones del contexto. Se distinguen dos conceptos que se diferencian:

- La empresa como organización, lugar de coordinación de agentes, grupos con identidades, intereses y objetivos personales, aún cuando deben cooperar unos con otros
- La empresa como institución, lugar de gestión de conflictos y de los intereses de los agentes, en contextos históricos definidos

¿Cuál es la naturaleza de las relaciones y la posición de los individuos y grupos aplicado al ámbito de las instituciones para la atención de la salud mental? ¿Cómo distinguir las relaciones entre los agentes internos y externos de la organización?

“Las organizaciones son sistemas de acciones coordinadas entre individuos y grupos cuyas preferencias, información, intereses y saberes difieren. La teoría de las organizaciones describe la conversión delicada del conflicto en cooperación, la movilización de los recursos y la coordinación de los esfuerzos que facilitan la supervivencia simultánea de una organización y sus miembros”. (March y Simon, 1993)

Esta definición es clave y explícita la hipótesis de la pluralidad de agentes, los problemas de coordinación y la compatibilidad de los componentes individuales.

Herbert A. Simon, como defensor de los comportamientos reales de los agentes, se opone al punto de vista de la economía industrial tradicional defendida por Edward S. Mason, como al de los neoclásicos quienes sustentan la hipótesis que un comportamiento de maximización vale en función de la pertinencia de las teorías económicas que se deducen de ella (Coriat y Weinstein, 2011, p. 30)

La posición del autor implica un cambio de óptica, ya que mientras para Milton Friedman o Mason la teoría del comportamiento está subordinada a la teoría de los mercados y de los precios, consideración ésta objeto del análisis económico, para Simon los comportamientos de los agentes constituyen en sí un objeto de análisis esencial.

Las hipótesis del modelo racional conciben un conocimiento de todas las opciones posibles para el agente; un conocimiento completo de todas las consecuencias de las opciones o la capacidad de poder calcularla; una certeza perfecta de la evaluación presente

y futura de esas consecuencias, cualquiera fuese su diversidad, reduciéndolas a la utilidad esperada como único indicador.

Su crítica al conjunto de hipótesis de lo que califica como “teoría de la racionalidad omnisciente” no puede dar cuenta de procedimientos efectivos de toma de decisión por tres razones, trasladables al ámbito de la salud:

- La incertidumbre de los tratamientos y la información imperfecta no pueden ser comprendidos por los métodos de la decisión estadística.
- Los límites de las capacidades de cálculo de los agentes tornan imposible la decisión óptima por la imposibilidad del recuento del conjunto de acciones posibles y sus consecuencias.
- Las situaciones de interdependencia estratégica en competencia oligopólica, no permite a los agentes evaluar las consecuencias de sus actos sin librarse de las conjeturas sobre las acciones de los otros.

Al existir incertidumbre y riesgo como variables significativas en la realidad de la atención de la salud en general y mental en particular, todas las características singulares de esta organización se derivan de la prevalencia de incertidumbre. La información o conocimiento se convierte en un bien que tiene un costo de transmisión y uno de producción; por lo tanto, dados estos costos, esta información se concentrará en los que puedan beneficiarse en mayor medida con su posesión y así lo que se compra a la mayoría de los profesionales de la salud es información bajo la forma de cuidados especializados, en este trabajo rehabilitación para la externación de adultos con alteraciones mentales.

Debido a la existencia de estos costos, medidos en unidad tiempo, de su utilidad o dinero, es razonable esperar que la información no esté distribuida de manera natural entre toda la población, sino que estará concentrada en aquellos en los que puedan beneficiarse con su posesión. Pero la demanda de información es de difícil análisis en un contexto de comportamiento racional de empleo convencional.

En atención de la salud, el comprador de información desconoce rigurosamente y en la mayoría de las veces, el valor de ésta, ya que si sus conocimientos le permitiesen medir el valor de la información a adquirir, ya tendría esa información. Una característica diferencial de los servicios de salud es que esta demanda tiene su origen en acontecimientos inestables, irregulares e impredecibles. En realidad lo que el paciente compra a la mayoría de los profesionales de la salud es, precisamente, información bajo la forma de cuidados especializados; en este trabajo, rehabilitación para la externación de adultos con alteraciones mentales.

La violación de una de las condiciones necesarias para la existencia de un equilibrio competitivo tiene como consecuencia inmediata la disminución del nivel de bienestar por debajo del obtenible con los recursos y la tecnología disponible. Las características

estructurales especiales en la producción de cuidados médicos representan en gran medida intentos de superación de la suboptimalidad de la no comerciabilidad de muchos de los riesgos así como de la comerciabilidad imperfecta de la información.

Estos rasgos institucionales de característica compensatoria y la búsqueda de beneficio máximo explicarían el comportamiento no competitivo del mercado de los cuidados de la salud, y que, a su vez, constituye una barrera adicional a la optimalidad.

Estos cuidados pertenecen a la categoría de bienes en los que el producto y la actividad de producción son idénticos y simultáneos. El paciente no puede probar el producto previo a la consumición y aparece entonces un elemento de confianza en la relación paciente-profesional. Si bien las restricciones morales y éticas impuestas para los profesionales de la salud son mucho más estrictas que las que afectan a otros profesionales en los que la satisfacción del interés individual es una norma de conducta aceptada, el imperio de estas normas no es tan rígido en la práctica como en la teoría y resulta difícil aceptar que no ejerza influencia en la asignación de recursos en la actividad.

La incertidumbre en cuanto a la calidad del producto resultante de la producción del servicio de atención de la salud es más intensa que en cualquier otro bien o servicio. La recuperación de una enfermedad es tan impredecible como su incidencia. La situación diferencial respecto a otros bienes es que en el caso de éstos el individuo tiene una probabilidad alta de aprender de su propia experiencia o de la ajena respecto de estos bienes.

En el caso de una enfermedad grave o con una alta valoración de la gravedad por el paciente o su entorno, la incertidumbre debida a la inexperiencia se suma a la dificultad intrínseca de precisión. La magnitud de la incertidumbre medida en términos de variabilidad de la utilidad es, en casi todos los casos, mayor en los casos de enfermedades graves que en la adquisición de otro bien como un auto, un bien de lujo etc., a pesar de que los gastos originados por el consumo de este tipo de bienes es mucho menos frecuente que la incertidumbre residual puede ser importante.

La incertidumbre tiene en este caso una característica especial, ya que afecta de forma diferente en la transacción a cada una de las partes. La complejidad del conocimiento médico o el de las ciencias de la salud hace que la información que estos profesionales poseen en cuanto a los efectos, consecuencias y posibilidades de tratamiento es necesariamente mucho mayor que la que tienen quienes la padecen. Ambos son conscientes de esa asimetría de la información y aunque siempre existe una desigualdad de información entre productor y consumidor referida a los procesos de producción, en la mayoría de los casos el comprador puede comprender tanto casi como el productor la utilidad del producto. (Arrow, 1981)

Simon concibe una racionalidad “procedimental” o racionalidad “limitada”, según los casos, más que sustantiva y sustituye el principio de maximización por el de satisfacción, centrando en los procedimientos de la decisión más que en los resultados de la decisión.

Los objetivos y los medios utilizables en las organizaciones no son considerados como dados a priori, sino como objeto de búsqueda de los agentes. Esta situación conduce al estudio de los procesos de toma de decisión considerando la situación como compleja.

Este enfoque se acentúa en los procesos de aprendizaje, de resolución de problemas y de elaboración de reglas desde una concepción “conductista” en oposición al “determinismo” de la situación de la teoría neoclásica. (Latsis, 1972)

La complejidad de los procesos de decisión desde la lógica de la racionalidad limitada se basa en la sustitución de objetivos generales abstractos por metas intermedias (*subgoals*) observables y mensurables, o la división del proceso de decisión entre varios especialistas que forman parte de la organización. La gestión que permita dividir el proceso de decisión entre varios especialistas integrados constituye uno de los procedimientos relevantes de la lógica de la racionalidad limitada. (Simon, 2011, pp. 226-234)

Las organizaciones complejas enfrentan grupos con intereses múltiples. En ellas los procesos de toma de decisión atraviesan una serie de mediaciones, de las cuales resultará una serie de consecuencias, que conciernen no solo a la maximización de un objetivo único, sino a un intento de hacer compatibles varios objetivos en la búsqueda de satisfacción de los grupos intervinientes. (Cyert y March, 1963, p. 34)

Desde el marco del análisis conductista sobresalen tres puntos de vista:

- Las organizaciones son instituciones complejas con coalición de grupos con un destino común, pero que maniobran siguiendo objetivos propios en defensa de sus intereses y refuerzo de su poder y prestigio. (Mintzberg, 2000, pp. 253-265)

- La organización es el lugar de toma de decisión y aprendizajes colectivos de las posibilidades que ofrece una estructura organizacional dada, con la finalidad de mejorar su eficacia, es decir favorecer las modalidades de tomar decisiones más rápidas y menos costosas. El objetivo general sólo puede expresarse a través de una serie de subobjetivos que sufren la presión de intereses dentro de la organización. Los teóricos evolucionistas insisten en la importancia de la “rutinas” dentro de las empresas para enfrentar cambios e incertidumbre.

- El funcionamiento de la empresa supone un “sesgo gerencial” y “un presupuesto discrecional” para conducir las negociaciones internas y los arbitrajes como medio de aceptación grupal de los objetivos. Esta situación comparable al “defecto burocrático” de las empresas públicas es atribuida a las restricciones de funcionamiento y pérdidas de eficiencia inherentes a toda organización compleja.

La diferencia de productividad observada a partir de resultados empíricos pasó a ser objeto de teorización: “diferencias en la calidad interna de la organización” que Harvey Leibenstein atribuye a la existencia de un factor distinto de los factores tradicionales de la teoría estándar (el capital y el trabajo) que llamó “X”. La argumentación del autor sostiene que las firmas pueden comprar “unidades de trabajo” que no garantizan la productividad que se obtendrá individualmente ni del conjunto de unidades adquiridas. (Leibenstein, 1975).

La existencia de un ese factor distinto de los tradicionales, trabajo y capital, de la teoría estándar, explicaría la eficiencia o ineficiencia resultante. El objetivo de la organización, desde esta teoría es lograr la utilización intensiva de las “unidades de trabajo” adquiridas para aumentar la eficiencia, determinando que la hipótesis de situación óptima de la teoría estándar es una ficción lógica.

La variable organización es determinante de la intensidad y calidad de trabajo y por lo tanto de la productividad de las empresas.

Alfred Chandler sitúa a la empresa como una institución compleja, alejada de la firma punto marshalliano monoproducción y de establecimiento único. El autor la define como una organización económica que agrupa unidades funcionales y operacionales que es administrada por una jerarquía gerencial en diversos niveles (Chandler, 1992)

- **Fundamentos microanalíticos de los acuerdos institucionales**

Dos hipótesis de comportamiento se ubican en la base de la economía de los costos de transacción y las formas institucionales:

- Principio de racionalidad limitada. Si bien en la racionalidad y en la búsqueda de la eficiencia se fundamenta la comprensión de los comportamientos, las relaciones entre los agentes no pueden anticipar el conjunto de eventuales intervinientes en los resultados de la transacción. Como consecuencia de la racionalidad limitada se torna inevitable la incompletitud de los contratos, posibilitando comportamientos oportunistas. El estudio de los sistemas que organizan la apreciación de resultados, la forma de resolución de conflictos, procedimientos y la adaptación del contrato ante eventualidades deben integrar el análisis de las organizaciones económicas así como el grado de adaptabilidad de una organización y la forma de manejo de un proceso de decisión e interacción de los agentes.
- El oportunismo como comportamiento individual en la búsqueda de interés personal sobre la base de información incompleta, deformada o falsificada, por lo tanto con información asimétrica entre los agentes. El riesgo del oportunismo aumenta los costos de transacción, más específicamente el que resulta de los comportamientos estratégicos

determinando efectos sobre el comportamiento cuando se combina con la racionalidad limitada, el oportunismo y la incertidumbre.

Los problemas económicos que aparecen en la provisión de servicios de salud pueden explicarse como ajustes a la existencia de incertidumbre, tanto a la incidencia de la enfermedad como a la eficacia de su tratamiento.

En general la ignorancia del consumidor unida a la gravedad de las consecuencias que se pueden derivar por la falta de control o asimetría de la información son dos factores que cuestionan la pertinencia del principio de soberanía del consumidor en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Para estudiar sus múltiples relaciones y diversidad de intereses, la teoría de la relación de agencia es el marco de análisis concomitante de las formas de organización económica en la actualidad. Michael C. Jensen y William H. Meckling definen a esta relación como “un contrato por el cual una o más personas (el principal) compromete a otra persona (el agente) para ejecutar en su nombre una tarea cualquiera que implica una delegación de cierto poder de decisión al agente”. (Coriat y Weinstein, 2011, pp. 89-94)

Esta noción de agencia es muy general e implica toda relación entre dos individuos en la que la situación de uno depende de una acción de otro, y abarca toda relación contractual entre dos individuos; en el caso en estudio, paciente con alteración mental es el principal y equipo interdisciplinario tratante el o los agentes.

La evolución de la medicina, el avance tecnológico transformó una enorme cantidad de hechos naturales en hechos humanos previsibles o tratables, a pesar de seguir siendo naturales. Esta relación obliga civil o penalmente por las consecuencias al agente responsable de implementar esas medidas. (Cfr. Highton y Wierzba, 2003)

Esta delegación de poder plantea problemas significativos si los objetivos y la función de utilidad del principal y del agente son divergentes, sobre todo cuando hay información imperfecta en relación con el estado del hecho natural (situación de salud-enfermedad), los comportamientos de los agentes y la asimetría de la información entre las partes. La consecuencia de esta imperfección en la información es que el contrato que vincula las partes sea necesariamente incompleto y que el principal no tenga los medios para controlar perfectamente y sin costo la acción del agente.

La hipótesis de la teoría de la agencia supone comportamientos racionales donde las partes buscan maximizar su utilidad. Queda así poca chance para que los intereses de las partes sean convergentes y que el agente actúe espontáneamente siguiendo los intereses del principal.

Las diferencias entre el bienestar potencial que alcanzaría el agente, si consiguiera un comportamiento óptimo del principal, y la situación real dan como resultado una pérdida residual.

La ineficiencia de la empresa pública puede atribuirse a no poder transferir los derechos de propiedad que limita el margen de elección del agente del sistema público, o cuando no pueda ceder libremente aún en parte, sus activos y cuyo dominio de actividad sea definido sin elaboración previa. Otro factor interviniente es la situación del administrador de la firma pública. Éste, al no ser beneficiario del rendimiento residual, no forma parte del sistema de estímulos que asegura la eficiencia de la firma según la concepción clásica.

Los puntos críticos de la relación de agencia aplicados a la gestión de Instituciones públicas de salud son:

a) La construcción de un sistema de estímulos y de monitoreo que conduzca al agente (equipo interdisciplinario) a comportarse como si buscara, siguiendo la teoría de la racionalidad, maximizar la función de utilidad del principal.

b) La concepción a través de mecanismos de la microeconomía estándar de una relación paciente-agente en información imperfecta que se acerque lo más posible a la eficiencia obtenida en información perfecta.

c) La determinación de un tipo de estructura contractual que minimice los costos monetarios y no monetarios que soportan las partes y que disminuya la pérdida residual correspondiente a la diferencia entre el resultado de la acción de los diferentes agentes, para el principal y lo que hubiera obtenido con un comportamiento conducente a la maximización efectiva como es la disminución del tiempo de reinserción socioeconómica del paciente internado.

- **Ley de los rendimientos decrecientes aplicados a la producción a la producción de servicios de salud**

La función de producción determina la cantidad de producción máxima que puede obtenerse con una cantidad dada de factores productivos.

La economía aplicada a la producción de servicios de salud tiene una cantidad limitada de recursos: trabajo, conocimientos tecnológicos, recursos físicos, energía. Ante el hecho innegable de la existencia de recursos escasos, las organizaciones de salud deberán decidir entre potenciales servicios a ofrecer, elegir entre diferentes técnicas de producción y finalmente decidir quienes serán los consumidores de tales servicios.

Las actividades productivas son diversas y esa diversidad incluye la combinación de factores productivos para dar lugar a productos intermedios de los servicios de salud. Una unidad de producción como un hospital, clínica u organización para la rehabilitación, en este caso de pacientes con alteraciones mentales, puede producir este tipo de servicios intermedios como consultas, intervenciones, egresos clínicos. Para cada uno se requieren

determinados factores de producción de acuerdo al peso relativo de cada producto como medicamentos, horas profesionales y de personal no profesional, además de otros gastos fijos como espacios utilizables para cada actividad, limpieza, administración etc.

No obstante, estas organizaciones para la atención de la salud tienen la característica de doble producto: la tangibilidad en cuanto a la posibilidad de cuantificar actividades o productos intermedios como análisis, pruebas diagnósticas y se torna intangible y heterogéneo frente al tratamiento, vinculándose con los servicios específicos (psiquiátricos, psicológicos, de terapia ocupacional) que se ofrecen al paciente para recuperar su enfermedad, de forma tal que dos pacientes con el mismo diagnóstico pueden tener atención terapéutica diferencial y utilización de recursos terapéuticos en razón de su mayor o menor afectación del estado general individual.

Los rendimientos decrecientes y los productos marginales se refieren a la respuesta de la producción cuando se aumentó un único factor productivo, mientras los demás permanecen constantes. Se designa como producto marginal (adicional) de un factor al producto adicional que surge de agregar una unidad más de ese factor, manteniéndose constantes los demás.

La ley de los rendimientos marginales decrecientes establece que cuando se añaden cantidades adicionales de un factor de producción y se mantienen fijos los demás, el producto es una cantidad adicional cada vez más pequeña. Dicho de otro modo, el producto marginal de cada unidad de factor disminuye a medida que aumenta la cantidad de ese factor, si se mantienen todos los demás constantes.

Esta ley es una regularidad empírica ampliamente observada que expresa una regularidad básica. A medida que las organizaciones de salud emplean una cantidad mayor de un factor variable como el trabajo a una cantidad fija de recurso natural y capital (tecnología disponible), las unidades de trabajo emplean una cantidad cada vez menor de los demás factores integrantes del proceso productivo y el resultado es menor. (Samuelson, Nordhaus y Pérez Enri, 2006, pp. 112-113)

Las instituciones de salud así como las fábricas utilizan factores de producción como energía, materia prima, maquinarias, información y trabajo para producir en el ámbito de la salud servicios de atención, productos farmacéuticos, aparatología. Igual que lo que ocurre en la producción de otros sectores industriales, incrementos adicionales de recursos humanos, insumos médicos, medicamentos, dan lugar a que el producto marginal sea cada vez menor y el costo de esa producción marginal mayor.

El análisis marginal permite conocer lo que ocurre en una empresa productora de bienes y servicios ante las modificaciones de una unidad de insumo en relación con la cantidad de producto a obtener, así como el costo marginal que tal insumo determina. En el caso de la salud es común el incremento de alguno de los factores variables del proceso sin

modificación del factor fijo, situación que no redundaría en un incremento productivo, a excepción que se establezca una distribución eficiente que permita obtener una determinada cantidad de producto a un costo mínimo, o al menos inferior al ingreso marginal.

El análisis parte del supuesto de la existencia de eficiencia productiva, o sea la misma cantidad de producto con menos recursos o el máximo nivel de producción con una cantidad dada de factores. La respuesta dependerá de la situación de la tecnología y los conocimientos técnicos de la organización.

Esta determinación permite calcular la cantidad total de producto, concepto que designa la cantidad total de producción a partir de un momento inicial de cero unidades cuando la cantidad de trabajo es cero y que aumenta a medida que se utilizan unidades adicionales de trabajo.

Las organizaciones de salud como empresas gestionan el proceso de producción; el directivo es el organizador de la producción y en la toma de decisión el responsable de los éxitos o fracasos.

El análisis marginalista en salud constituye un insumo técnico para el monitoreo de los costos porque en la mayoría de las situaciones predominan los rendimientos decrecientes frente al aumento de los costos adicionales de producir una unidad más.

Esta es una realidad empírica más que observada. Las primeras unidades podrían mostrar productos crecientes, pero luego en la mayoría de las situaciones, predominan rendimientos marginales decrecientes.

Cuando se añaden unidades marginales de un factor variable como el trabajo y se mantienen fijos la cantidad de factores de la producción, se obtiene una cantidad menor de producto. El producto marginal de cada unidad de factor disminuye (usuario con mayor tiempo de permanencia en el programa por dificultad para la reinserción) a medida que aumenta la cantidad de ese factor, manteniéndose todos los demás constantes. Es decir cada trabajador marginal (a cargo de las diferentes actividades del proceso) emplea cada vez menos de los factores para producir.

Dada una cantidad fija de factores productivos fijos (recurso físico de la institución que opera programas de externación), aunque se aumente la cantidad de factores variables, la cantidad marginal de producto (paciente desinstitucionalizado con reinserción socioeconómica) disminuye frente a las limitaciones biológicas de salud y educación.

Eje jurídico

Con el desarrollo del ámbito jurídico, los ciudadanos adquieren conciencia de que, en tanto personas, son acreedores de derechos intangibles y sus crecientes demandas van

transformando las distintas formas del discurso jurídico. Por lo tanto una infraestructura jurídica y fáctica deberá hacer positivo el usufructo de los derechos de los pacientes a la atención de una salud integral, en este trabajo en las instituciones de naturaleza estatal.

El derecho a la salud es de carácter “multidimensional” y la satisfacción de necesidades públicas o de interés comunitario impacta en varios estándares de la calidad de vida. El Estado tiene, entonces el deber de implementar políticas públicas en materia sanitaria cuya finalidad sea el bienestar general y la salud integral mediante el tetranomio médico-enfermo-Estado-comunidad para incluir causas socioeconómicas, no médicas ni biológicas y constituir el derecho a la salud como un objetivo jurídico-político a lograr por el sistema. (Suárez, 2012, pp. 775-785)

La enorme dimensión y el alcance universal del problema de la discapacidad, incluyendo la mental, se manifiestan en un fuerte impacto en las categorías jurídicas elaboradas por la moderna dogmática del derecho y mueven al reajuste o revisión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 estableció criterios para denominar y definir las distintas condiciones de discapacidad, distinguiendo entre deficiencia, incapacidad y minusvalía, términos incorporados en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, hoy de conformidad con estándares internacionales denominados personas con discapacidad. (Organización Naciones Unidas, ONU, 1982)

Según los criterios de clasificación de la OMS, deficiencia es una pérdida o anormalidad permanente o transitoria —psicológica, fisiológica o anatómica— de la estructura o función. Incapacidad es cualquier restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, por deficiencia en la forma o dentro del ámbito considerado normal para el ser humano. Y minusvalidez es una incapacidad que constituye una desventaja para una persona dada, en cuanto limita o impide el cumplimiento de una función normal para esa persona, considerando su edad, sexo y factores sociales y culturales. (OMS, 1981)

La histórica formulación de los derechos de los pacientes se ha transformado en derecho nacional a partir de la reforma constitucional de 1994. La vigencia de las normas y/o tratados internacionales —que adquieren jerarquía constitucional— permite afirmar que ahora todos tienen derecho a la vida, a la integridad psicofísica, a la libertad, a la protección de la salud y a la dignidad. Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental aprobados por la ONU en 1991, respaldados por normas constitucionales y ordinarias confirman la vigencia de los llamados “derechos específicos de los pacientes mentales”. (Kraut, 2006, p. 193)

Este documento transpola el plexo normativo de derechos humanos al contexto específico de la salud mental y a las personas con ese padecimiento, considerando sus condiciones de vulnerabilidad y el enunciado de “libertades fundamentales y derechos

básicos” así como una crítica a las prácticas psiquiátricas manicomiales más la introducción de reglas relativas a la desinstitucionalización.

Los principios que se detallan constituyen el marco que fundamenta la inclusión social del paciente externado:

Principio 1. Las personas con padecimientos mentales tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, Pacto de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.

Principio 3. Toda persona que padece una enfermedad mental tendrá derecho a vivir, a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

Principio 7. El paciente tiene derecho a regresar lo antes posible a la comunidad.

Principio 13. Medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán, entre otras, colocación laboral que permita a los pacientes promover su reintegración en la comunidad y a percibir por ello una remuneración igual a lo que se paga por una persona sin alteraciones mentales.

La Declaración de los Derechos de los Impedidos insta a “prevenir la incapacidad física y mental, ayudar a los impedidos a desarrollar sus actividades, así como fomentar en la medida de lo posible la vida social normal”.

Las personas con discapacidad mental se encuentran protegidas por instrumentos generales —recomendaciones, declaraciones e informes— establecidos por el derecho internacional para la defensa de los derechos humanos tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos¹, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos², Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre⁴, la Convención Americana de Derechos Humanos⁵ y su protocolo adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales⁶ (Protocolo de San Salvador) y la Convención Europea para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Individuales⁷, entre otros. También encuentran protección en la Convención Interamericana para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación adoptada por la Asamblea General de la OEA el 8 de julio de 1999, cuyos objetivos son la prevención y eliminación de toda forma de discriminación como las personas con discapacidad física, mental y propiciar su plena integración en la sociedad.²

¹ A.G. Res 217 A (III), ONU Doc. A/810 p.71. 1948.

² A.G. Res 2200, 21, ONU GAOR Sup (No 16)52, ONU Doc. A/6316. 1966. Entró en vigor el 23 de marzo de 1976 y 85 Estados lo ratificaron.

³ A.G. Res 2200A (XXI), 21 ONU GAOR Sup (No 16)49, ONU Doc. A/6316. 1966. Entró en vigor el 3 de enero 1976 y 88 Estados lo ratificaron.

La Convención Interamericana para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad de 1999 (aprobada por Ley 25.280, de julio de 2000) define el significado del vocablo discapacidad como “deficiencia física, mental o sensorial ya sea de naturaleza permanente o temporal que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”. (OEA, 1999)

La Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 2006 y vigente desde mayo de 2008, reconoce a la discapacidad como un concepto que evoluciona y resultante de la interacción entre las personas con deficiencias y su entorno social. Argentina ratifica esta convención mediante la Ley 26.378, promulgada en junio de 2008.

Si bien esta normativa internacional es el resultado de una construcción política y social, y por el carácter universal del estatuto de derechos humanos, aunque no es igual al denominado campo de la salud mental, su vínculo con la ley y las prácticas de este campo es muy fuerte ya que se observa una yuxtaposición en la población amparada por ambas regulaciones, situación que impone la implementación e interpretación en forma armónica.

La Declaración de Caracas, producto de la convocatoria de la OMS y la OPS, en términos generales constituyó el primer estándar Interamericano que vinculó directamente las Convenciones Internacionales de Derechos Humanos (CIDH) con las violaciones de estos derechos en el ámbito de los hospitales psiquiátricos. Propone la revisión del papel hegemónico y centralizado del hospital psiquiátrico la reestructuración de la atención psiquiátrica en el marco de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Esta declaración, que no es un tratado —no reviste el carácter de norma jurídica de Derecho Internacional sino un documento producido por los organismos internacionales convocantes— constituyó un instrumento fundacional de diferentes políticas en Latinoamérica.

Más allá de la relevancia de las disquisiciones jurídicas ambos instrumentos, la Declaración de Caracas y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental tuvieron el valor de condensar críticas a la psiquiatría más ortodoxa y promover movimientos de desmanicomialización y nuevas propuestas políticas así como una impronta para la normativa jurídica como la promulgada en Argentina con la Ley 26.657 de Salud Mental.

⁴ 199 OEA res. XXX. OEA/ Ser. LV/182 doc.6 rev 1, p 17. 1992.

⁵ OEA, off.Rec., OEA/Ser.L/V. II.23 doc.21 rev.1 p.67. 1992.

⁶ OEA, No 69. 1988 suscrita el 17 de noviembre de 1988, Documento básico en materia de Derechos Humanos en el Sistema Interamericano. OEA/Ser L V/II 82 doc. 6 rev.1 p 67. 1992. Entró en vigor el 16 de noviembre de 1994 y ha sido ratificada por 12 Estados.

⁷ 813 U.N.T.S. 221, E.T.S. No 5. Entró en vigor el 3 de septiembre de 1953 y fue ratificado por 21 Estados.

La conferencia de Brasilia en 2005 aprueba los “Principios de Brasilia”, un plan de acción global en salud mental con el propósito de reducir las brechas existentes en la atención de los trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas. Estos trastornos, principalmente por uso de alcohol, representan una gran carga en términos de morbilidad, discapacidad y mortalidad con una gran brecha entre las personas afectadas y el acceso al diagnóstico y tratamiento.

El consejo directivo de OPS/OMS aprueba una Estrategia Global para la reducción del consumo nocivo de alcohol (WHA 63.13); en septiembre de 2010 una Estrategia Regional sobre el uso de sustancias y la salud pública (CD 50.18) y en octubre de ese año una resolución específica sobre salud y derechos humanos (CD 50/R.8).

El Consenso de Panamá en 2010 promovió la erradicación del sistema manicomial para 2020, el reconocimiento del derecho a vivir en forma independiente. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

La sanción y promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental (25/2011 y 2/12/2010) y su Decreto Reglamentario 603/2013 marca un cambio doctrinario respecto a la atención de las personas con alteraciones en la salud mental, la consideración de sujeto de derecho en el ámbito jurídico y el cambio del criterio de peligrosidad por el de riesgo cierto. (Ley 26.657, 2010; Decreto 603, 2013)

El Ministerio de Salud Pública es la autoridad de aplicación de la ley a partir del área específica que designe, que además deberá establecer las bases para un Plan Nacional de salud mental. (Ley 26.657, artículo 31, 2010)

El ámbito de aplicación será los servicios y efectores públicos y privados, que deberán ajustarse a los principios de la ley, respetar el debido proceso y el derecho del sujeto a ser escuchado, cualquiera sea la forma jurídica que tengan.

La atención deberá considerar además de la mirada clínico terapéutica, la de los determinantes sociales y estar a cargo de un equipo interdisciplinario con profesionales, técnicos y otros trabajadores con la debida acreditación de la autoridad competente, que deberán promover la coordinación con áreas de educación, desarrollo social, trabajo que conduzca a la inclusión sociolaboral de los pacientes.

El criterio de internación del modelo en vigencia era la peligrosidad, el control social y el padecimiento del enfermo. La ley reemplaza el atributo de peligrosidad por el de riesgo cierto y la internación involuntaria será considerada como recurso excepcional cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizadas fuera de la Institución monovalente de internación. Se prohíbe la creación de nuevos centros de internación neuropsiquiátrica o instituciones monovalentes públicas o privadas y las internaciones deberán hacerse en hospitales generales que deberán contar con los recursos necesarios.

La Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, capítulo VII, artículo 27) prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos, o instituciones de internación monovalentes públicos o privados, así como concibe como recurso extraordinario la internación involuntaria. (Ley 26.657, capítulo VII, artículo 20)

El artículo 36 de la presente ley refiere que la autoridad de aplicación, en coordinación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Empleo, Trabajo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de reinserción sociolaboral con mecanismos claros y eficientes. Se promoverá también que las provincias adopten el mismo criterio.

La provincia de Buenos Aires adhiere a la ley nacional con la sanción y promulgación de la Ley Provincial de Salud Mental 14.580 y su Decreto Reglamentario 60, del 10 de enero de 2014. (Ley 14.580/2014; Decreto 603/2013)

En concordancia con el marco normativo nacional, en el artículo 4 se propone que el Ministerio de Salud —como autoridad de aplicación— formule un plan provincial de salud mental. Así mismo, el artículo 5 define que dicha autoridad de aplicación, junto con la Secretaría de Derechos Humanos provincial, definan estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental.

El órgano de revisión, de carácter interdisciplinario, tiene un rol importante como integrador de las áreas salud, derechos humanos, justicia y de los representantes de la sociedad civil como son las asociaciones de usuarios y familiares. (Decreto 603/2013, artículo 39)

El artículo 3 establece un término de 36 meses, a partir de la publicación en el Boletín Oficial, para que el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires implemente las reformas establecidas en la ley nacional.

El Poder Ejecutivo provincial deberá realizar un relevamiento anual, de carácter público, de la situación y las condiciones de atención en la provincia en los subsectores público, privado y de la seguridad social, que deberá ser presentado ante el plenario de las Comisiones de Salud de ambas cámaras legislativas, para monitorear la transformación y adecuación de los dispositivos de atención a los previstos por la ley.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires deberá afectar partidas presupuestarias para las acciones que le correspondan, según su competencia.

La Ley 14.442 de la provincia de Buenos Aires —Ley del Ministerio Público— de la defensa establece la designación de apoyos como primera alternativa en el momento de solicitar medidas judiciales relativas a la capacidad de las personas. (Ley 14.442, 2013)

Así mismo, el juez especificará las funciones de acuerdo a las necesidades y circunstancias de las personas. (Código Civil y Comercial, 2015, artículo 43).

Cuando la persona es declarada incapaz, por sentencia judicial, se prevé la designación de un curador con la función de cuidar a la persona y sus bienes para la recuperación del estado de salud. (Código Civil y Comercial, 2015, artículo 138).

El conocimiento de patrones epidemiológicos dominantes, la tecnología de gestión y la normativa jurídica permitiría la intervención basada en la prospectiva y el tratamiento de la incertidumbre, visibilizar el problema y ponerlo en el escenario de discusión para las políticas públicas pertinentes a las necesidades individuales.

El ejercicio del derecho a la libertad, la autodeterminación y demás derechos fundamentales como el de la atención de la salud —explícitamente tutelado como extensión del derecho a la vida y a la integración psicofísica— constituiría un marco para el desarrollo e implementación de políticas públicas que consideren la reinserción sociolaboral como acción exigible al Estado y evitar la judicialización del daño.

Precisando los términos

En este punto se precisará la conceptualización de los términos considerados clave en el desarrollo posterior del tema de investigación.

El objetivo de integrar al enfermo con alteraciones mentales en la comunidad es una idea que se remonta a la Edad Antigua. El concepto comunidad ocupa un lugar central entre aquellos con los que se intenta caracterizar las propuestas de reforma de la atención psiquiátrica, dándole al mismo significados que se extienden desde asignar a los servicios de atención psiquiátrica una nueva radicación territorial, cultural y social de las comunidades hasta abarcar a las prácticas profesionales para que éstas se realicen con participación de usuarios y familias en la misma comunidad.

La reforma centrada en la perspectiva comunitaria, asegura que el paciente puede permanecer integrado en su comunidad durante el proceso de atención-rehabilitación. Se incorporan entonces nuevos significados al concepto comunitario y se definen nuevas prácticas ligadas a estos significados.

El concepto comunidad, como parte del conocimiento sociológico, surge en el siglo XIX en el contexto de cambios sociales en la sociedad y la cultura europea, en lo que se ha denominado “Era de las Revoluciones”: primero la Revolución Francesa y luego la primera Revolución Industrial a comienzos del siglo XIX.

El surgimiento del asalariado urbano inicia el comienzo de un nuevo orden social, donde se estaban perdiendo características como el alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo. Estos cambios

dieron lugar a la pérdida de estas características y dieron lugar al nacimiento de la modernidad y el liberalismo.

La evolución social introdujo dos formas antitéticas de organización social y sus formas específicas de socialización: por un lado la sociedad con una forma de relación humana caracterizada por un alto grado de individualismo, impersonalidad, contractualismo, competencia, egoísmo, racionalidad y por el otro la comunidad cuyo prototipo era la familia, incluyendo las relaciones con amigos y grupos de pertenencia, siendo sus elementos constitutivos los de la filiación, el territorio de nacimiento o de vida, es decir de las relaciones inmediatas.

En el siglo XX, Jürgen Habermas retoma la diferencia entre la vida comunitaria y posteriormente Emiliano Galende define los dos sistemas diferenciados de integración social:

- La integración social sistémica
- La integración sociocomunitaria

En la primera son características el ejercicio de la ciudadanía, la pertenencia a una nación, el sistema de leyes, los significados culturales bajo los cuales se organiza la vida en común. En la segunda, la integración socio comunitaria, las relaciones inmediatas y los sistemas de reconocimiento de identidades y se ajustan a sistemas impuestos por la comunidad. (Habermas, 1989, pp. 233-260)

Las identidades sociales requieren del espacio comunitario para reafirmar el reconocimiento, la relación con los otros y la regulación que las normas hacen de la propia conducta.

En este marco las comunidades que generan normas antagónicas de la sociedad global, tienden a la diferenciación, al aislamiento y marginación o a la represión por parte de los poderes punitivos de la sociedad. Es así como el trastorno mental también es una fuerza que impulsa al individuo a aislarse del grupo.

Sobre finales del siglo XIX se introdujeron cambios que provocaron la desaparición de la vida comunitaria por el desarrollo de la industrialización y la migración de grupos de poblaciones de su territorio de arraigo rural a las grandes urbes.

La dicotomía entre comunidad y sociedad se replanteó y se impone el individualismo, la pérdida de relaciones inmediatas, de la familia nuclear numerosa a la vida comunitaria.

Los postulados de la salud mental en la comunidad tienen como eje central de la atención-rehabilitación la preservación o recuperación en el paciente con alteraciones de la salud mental, de sus capacidades en relación con los otros de su comunidad, la vida en común, en la sociedad que les toca habitar.

El sentido racional de esta afirmación sostiene que la mayor parte de los trastornos mentales afectan en el sujeto su capacidad social, las condiciones subjetivas para vivir con

otros y soportar los conflictos de la vida común y el desarrollo de habilidades para generar vínculos satisfactorios. Estas condiciones son acentuadas por los efectos del aislamiento de la institucionalización del modelo asilar.

El giro en la atención psiquiátrica se propone tres dimensiones:

1) pasar de la hospitalización psiquiátrica a servicios próximos a la comunidad y al territorio de la vida del paciente del paciente en los que se denominan *servicios comunitarios*;

2) pasar de una práctica de prescripción basada en la autoridad del profesional a una consideración del sujeto en toda su dimensión y complejidad donde, a pesar de las asimetrías, se repite su dignidad y sus derechos;

3) pasar del enfermo como sujeto pasivo de su tratamiento a sujeto activo protagonista del mismo.

Esta perspectiva incluye una intervención con un enfoque intersectorial (empleo, vivienda, ingreso económico) lo más próximo a su realidad social, cultural y de territorio de vida.

Los interrogantes del planificador de hoy inducen a pensar en qué medida la comunidad descrita por la sociología del siglo XIX difiere de los significados vinculados con la vida comunitaria del siglo XXI y el riesgo que implica desde la perspectiva comunitaria trabajar para cuidar y reparar la vulnerabilidad y los daños de la vida psiquiátrica. (Ardila y Galende, 2009)

La construcción del término desmanicomialización, según la Real Academia Española se integra con el prefijo *des-* que significa no solo “estar fuera de”, sino también negación, privación de su sitio de internación. (Real Academia Española, 2011). Este movimiento se refiere principalmente al que se produjo en Estados Unidos a mediados de la década de los cincuenta, y en 1990 se transfirieron individuos con alteraciones mentales crónicas desde su sitio de internación a la comunidad.

La denominación es discutida por diferentes autores, para quienes sería más correcto hablar de deshospitización, por cuanto no todos los hospitales eran manicomios, ni todos los pacientes dejaron de depender de alguna institución. (Edgerton y Campbell, 1994; Curlee, Connery y Soltys, 2001; Burroughs, 2008)

El uso del término desinstitucionalización mueve a críticas por su poca precisión. Describió el proceso de cierre de los grandes hospitales psiquiátricos y el establecimiento de la atención de la salud mental en la comunidad alternativa. Desde su inicio en 1950, la función de los hospitales ha cambiado y más de medio millón de pacientes con internaciones prolongadas fueron dados de alta en Estados Unidos y el Reino Unido. (Muijen, 2008)

Los efectos de la desinstitucionalización varían en los diferentes países en función de su sistema de salud y de bienestar social, así como por las características de las tradiciones locales, el contexto sociocultural y el nivel de recursos disponible.

Sin embargo los servicios en hospitales psiquiátricos para pacientes institucionalizados aún se considera un tipo esencial de atención hoy en psiquiatría, sobre todo en pacientes con enfermedad mental aguda con falta de apoyo. Estudios sugieren que la atención institucional en varios países se ha incrementado desde 1990, independientemente de la inversión realizada en los servicios comunitarios de salud mental.

Esta situación ha sido descrita como “reinstitutionalización”, mientras que otros sostienen que es una “transinstitucionalización” con los pacientes que habían estado institucionalizados por largo tiempo y antes de la desinstitucionalización sólo cambiaron el tipo de institución de la que dependían como residencias, hospitales o prisiones. (Saxena, Sharan y Saraceno, 2003) En algunos casos se logró una transinstitucionalización desde los hospitales con larga estadía en varias instituciones con cuidados de enfermería. (Burroughs, 2008)

Geller y Fisher (2000) prefirieron hablar de deshospitализación por la mayor precisión del término para describir el fenómeno y porque no abre juicio acerca de si el destino de los pacientes pueda considerarse una institución.

La desinstitucionalización fue también un movimiento de protesta con una filosofía, un proceso y un hecho. Su filosofía puso un énfasis civil-libertario en los derechos del individuo y en la extensión de la modificación del medio ambiente para el cambio social de los enfermos mentales. (Bachrach, 1978)

El modelo prototípico de reforma psiquiátrica consistió en el desplazamiento de la asistencia del hospital psiquiátrico hacia la atención del paciente en la comunidad. La humanización del cuidado de la salud mental se basaba en tres hipótesis fundamentales:

1. la atención comunitaria para los pacientes es preferible a la institucional, como alternativa terapéutica y de elección en la mayoría de los casos;
2. las comunidades tienen la capacidad de asumir la responsabilidad y liderazgo en el cuidado de los enfermos mentales;
3. las funciones del hospital psiquiátrico pueden realizarse mejor en los medios comunitarios, proveyendo a los usuarios de todos los servicios disponibles en el hospital;

La presencia fuerte del estigma y la imposibilidad de reemplazo de las múltiples funciones del hospital no permitieron en todos los casos la aceptación de estas hipótesis.

El proceso estuvo sometido a desajustes dinámicos y continuos y constaba de dos elementos básicos:

1. evitar los espacios institucionales tradicionales, como el hospital estatal, en el cuidado de los enfermos mentales;

2. extender los medios comunitarios que desde el punto de vista operativo estaba focalizado en el cambio del lugar de tratamiento, para brindar ese cuidado.

El hecho en sí fue la transferencia de los pacientes del hospital estatal a la comunidad. La utilización de medios disponibles debía estar determinada por las necesidades de los pacientes en cada momento de su evolución y ser flexibles a los cambios.

Este movimiento tuvo su momento de apogeo a fines de la década de los sesenta y comienzos de la de los setenta. El concepto de continuidad de los cuidados, la disponibilidad de un rango de alternativas de tratamiento y la libertad de elección para los usuarios fueron elementos críticos.

Esta situación provocó cambios en la población psiquiátrica; en lugar de ser un solo grupo estático de pacientes, residentes en los hospitales, se identificaron en la comunidad cinco subgrupos dinámicos:

1. pacientes dados de alta en el hospital;
2. personas con patologías mentales, en condición ambulatoria, que nunca fueron internadas;
3. pacientes de larga estadía remanentes en el proceso y que permanecen hospitalizados;
4. pacientes recientemente ingresados para corta estadía;
5. nuevos pacientes de larga estadía, también llamados “nuevos crónicos”. (Bachrach, 1978)

El reingreso o mantenimiento en la comunidad de una persona con padecimiento mental grave requiere como condición necesaria, aunque no suficiente, un sitio digno para vivienda. Al considerar la posibilidad de creación de estos lugares de residencia intermedia deberán incluir también mecanismos de apoyo para permitir a los usuarios del sistema el manejo total de su enfermedad para la inclusión real en la comunidad.

Es fundamental la diferenciación de los procesos de rehabilitación de los de reubicación. Si bien la mayoría de los pacientes son rehabilitables en mayor o menor grado, no todos son reubicables en forma autónoma en la comunidad.

A pesar del debate sobre si el desarrollo de la atención de la salud mental constituye la desinstitucionalización, reinstitucionalización o transinstitucionalización, hay poco entendimiento sobre cómo se ha conceptualizado el término *institucionalización*.

El hospital puede ser conceptualizado como varias instituciones simultáneas bajo la misma administración. (Craig y Laska, 1983; Thornicroft y Tansella, 2004)

Los principios rectores de la institucionalización son la estructura de las instituciones de asistencia, la política y marcos jurídicos que regulan la atención, la responsabilidad clínica de la conducta adaptativa y el paternalismo en la relación médico-paciente y del paciente para con la atención institucionalizada. (Chow y Priebe, 2013)

La institucionalidad se define como el empobrecimiento de los sentimientos, los pensamientos, la iniciativa y la actividad social. Algunas características de los pacientes con alteraciones mentales como bajo grado intelectual, mala educación, discapacidad en la audición, el habla, la locomoción y la destreza manual hacen más vulnerables a la institucionalización que en otros pacientes sin alteraciones de su salud mental. (Liberakis, 1981, pp. 356-366)

La adaptación intrínseca de los pacientes provoca dependencia a los servicios, pérdida de confianza para la toma de decisiones. Del mismo modo, Ernest M. Gruenberg lo vincula con el “Síndrome de la Descomposición Social” y lo caracteriza como la pérdida de la función normal con un grado variable de exclusión de los roles familiares o comunitarios típicos.

En la etapa de “identificación o conversión” con los enfermos, éstos se identifican más con los pacientes con alteraciones mentales que están a su alrededor. (Chow y Priebe, 2013)

La posible contribución del hospital psiquiátrico como parte de un proceso unificado de atención en salud mental, intensifica la participación en programas innovadores. (Bachrach, 1996)

A pesar de la tendencia hacia la desinstitucionalización, muchos hospitales psiquiátricos siguen funcionando hasta cierto punto como un sistema de protección y proporción de una considerable cantidad de atención. (van der Merwe, Bowers, Jones, Simpson y Haglund, 2009)

La restricción de la libertad de elección y la integración social de pacientes con enfermedad mental también puede ocurrir en los ámbitos de tratamiento psiquiátrico en la comunidad.

Estudios sobre las necesidades, funcionamiento y calidad de vida en pacientes externados revelan que las necesidades de vivienda y asistencia socioeconómica actúan como condición estabilizadora de fuerzas en cuestiones cotidianas de rutina.

Sin embargo, los bajos ingresos, el estigma, dificultades en el funcionamiento diario inherentes a las personas con enfermedad mental grave y las fluctuaciones en los síntomas son variables generadoras de dificultades para competir por una vivienda de mejor calidad y por lo tanto viven generalmente en una condición habitacional precaria.

Esto sugiere una correlación inversa entre la satisfacción de las necesidades de las personas con alteraciones mentales graves y los servicios de atención ofrecidos, de manera que cuantos menos servicios ambulatorios y de rehabilitación se ofrecen, aumentan las necesidades insatisfechas.

La provisión de vivienda con apoyo adecuado es un factor importante en la formación de la enfermedad mental, la disminución del riesgo de la depresión, la hospitalización. (Macpherson, Shepherd y Edwards, 2004)

En el diseño de este tipo de residencias, “hay que buscar un equilibrio entre el suministro y la protección de la estructura por una parte y el cumplimiento de los objetivos de la normalización y la integración de la comunidad por otro”. (Freeman, Malone y Hunt, 2004)

La evidencia del estudio de Chilvers, Macdonald y Hayes (2002) sugiere altos niveles de satisfacción con la vivienda y apoyo entre pacientes y familiares; sin embargo puede aumentar el riesgo de la dependencia con los profesionales y la prolongación de la exclusión en la comunidad.

La desinstitucionalización como filosofía puso un fuerte énfasis civil-libertario en los derechos de los individuos en busca de la humanización de los cuidados; como proceso desde el punto de vista operativo estuvo y continuó focalizado en el cambio de lugar físico de tratamiento y, como hecho en sí, fue la transferencia de los pacientes a la comunidad.

Este proceso generó la necesidad de crear dispositivos que ayudaran a las personas con alteraciones mentales para que el objetivo de su tratamiento no sólo fuera mantener la estabilidad obtenida, sino la rehabilitación de las capacidades perdidas en la internación y su reintegración social.

Existieron expectativas injustificadas sobre los efectos que los programas de mejoría social tendrían sobre los enfermos mentales graves y sobre la idea de que todas las funciones del hospital psiquiátrico podrían cumplirse en la comunidad.

A partir de las diferentes conceptualizaciones, se puede afirmar que el término desinstitucionalización es un término crítico por la falta de precisión que se confunde con transinstitucionalización como resultado de la transferencia de los residentes de los hospitales a otras instancias institucionales, muchas veces por diferencias ideológicas que predominaron sobre la base científica.

Los diferentes modelos permitieron comprobar que una intervención psicosocial mal planificada o mal ejecutada que puede provocar el mismo tipo de trastornos y consecuencias que una intervención prolongada con dependencia excesiva.

CAPÍTULO II

CONSTRUCCIÓN HISTÓRICO-SOCIAL DEL SIGNIFICADO DE *SALUD MENTAL*

SALUD-ENFERMEDAD MENTAL: CONSTRUCCIÓN HISTÓRICO-SOCIAL DEL SIGNIFICADO

Este capítulo describe una aproximación a las dimensiones sociales y culturales de la enfermedad mental y de la psiquiatría. La idea trazadora es que el conocimiento social y cultural es necesario para entender la posición y las perspectivas del saber y la práctica psiquiátrica. Promueve la clasificación de lo que entiende por dimensiones sociales y culturales de la enfermedad mental como entidad social y la enmarca en devenires políticos y socioeconómicos.

Estas reflexiones son necesarias para determinar la clase de restricciones a que deberá sujetarse el diseño de la intervención para mejorar los procesos de desinstitucionalización con los objetivos que se señalaron en la Introducción.

Esta aproximación multidimensional concibe que la historia de la salud-enfermedad mental y la psiquiatría distinga problemas específicos de diferente orden, que desde momentos remotos constituyeron aquel saber y que articula con determinados momentos históricos, períodos o situaciones sociales caracterizados por coordenadas específicas que atañen tanto a la conceptualización de la alteración como a la perspectiva de la gestión clínica.

Por estas razones, este trabajo hace referencia a la construcción histórico-social del significado. No considera a las alteraciones mentales como expresiones de una entidad transhistórica, sino como problemáticas singulares que se plantean no necesariamente como un problema estrictamente médico, en diferentes ámbitos y frente a diferentes instituciones sociales.

En el mismo encuadre, se considera la importancia del concepto antropológico de la cultura que ha tenido para la enfermedad mental y las prácticas psiquiátricas. Los usos de la cultura y la apelación a dimensiones culturales resultan problemáticas en éste, como en otros ámbitos actuales de intervención; por lo tanto la aplicación de este concepto debe ser consciente de estas ambivalencias y desarrollarse como una práctica reflexiva.

La consideración de la salud como valor social implica el conocimiento de cómo ese valor es definido y qué jerarquía ocupa en los diversos grupos sociales, en la naturaleza de sus deseos y en la esperanza con respecto a la salud.

Se destacarán los momentos de crisis que modifican la vigencia de determinadas concepciones de la enfermedad mental y que dan lugar a la reorganización de nuevos criterios y formas de conceptualizar y analizar el fenómeno.

Esta consideración adquiere hoy un relevante interés dadas las condiciones de globalización e inmersión de la psiquiatría en un mundo en el que se aborda cada vez con mayor intensidad contextos y realidades interculturales de máxima complejidad.

La salud y la enfermedad forman parte del estado dinámico de un organismo que resulta de la interacción de factores internos y del medio ambiente que operan en un tiempo-espacio determinado.

Esta generalización se aplica a todos los organismos vivos y como entidad lábil, sitúa a la salud-enfermedad en un mundo de flujos y cambios, como aspectos correlacionados de esta inestabilidad del contexto ecológico.

La enfermedad como proceso biológico es tan antigua como la vida al ser un atributo de ésta; sus causas pertenecen a la naturaleza, pero en el hombre alcanza otra dimensión al estar mediatizado y modificado por la actividad social y por el medio cultural que esa actividad crea. Es así como la salud y la enfermedad son consideradas como expresiones cambiantes entre los diversos componentes del cuerpo y entre éstos y el medio ambiente en el que se desarrollan.

Como fenómeno biológico la causa de la enfermedad pertenece al ámbito de la naturaleza, pero en el hombre se busca entender el modelo explicativo en otra dimensión. El avance del conocimiento científico desde la modernidad determina que la enfermedad no existe como naturaleza pura, sino que siempre está mediatizada y modificada por la actividad social y por el medio cultural que esa actividad crea.

Si bien esta concepción general de los procesos salud-enfermedad no es nueva, conocimientos empíricos existieron en épocas anteriores respecto a la relación de la medicina con las condiciones sociales y económicas de grupos específicos, aunque rara vez eran sujeto de discusión teórica.

La existencia de la enfermedad tiene una configuración definida entre otros factores por el modo de vida, la estructura, la cultura y la psicología de una sociedad. Es así como en la medida en que la enfermedad es afectada por las condiciones sociales y las relaciones en las que vive el ser humano, es un fenómeno social comprensible sólo en un contexto biosocial.

La vida social, económica y política ha ido evolucionando y llevado a las organizaciones de toda índole —incluidas las de atención de la salud mental— a ser producto de cada época y lugar, con mecanismos de adaptación a los cambios producidos por la concurrencia de un conjunto de factores del contexto tales como la formación de las primeras ciudades, el crecimiento de las actividades rurales, la esclavitud, el desarrollo del comercio, los procesos de industrialización, las colonizaciones europeas, las revoluciones burguesas, las depresiones económicas y el surgimiento del capitalismo y el socialismo. (Gilli, Arostegui, Doval, Iesulauro y Schulman, 2007, pp. 81-92).

Los desórdenes y alteraciones de la salud mental han existido en todos los pueblos desde las primeras épocas hasta el presente. Toda sociedad designa cierta forma de

conducta aberrante como trastorno mental o locura, según lo que el espectro de la conducta humana considera normal o lo que se ve como anormal, punto en el cual ocurre una falla o categorización de alteración mental en una línea divisoria que no siempre se establece con amplia facilidad.

Esta designación será hecha en base a la evaluación de la conducta y de los conceptos de normalidad según los criterios culturales de cada grupo y de los límites de aceptación, así como las instituciones sociales y los valores culturales que permiten al individuo que se desvíe funcionar en forma socialmente aceptable.

La historia como la sociología, la antropología social de las prácticas referidas a las alteraciones mentales no reducen su ámbito de investigación al campo estricto de la medicina. Se puede afirmar que son lógicas de otros dominios históricos las que con frecuencia pueden dar cuenta de lo que ocurre en el dominio de la medicina, como si la historia de ésta formara parte de otras historias, como la de las nociones de persona, los modos de gobierno y el control social, así como los procesos económicos y las transformaciones sociales.

La historia de la salud-enfermedad mental y de la psiquiatría es parte de una historia de las formas de subjetivación, o sea de los modos de los diferentes enfoques del sujeto humano, con experiencias específicas en torno a determinados problemas subjetivos, sociales y políticos.

En los cuatro últimos siglos las relaciones entre sociedad, locura, psiquiatría, sistema manicomial y derecho experimentaron variaciones que determinaron la aceptación o la segregación de la persona enferma por parte de la comunidad.

Cada cultura determina la existencia de una serie de líneas divisorias como delimitación de la alteración de la salud mental. Desde el momento en que se señalan los límites, la ambigüedad en el sentido estricto del término señala la aparición de un espacio siempre posible a la trasgresión para cada época.

La conciencia moderna delimita lo normal y lo patológico, lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo criminal y así todo lo que constituye lo extraño recibe la categoría de exclusión, cuando se trata de juzgar y de inclusión, cuando se trata de explicar.

El conjunto de dicotomías fundamentales que en nuestra cultura se distribuyen a ambos lados del límite entre lo normal y lo patológico, encuentran un fundamento de justificación en la categorización.

La creencia generalizada sobre la causa de las enfermedades mentales encontraba su explicación en el demonio, castigo de los dioses y recurría a la religión o a rituales exorcistas para comprender y curar la enfermedad.

Como se verá a través de la descripción, la noción de locura propia de la Ilustración, como una especie de patología de la libertad (momento fundacional de la "experiencia de la

locura”) frente a la idea de la persona con alteraciones de su salud mental como ser libre, el desarrollo de la historia tiene que ver con la problematización y la gestión de cuestiones políticas, subjetivas como la razón, la libertad, la autonomía o la voluntad. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, pp. 6-11)

Con frecuencia la historia de la psiquiatría se reduce a un proceso de naturalización de la enfermedad mental que da por supuesto que el proceso se trata de una evolución lineal simple desde una concepción religiosa hasta un concepto desde la psiquiatría de la alteración mental.

La presencia de enfermedad mental nunca existe al margen de los discursos y las prácticas que la hacen existir en el medio social. La alteración de la salud mental es, además, un idioma que desarrollan pacientes y médicos en el marco cultural que los rodea, de manera que la historia de su conceptualización no consiste sólo en describir teorías, prácticas o relatos de las experiencias subjetivas de los pacientes.

Es un tema político nuclear de la sociedad postmoderna precisar los límites de la conducta racional, de aquí que se cuestione la autonomía, la condición de sujetos de derecho (libertad, igualdad) de personas con alteraciones mentales, o de otras figuras como los niños, las mujeres, respecto a la valoración de esos temas durante los siglos XVIII y XIX.

La descripción tendrá que revelar cómo teorías, prácticas y experiencias de los pacientes emergen de un trasfondo cultural e histórico compartido y negociado de creencias, preconcepciones y expectativas.

Siglo XVII

Las creencias sobre la posesión demoníaca persistieron durante la Edad Media, época en la que progresa muy poco el conocimiento de la enfermedad mental, que es conceptualizada a partir de ideas escolástico-filosóficas y supersticioso-religiosas, lo cual hizo desvanecer su incipiente comprensión científica.

La idea que prevalece es que la locura es una manifestación del pecado, un castigo divino o la posesión demoníaca cuyo tratamiento se basaba en la utilización de medios coercitivos como los exorcismos, penitencia, castigos físicos.

El examen y tratamiento de las personas que padecían tratamientos psíquicos no era espacio del médico, era el sacerdote quien intentaba expulsar los espíritus malignos; el loco era adorado como un santo y los jueces de la Inquisición lo obligaban a realizar actos de constrictión en cámaras de tortura y en la hoguera por supuestos pecados.

Las fuerzas sociales entre los años 1650-1800 —época descrita como de marginación administrativa de la irracionalidad— entendieron como una provocación y un peligro la

presencia de conductas irracionales; por lo tanto, desde su irracionalidad, el loco aparecía como un sujeto bestial, casi infrahumano.

Los locos eran discriminados de los restantes marginales; la actitud de la sociedad hacia estos enfermos variaba entre el rechazo y cierta tolerancia. El modelo instalado, asociado con la pobreza y con la marginalidad, era el de exclusión que permitía el control de los factores perturbadores del orden social dominante. La concepción jurídico-política y religiosa justificaba el modelo. (Barcia, Pozzo y Ruiz, 1993)

Este segmento social alude a una cuestión eminentemente social, descrita y clasificada por la psiquiatría. Es el inicio de una discriminación que en la primera década del siglo XXI aún se mantiene en algunas instituciones totales, con el propósito de servir de depósito para control de los internados.

Al final de la Edad Media desaparece en el mundo occidental una enfermedad atemorizante y tabú para la época como la lepra. El lugar de la lepra fue ocupado por las enfermedades venéreas y al terminar el siglo XV, las personas que las padecían se atendieron en varios hospitales dedicados a los leprosos.

En los lugares marginales del ejido urbano de toda la superficie europea, existieron extensiones que pertenecían a lo inhumano, con multiplicación de lugares llamados leprosarios, que, sin embargo, tuvieron que esperar mucho tiempo para su reocupación, también como forma de exclusión.

El poder real había emprendido el control y reorganización del espacio y desorden existente en estos leprosarios. Para el siglo XVII, se transfirieron los bienes, que debían ser afectados a otros hospitales y servicios de asistencia.

En Alemania, el proceso de desaparición de la lepra ocurrió con mayor lentitud y se logró más que por las oscuras prácticas médicas por el resultado espontáneo de segregación y como consecuencia del fin de las Cruzadas y de la ruptura de Europa con Oriente, que era donde se hallaban los focos de infección.

Estos lugares de albergue de leprosos, que no estaban destinados a la curación sino a mantenerlos a la distancia, permanecieron vacíos con sentimientos de exclusión y de temor.

Dos o tres siglos más tarde en estos mismos lugares se repetirá el mismo juego de exclusión para pobres, vagabundos, alienados, con un sentido completamente nuevo en una cultura diferente de exclusión social y reintegración espiritual.

Surge entonces una nueva enfermedad, la venérea, que pretende ocupar el lugar de la antecesora con dificultades y conflictos ante el miedo de los leprosos, todavía internados, que con derecho de antigüedad son cuantitativamente pocos para hacerlos valer y sienten repugnancia ante éstos recién llegados.

Sin embargo no son las enfermedades venéreas las que desempeñaban el papel que tenía la lepra en la sociedad y su cultura medieval, ya que, luego de una primera especificidad de exclusión, pronto ocuparon un lugar indiferenciado entre las otras.

Estas enfermedades venéreas, sujetas a toda clase de juicios morales, producen la captación médica, aunque bajo la influencia del internamiento ocurrido en el siglo XVII, se separan del contexto médico para integrarse al lado de la locura, en un espacio moral de exclusión.

En realidad no debía buscarse la herencia de la lepra en estas enfermedades, sino en un fenómeno de alta complejidad, el de la locura, donde la medicina retrasa su apropiación.

No era fácil de explicar la medida general de expulsión utilizada, y la hipótesis que los municipios expulsaban a los locos vagabundos no era suficiente como modelo explicativo, puesto que algunos locos luego de concurrir a hospitales eran curados como tales antes de que se construyeran para ellos lugares especiales.

Los locos entonces no siempre eran expulsados y se supone, entonces, que en algunos casos era privativa de los extraños y que cada ciudad aceptaba encargarse exclusivamente de aquellos que se contaban entre sus ciudadanos.

En el paisaje imaginario del Renacimiento y de los navíos novelescos y satíricos, el *Narrenschiff*, único con existencia real, transportaba por las ciudades cargamentos de insensatos. Estas personas tenían una existencia errante y eran maltratados, golpeados para expulsarlos y producir el alejamiento de las ciudades de desembarco.

Existieron en Europa algunas ciudades, como Núremberg entre otras, que reunían un número de personas consideradas locos, mayor que las que podía proporcionar la propia ciudad. Estas personas eran alojadas y mantenidas sin tratamiento por el presupuesto de la ciudad, simplemente arrojadas en las prisiones.

La organización estatal, producto del cambio de la concentración y distribución, era portadora de la riqueza y aumentó la cantidad de barcos. Los mercantes saqueaban ultramar y necesitaban la protección del Estado frente a los competidores y para que aportara el personal necesario para retener y consolidar nuevos territorios, así como los excedentes rurales.

Esta nueva acumulación de capital comercial marca el nacimiento de una burocracia administrativa del Estado expansionista de Europa occidental.

Como punto de reunión, esta ciudad era un sitio recolector de aquellas personas que eran llevadas por marineros o mercaderes y quedaban perdidos allí, librándola de su presencia a la ciudad de procedencia. El sentido de la navegación poseía una eficacia indiscutible para evitar que el loco merodeara bajo los muros de la ciudad y aseguraba que iría lejos y se volvería prisionero de su misma partida, constituyendo esta una distribución rigurosa y de tránsito absoluto.

La preocupación por la curación y la exclusión se juntaban en un espacio cerrado de milagro, con significaciones más próximas a los ritos que al nivel de utilidad social o de la seguridad para los ciudadanos.

La Iglesia impidió el acceso a los locos, aunque no les vedaba los sacramentos. En el siglo XV, en Núremberg, el sacerdote considerado loco no era sancionado por la Iglesia, pero era expulsado con una especial solemnidad por el carácter sagrado del personaje y la ciudad tomaba de su presupuesto una cantidad de dinero para servir a éste como viático.

La aparición de la locura en la cultura del Renacimiento se percibe en el simbolismo gótico, con una amplia red de significaciones espirituales que permitieron la aparición de una serie de figuras bajo el espacio de la insensatez.

Estas formas góticas subsistieron por algún tiempo y sólo se manifiestan con su presencia fantástica en forma algo indescriptible para el lenguaje.

Por todos lados, como extraña paradoja, la locura fascina al hombre e imágenes fantásticas aparecen en el Renacimiento como expresiones de apariciones fugaces de las amenazas y secretos del mundo. En la misma época los textos literarios, filosóficos y morales referentes a la locura son de distinta especie.

Las condiciones que permiten explicar la experiencia que el Clasicismo hizo de la locura se pueden resumir en:

1. locura y razón conforman una relación reversible donde la locura se convierte en una forma de la razón;
2. la locura se convierte en una de las formas mismas de la razón y alcanza sentido y valor sólo en el campo mismo de la razón. (Foucault, 1996, p. 74).

Así el desarrollo del saber médico del siglo XVI no está ligado a la sustitución de lo sobre natural por lo patológico, sino a la aparición de los poderes de trasgresión del cuerpo y de la imaginación, sin poder naturalizar lo demoníaco bajo la forma de enfermedad. El mismo tipo de exclusión sufrida en el siglo XVII por aquellos que imaginan y equivocan como los visionarios, fanáticos e insensatos, prueba de la metodología.

La locura entendida en el Renacimiento va a ser reducida al silencio de la Época Clásica. Descartes ubica la locura al lado del sueño y de todas las formas de error, pero no evita su peligro como evade la eventualidad del sueño o error y, aunque los sentidos sean motivo de sesgo, solo pueden provocar alteración las cosas de baja sensibilidad y bastante alejados.

Como forma de ilusión, la locura siguió uno de los caminos de la duda más frecuentados aún en el siglo XVI. No siempre se está seguro de no soñar, nunca se está cierto de no estar loco.

Esta certidumbre había sido adquirida por Descartes; el peligro de la locura había desaparecido del ejercicio mismo de la razón. Descartes libera los sentidos del

encantamiento guiado siempre por las cosas ciertas, pero él destierra en nombre del que duda y que ya no puede desvariar, como no puede dejar de pensar y de ser.

Se modifica la problemática de la locura de manera casi imperceptible, pero decisiva. La No-Razón del siglo XVI era una especie de peligro abierto, cuyas amenazas podían al menos en derecho, comprometer las relaciones de subjetividad y de la verdad.

Antes del siglo XVIII, las alteraciones mentales se consideraban como una forma de error o ilusión, y éstas no eran objeto de internamiento; aún en el inicio de la Época Clásica se mantenía esta postura, dejando el encierro para casos peligrosos. (Foucault, 1996, p. 51)

Entre los lugares para su tratamiento, sobre todo la naturaleza era considerada como que poseía el poder de disipar o no visibilizar el error. Las prescripciones médicas de la época eran el viaje, el reposo, el paseo, el retiro, acciones que implican la ruptura con el mundo construido o artificial de la ciudad. Esta condición se refleja en la proyección de la planificación del hospital psiquiátrico, que entre otras seguían las recomendaciones de Esquirol, que los patios estén abiertos a un jardín.

Otra actividad considerada terapéutica era el teatro o naturaleza invertida, donde el enfermo representaba la comedia de su propia alteración mental como una realidad ficticia, de tal forma que el error se manifestara a la víctima de aquel, técnica que no había desaparecido a comienzos del siglo XIX.

En el siglo XVII, el peligro se hallaba conjurado y la locura fuera del dominio de pertenencia en que el sujeto conserva sus derechos a la verdad, ese dominio que para el pensamiento clásico es la razón misma.

En la vida cotidiana de Occidente la incardinación del poder estaba organizada en gran parte por el cristianismo en torno a la confesión u obligación de traducir los hechos de la vida diaria, las faltas banales, las debilidades, las turbaciones del pensamiento, las intenciones, deseos, con un oscurecimiento de lo que se dice de tal forma que no deje otros signos que no sean arrepentimiento o penitencia. Así, las personas durante siglos debieron confesar sus males y en el ritual de la confesión aquel que habla es al mismo tiempo la persona del que se habla.

Al finalizar el siglo XVII, la Iglesia como institución se encontró enmarcada, desbordada con pérdida del papel eminente que le confería el cristianismo, por otra con diferente funcionamiento. La gestión administrativa reemplaza a la religiosa, con mecanismos de archivo y no de perdón, en la búsqueda del mismo objetivo: verbalización de lo cotidiano, de las irregularidades y los desórdenes mediante la querrela, la encuesta, los informes, el interrogatorio, formas éstas que se registran por escrito acumulados en historiales y archivos. La confesión penitencial es sustituida por una masa documental. (Foucault, 1996, pp. 129-131)

Siglos XVIII-XIX

La medicina en general —y la psiquiatría como especialidad— y la enfermedad mental se constituyen y desarrollan en interrelación mutua desde el siglo XVIII. El tema de la locura se planteará vinculado a otro de carácter más o menos peligroso para la sociedad como era la conducta del loco.

En adelante, la locura estaría exiliada y se afirmaba que si el hombre podía estar siempre loco, como ejercicio de la soberanía de un sujeto que se considera con el deber de percibir lo cierto, no puede ser insensato. Se trataba entonces de una línea divisoria entre el Renacimiento y los Clásicos.

Esta demarcación se instaure en occidente entre los siglos XVIII y XIX cuando la medicina se basaba en una conciencia de enfermedad en la que lo normal y lo patológico no constituía aspectos organizadores de las categorías fundamentales y se debatía entre la conciencia médica y determinadas formas de desviación.

A pesar de los antecedentes históricos descriptos, existe un acuerdo general que es en el siglo XVIII cuando se produce la fundación del campo psiquiátrico, aunque la especialidad como tal llegará a consolidarse en el siglo siguiente.

Se produjo entonces una “medicalización” de la experiencia parareligiosa, donde no tiene sentido una explicación naturalista cuando lo demoníaco gobierna todos los accesos a la verdad en un análisis operatorio complejo. (Foucault, 1996, pp. 75-80)

La práctica de la psiquiatría se había tornado misteriosa y oculta debida a la situación de los enfermos dentro del mundo de la medicina. La medicina del espíritu por primera vez en la historia de la ciencia occidental adquirió una autonomía casi completa, ya que desde los griegos solo era un capítulo de la medicina.

En la época del internamiento, la enfermedad era un mundo atravesado por la mentira, la maldad, iniciación esotérica y superchería.

La Iglesia exigió al pensamiento médico el Positivismo crítico que redujo la experiencia religiosa a la inmanencia psicológica. Este Positivismo y sus valores escépticos tuvieron sentido en el interior de todo el conjunto de conflictos político-religiosos de la época, integrados en una compleja trama. Los análisis médicos decantaban en dos direcciones: la de la autoridad magisterial de la Iglesia y la intervención del poder real, convirtiendo a la locura en heredera, en el ámbito de la naturaleza, de todas las trascendencias que envolvieron en otro tiempo la experiencia religiosa. (Foucault, 1996, pp. 32)

La expansión ultramarina alcanzada en Europa la llevó a transitar desde monarquías autoritarias a absolutas de origen divino hasta las revoluciones burguesas de fines del siglo XVIII, sustentadas en lo político-cultural con ideas del Iluminismo, en lo económico con las

del liberalismo y el positivismo desde lo filosófico. Esta etapa se caracterizó por un pensamiento de progreso indefinido y por la aplicación de la ciencia a la tecnología, con cambios de los sistemas productivos de las organizaciones, que modificaron las relaciones sociales, culturales y económicas, inicio que culmina en la primera Revolución Industrial.

El poder de autoridad, de dirección, de comercio, de policía, de jurisdicción, de corrección y de sanción sobre todos los pobres de París, estuvieran fuera o dentro del hospital, era delegado al gobierno civil desde el poder real y en ejercicio de los directores y a La Gran Limosnería del reino como mediación eclesiástica y espiritual, que bruscamente se encuentra fuera de la organización.

Estos nombraban a un médico con honorario y obligación de visitar dos veces semanales a cada una de las casas del hospital.

El tercer orden de la represión es un extraño poder que el rey establecía entre la policía y la justicia. Para ese efecto estaban a disposición de los directores estacas, argollas de suplicio, prisiones y mazmorras en el hospital o en lugares que de él dependían.

La estructura contemporánea del absolutismo —propio del orden de la monarquía y de la burguesía— extiende su red por toda Francia y establece un Hospital General en cada una de las ciudades del reino y que en momentos previos a la Revolución existían en 32 ciudades provincianas.

Los diversos establecimientos son agrupados por una administración única. El poder de autoridad, de administración, de policía, de sanción, se extiende fuera del ámbito hospitalario a toda la población pobre.

Esta situación determina que el hospital es más una estructura semijurídica —o una especie de entidad administrativa que decide, juzga y ejecuta— que un establecimiento médico.

La Iglesia, si bien aparte de la organización de los Hospitales Generales no era ajena al movimiento, produce una reforma en sus instituciones hospitalarias y redistribuye sus bienes en fundaciones y congregaciones que crea con fines análogos al hospital General, como Saint-Lazare, reorganizado por San Vicente de Paúl, como el más importante de los antiguos de París.

En estas instituciones, con una vida casi conventual, el obispo es miembro de derecho, pero el clero está lejos de constituir la mayoría y la gestión es sobre todo burguesa. Desempeñan un papel dual de ayuda y represión y, si bien están destinados a socorrer a pobres, casi todos contienen celdas de detención y alas donde se encierran a pensionados con subsidios del rey o de la familia, por orden real o de la justicia.

Se agudizan los conflictos entre los antiguos privilegios de la Iglesia en la asistencia a los pobres y en los ritos de la hospitalidad y el afán de la burguesía por el orden en el mundo de la miseria y la necesidad de reprimir, el deseo de ayudar y de castigar; prácticas que

simbolizan esos leprosarios vacíos del Renacimiento, pero nuevamente atestados con otra patología y con poderes ocultos.

La Edad Media ha inventado la segregación de los leprosos; el leproso tenía un sentido médico y el Clasicismo inventó el internamiento con significados políticos, sociales, religiosos, económicos y morales que conciernen estructuras esenciales al conjunto del mundo clásico.

El fenómeno tiene dimensiones europeas. La constitución de la monarquía absoluta y el renacimiento católico en tiempo de la Contrarreforma le dieron a Francia un carácter peculiar de competencia y complicidad a la vez entre el poder y la Iglesia.

Los grandes hospicios, las casas de internación, las obras de religión y de orden público, de socorro, castigo y de previsión gubernamental, son un hecho de la Edad Clásica con formas diferentes, pero con localización temporal precisa: correccionales en Alemania, casas de internación en Francia, *houses of correction* en Inglaterra.

A fines del siglo XVIII, el gobierno de la educación y el trato con las personas consideradas locos era muy rígido. Se consideraba el trabajo severo, los horarios rígidos y rigurosos, los castigos corporales según reglas preestablecidas, la sumisión a largas sesiones religiosas como formas de reestructurar el temple y el sometimiento a la autoridad, formas de disciplina de la mente.

Es así como se advirtieron ensayos menos rígidos, más humanitarios: representantes de este período son Philippe Pinel en Francia, William Tuke en Inglaterra, Johann Christian Reil en Alemania y Benjamin Rush en Estados Unidos. Sus postulados estaban basados en el poder del enfermo mental de asimilar la autodisciplina y recuperar su estima. Para ello era imprescindible la supresión parcial de las restricciones físicas.

Pinel, médico generalista, representa la síntesis de las corrientes renovadoras y radicalizantes que marcaron el siglo XVIII y el comienzo del tratamiento moral de la locura el cual representaba un conjunto indiferenciado que debía mantenerse: la abolición de castigos y la humanización institucional.

Se separa al loco de ese conjunto a partir de una consideración médica que privilegia la dimensión terapéutica bajo principios de Ilustración: la creación de una institución específica organizada a partir del tratamiento moral, entendiéndose aquí moral en el sentido psicológico.

En el contexto de importantes cambios socio-históricos que acompañaron a la Revolución Francesa se produce la fundación del campo psiquiátrico y el nacimiento del alienismo, hito que delimita el primer paradigma, en el que se medicalizaba la locura como enfermedad indisolublemente ligada a la dimensión terapéutica como tratamiento moral, que instituye al médico como agente de recuperación del sujeto.

El alienismo impuesto desde finales del siglo XVIII hasta mediados del XIX atiende a los síntomas, a los que directamente está dirigido el llamado tratamiento moral. La medicina para la salud mental, dejando de lado los esquemas organicistas, que reaparecerán a fines del siglo XIX, se desarrolla en un sentido inverso a la medicina general. Su hipótesis considera a la enfermedad mental como curable, entonces la intervención práctica que se dirige a los síntomas, desplaza la mirada desde el interior de los organismos hacia el exterior, al medio social.

El nacimiento de la psiquiatría tiene que ver con la relación entre el proceso civilizatorio y la enajenación, o la inquietud por las consecuencias morales, los efectos patógenos de la miseria y la problematización de los medios sociales, como temas fundamentales de reflexión de la época.

Estos cambios estaban asociados a una reorganización del orden social y basado en principios jurídico-éticos acordes a las transformaciones de las relaciones económicas y de poder de la teoría capitalista. Los cambios afectaron la organización institucional del Estado y los diferentes dispositivos del orden como control social.

Pinel consideraba la alteración mental como una enfermedad orgánica, como una perturbación de las funciones intelectuales, con una lesión que no tiene carácter constante y que por lo tanto resulta un elemento contingente.

En la etiología de la enfermedad mental prevalecían algunos conceptos: “la locura que discurre regularmente, que procede del todo de la disposición interna, que como autoalienación obedece a sus propias leyes y es inatacable por terapias que vengan de afuera”. (Dörner, 1974, p. 192)

Aborda la locura como “incompleta”, y de esta manera funda la práctica del alienismo sobre la función de límite, establece una separación entre sujeto y la enfermedad que padece y que procede de un afuera del sujeto.

La alienación mental como enfermedad única, como uno de los tipos de reacción del organismo, se presenta como múltiple porque considera múltiple la relación del sujeto con la enfermedad mental. La acción de las causas morales es considerada como la más numerosa e importante de la alienación mental.

Desde este contexto el tratamiento moral, aunque no excluyente de otros, es el modo que dominó la intervención respecto de la locura. Su propósito intenta básicamente disciplinar mediante la activación de un dispositivo que ordena las actividades, espacios y tiempos como es la institución asilar. Ésta es la adecuada para adecuar la pedagogía del orden y separar al agente problemático como era el medio familiar y social.

El tratamiento moral estaba inspirado en un humanitarismo médico y marcó un cambio trascendente en el tratamiento de los locos. Trabajó a partir de valores laicos, racionales, centrados en la moral social y ciudadana, la familia y el trabajo.

Se intentó reinstalar en el paciente la responsabilidad moral a modo de control de sus fuerzas destructivas y de la recuperación de su identidad. La fuerza terapéutica del médico era una reproducción dentro de la institución de las normas del orden burgués.

La técnica del tratamiento moral se estructuraba a partir de la influencia directa del alienista, que se apodera y sirve del conjunto de relaciones institucionales, que lo sitúan como agente de la recuperación del enfermo.

El conjunto de técnicas disciplinarias del asilo se entiende sociológicamente como herramienta de normalización, que persigue la recuperación de la razón y la reinserción de los sujetos. Se propone la extensión del modelo de tratamiento moral a otras poblaciones y en otros medios. Este modelo disciplinario pasaría a ser clave fundamental en el sometimiento y remoralización de clases populares que se consideraban peligrosas.

La medicalización de la locura se encuentra ligada en forma indisoluble a la dimensión terapéutica que instituye al médico, condicionada por la ideología jurídica de la libertad. La autoridad es el resultado de la sustitución de las cadenas y castigos por una sujeción moral.

Durante este período se producen avances importantes en la ciencia y en la técnica con una renovación radical de las disciplinas médicas con los fundamentos de la semiología médica moderna y el método anátomo-clínico.

No obstante, Immanuel Kant opinaba que la filosofía estaba más calificada que la medicina para juzgar estados mentales patológicos.

La fundación de la psiquiatría dentro de la ciencia médica no surge de la revolución aludida ni de la diferenciación del conocimiento, o el progreso de las técnicas de exploración, ni por el avance de las disciplinas básicas sobre las que se investigan nuevos fenómenos en el funcionamiento del organismo.

El nacimiento de la psiquiatría se relaciona con un cambio sobre la consideración de la locura, cambio que implica una nueva perspectiva sobre el loco que adquiría la caracterización de enfermo como alienado mental.

El mito del origen de la psiquiatría es un mito filantrópico que destaca en el origen de la especialidad la reunión de la razón y el derecho en la figura naciente del alienista.

En esta concepción el nacimiento de la psiquiatría está determinado por las condiciones sociopolíticas que obedecían a una necesaria regulación del campo social, para mantener la igualdad y libertad abstractas del hombre; el saber que se desprende de esa práctica responde para Michel Foucault a una mera justificación doctrinal. Las personas con alteraciones mentales resultaban una contradicción en una sociedad ordenada, que renegaba del desorden, por lo tanto debían ser excluidos.

Desde principios del siglo XIX, los alienistas trabajaron en la alienación como dispositivo técnico que podría resolver problemas de control de poblaciones marginadas. Sobre esta base se desarrollará la literatura médico psiquiátrica de la época relativa al valor socializador

del trabajo ordenado, regular, disciplinado, como eje del tratamiento moral. El trabajo dentro de los asilos, económicamente rentable y socialmente moralizador, conecta la lógica institucional con el espíritu capitalista.

El discurso teórico psiquiátrico iniciado por Pinel sistematiza y justifica una práctica de tratamiento esencialmente segregativa, desobjetivizante y represiva que basaba su eficacia en el aislamiento del loco de su medio social

Las críticas al sistema de Pinel de diferentes autores, ponen en discusión su protagonismo como liberador del encarcelamiento violento. Foucault argumenta un sometimiento aún mayor del alienado y que la alienación surge como una noción abstracta de la integración de las prácticas jurídicas y médicas.

Según Dominique Laporte (de inspiración hegeliana), Pinel identifica las categorías nosológicas de las conductas llamadas patológicas, aunque continúa pensándolas como conductas sociales peligrosas para el orden público; reciben una nominación médica, pero se mantienen en la jurisdicción de lo penal. Se produce una subordinación de lo médico a lo penal en la constitución de la alienación mental.

Castell, F., Castell, R. y Lovell (1980) sostienen que su acción fue “un ordenamiento del espacio hospitalario y una duplicación del acto de aislamiento para hacer del hospital un instrumento dócil en manos del médico ilustrado”. (Castell, F., Castell, R. y Lovell, 1980, p. 24)

La psiquiatría como especialidad de la ciencia médica surge como consecuencia de cambios ideológicos y jurídicos producidos al final del siglo XVIII: se distingue de otras especialidades médicas por su origen diferenciado en el plano de los conocimientos científicos y tecnológicos

Si bien se reconoce el surgimiento de la clínica psiquiátrica a partir de Jean-Étienne Dominique Esquirol, es Pinel quien establece los fundamentos del método clínico, cuyos principios generales perduraron hasta el siglo XIX.

Tal método está centrado en la observación de las manifestaciones patológicas, considerada como fundamental para proceder de acuerdo al criterio de la ciencia: la clasificación.

Desde una perspectiva empirista, el conocimiento es para Pinel un proceso cuya base es la observación detallada de los fenómenos que constituyen la realidad.

Este conocimiento solo se logrará desde la perspectiva nominalista, es decir desde el nombramiento de los fenómenos que intentan establecer un código que nombre lo real y de esta manera llegue a fundar un campo específico del saber.

La escuela de Pinel retoma la teoría hipocrática, busca descartar todo prejuicio y teoría explicativa que como preconceptos oscurezcan la observación. El valor de la observación

empírica solo adquiriría estatuto científico al poder traducirse en palabras que permitieran nominar hechos. (Napolitano, 2007, pp. 16-20)

A partir de este método se logra delimitar una enfermedad, diferenciada de las demás enfermedades de la medicina, subdividida en varias clasificaciones de acuerdo a un criterio sin intervención de la anatomía patológica. El conocimiento del médico incluía los dominios de la moral o sea lo psíquico y lo físico así como la relación entre ambas dimensiones.

Establece una metáfora naturalista que otorga significación a la variedad de fenómenos observados, como desarreglos de la naturaleza, que consideraba ordenada, y una escasa significación a la etiología lesional de la alienación mental.

La enfermedad tiene un modelo botánico, a partir de una elaboración nosográfica de extrema simplicidad que distingue clases y especies a partir de la descripción de los síntomas en términos sincrónicos en torno a una manifestación central —denominado *estado mórbido*— presentados como estado, agrupados por analogías y diferencias.

Después de Pinel y W. Tuke, la psiquiatría adquiere un estilo particular al investigar el origen de la locura en las causas orgánicas, o en las disposiciones hereditarias y cuanto más incide la influencia del Positivismo más sentirán que sus prácticas se alejan de sus principios.

En los extremos de la evolución de la categoría normalidad, los términos de la dicotomía no ha cambiado y los mismos elementos son aceptados o rechazados. Lo que se ha modificado es la relación entre lo excluido y lo incluido; lo aceptado y lo rechazado. Esta relación se admite ahora a nivel de la desviación del cuerpo, es decir en los márgenes de acción que rodean el ejercicio del alma y del cuerpo. (Foucault, 1996, pp. 19)

También puede analizarse la medicina desde el funcionamiento social, desde la forma que adoptan sus prácticas y sobre los objetos que pueden ser medicalizados y es así que la sociedad europea del siglo XVI al XIX define los límites de la salud mental como el territorio de la sinrazón, que dio origen a más divisiones sociales, éticas y religiosas.

El siglo XIX aceptó y exigió que se transfieran exclusivamente a los locos estos espacios donde en los tiempos anteriores mezclaban a los miserables, mendigos y desocupados. No es un hecho indiferente que los enfermos mentales estuvieran comprendidos en la proscripción de la ociosidad y, como sus compañeros, estuvieran sometidos a las mismas reglas de trabajo obligatorio y, bajo esta obligación uniforme, en más de una ocasión adquieran la misma fisonomía de aquellos.

Desde mediados del siglo XIX inspiró reflexiones críticas como las que anteriormente se suscitaron en los establecimientos del “gran encierro” que fueron impulsoras de una reforma interna del sistema. En ese mismo tiempo se da una tendencia contraria a la universalización del tratamiento moral desplazando la acción fuera de la institución y

extendiendo medidas preventivas a toda la sociedad. Se perfila un sistema con dos polos divergentes, presididos por el desajuste entre la práctica hospitalaria y la extrahospitalaria.

Se recompone el espacio asilar para dar lugar a un espacio auténticamente médico donde se disocian los verdaderos enfermos de aquellos otros como crónicos o seniles, entre otros que quedan del lado de la asistencia.

El encierro es una creación institucional surgida en el siglo XVII con una dimensión absolutamente diferente al encarcelamiento de la Edad Media, con medidas económicas erróneas y carentes de precaución social.

Sin embargo la historia de las alteraciones de la razón señala un acontecimiento decisivo como es el momento en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad para trabajar, de integrarse al grupo y el momento en que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad. Las nuevas significaciones que se le atribuyen a la pobreza modificaron el antiguo significado de la locura, con una nueva sensibilidad que marca un umbral para desterrar.

La locura pierde aquella libertad y presencia de trascendencias imaginarias del Renacimiento y la sociedad clásica reserva una región neutral donde el orden no afronta al desorden y la razón no intenta abrirse paso entre todo aquello que pretende obviarlo o negarlo.

Menos de medio siglo permaneció la locura recluida en instituciones fortalezas, ligado a la razón y a las reglas de una moral administrada como el comercio o la economía.

La medicina del siglo XIX creyó establecer lo que se podría llamar normas de lo patológico y conocer lo que universalmente, referido a todos los tiempos y lugares, debería ser considerado como enfermedad y así poder hacer diagnósticos retrospectivos de todo aquello que debería haber sido designado como patológico, pese a que se le dio por ignorancia un atributo distinto.

Con el avance del siglo XIX se cambia la percepción del problema mental inscripto en el eje verdad-error-conciencia al de pasión-voluntad-libertad.

En los inicios del siglo, las alteraciones de la salud mental eran percibidas en relación a la conducta regularizada y normal y no tanto como una perturbación del juicio, sino como una alteración de la manera de actuar, de querer, de sentir las pasiones, de adoptar decisiones y de ser libre.

La hipótesis sostenida por Esquirol sustentaba que la enfermedad mental como afección cerebral se caracterizaba por desórdenes de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad. Consideraba que no existen alienados en los que las pasiones o afecciones morales no estén desordenadas, pervertidas o aniquiladas, pero no todos visibilizan el delirio.

La disminución del delirio era considerado un signo de curación cuando los alterados retornan a sus primeros afectos; cuando las afecciones morales vuelven a sus justos límites,

cuando recuperan la necesidad de ver a sus familiares o entorno cercano y recuperar sus hábitos perdidos.

Esquirol, que compartía los criterios pineleanos para la delimitación de la patología mental, renovó el sistema de clasificación de sus diferentes formas. Incluyó una nueva variedad denominada delirios parciales. Esta nueva categoría, las monomanías, introduce un problema de fronteras entre el orden médico y jurídico, ya que con el diagnóstico de monomanía el sujeto, no responsable de sus actos, podía llegar a librarse del castigo.

Esta doctrina como ideología profesional, o reivindicación de la nascente psiquiatría, extendió abusivamente el campo de las formas de la alteración mental y contribuyó a la pérdida de vigencia de los criterios de alienación mental.

Su contemporáneo Antoine Bayle (1799-1858), siguiendo el paradigma de alienación mental, busca probar que la locura, como entidad mórbida, puede ser sintomática de un trastorno cerebral demostrable y su patogenia como sustrato inmediato. Constituyó un modelo privilegiado para el posterior período de la clínica psiquiátrica que, con retrasos respecto a los criterios vigentes para el resto de la medicina, sustituye la noción de alienación por el de enfermedad mental.

La mitad del siglo XIX delimita el segundo paradigma como una nueva manera de entender la enfermedad mental desde un criterio clínico-evolutivo que permite un diagnóstico positivo y diferencial. El campo de la psiquiatría se delimita en términos de entidad clínico-evolutivo anátomo-patológica.

El destino de la patología mental a fines del siglo XIX y principios del XX lleva a la consolidación de la clínica neurológica, con la diferenciación de la histeria de otras manifestaciones clínicas relacionadas con afecciones del sistema nervioso.

Destaca este período a tres figuras decisivas: Jules Séglas (en Francia), Sigmund Freud (en Austria) y Emil Kraepelin (en Alemania).

El primero realizó invalorable contribuciones a la semiología psiquiátrica; el segundo, una nueva manera de intervención. El tercero fundó las bases del análisis psicológico descriptivo que atravesaría todo el sistema nosográfico. Su meticulosa observación para la clasificación de las manifestaciones mórbidas lo sitúa como uno de los principales exponentes de la psiquiatría considerada como ciencia natural. Orienta una perspectiva diacrónica, etiológica y psicopatológica que elevó la entidad clínico-evolutiva a su máxima expresión.

Su hipótesis, basada en el modelo médico de la época, sostenía que al poseer un conocimiento exhaustivo en los tres campos de la locura —anatomía patológica, etiología y semiología— sería posible arribar a una clasificación uniforme sobre la base de cada campo y que cada una de esos campos, base de la investigación científica, también coincidirían en esencia con las otras dos. (Kraepelin, 1990, Cap. 1)

Con respecto al campo de la anatomía patológica, no obstante su adhesión al paralelismo psicofísico reconocía su inaplicabilidad a la totalidad de la patología mental, pero adhería a la referencia orgánica bajo la forma de lesiones, intoxicaciones o infecciones o de una predisposición cerebral constitucional.

Siglo XX

En el siglo XX se produce un giro en la historia del saber psiquiátrico, abandonando la unicidad de la alienación mental ligada a las prácticas alienistas como medida social hacia una perspectiva médica centrada en el diagnóstico diferencial de las alteraciones mentales. El criterio etiológico aparece como un organizador según un predominio causal endógeno o exógeno.

Desde el criterio semiológico se permitió inferir que manifestaciones clínicas similares tenían causas iguales. El punto de vista diacrónico, que proviene de la escuela francesa, fue el denominador común que le permitió unificar cuadros clínicos heterogéneos.

El objetivo básico es recolectar, ordenar y clasificar múltiples signos y síntomas de problemas mentales reagrupados en síndromes y enfermedades, en función de criterios observables. Se rompe con la etiología única y los modelos monocausales y se aporta como prueba la observación clínica como modo privilegiado del conocimiento psiquiátrico.

A la caracterización clínico-evolutiva se suma el criterio psicopatológico-descriptivo como otro de los vectores que sustentan la clasificación. Concibió con el aporte de la psicología, que cada entidad se definía de acuerdo a las perturbaciones que se presentan en el ámbito de la afectividad, de la voluntad y del juicio.

En el siglo XX se caracterizan la influencia del psicoanálisis, la expansión de la clasificación nosológica de las enfermedades mentales, el desarrollo de la neurología, la fisiología y la bioquímica como base del desarrollo de la psiquiatría organicista; el auge de la psicofarmacología y el inicio de las concepciones psicosociológicas de la enfermedad mental.

Se produce la ruptura con la concepción de la enfermedad mental que había dominado desde la mitad del siglo XIX y una reorganización de los problemas introducidos por la entidad clínico-evolutiva. A partir de una disciplina teórica autónoma, la psicopatología, se delimita el tercer paradigma que se denominó de las grandes estructuras psicopatológicas. El análisis psicopatológico trasciende el análisis descriptivo y determina aquello que lo condiciona y que no depende de facultades o funciones alteradas, sino que contempla la totalidad del funcionamiento psíquico del paciente.

Se desarrolla una intervención fuera de la institución, para intervenir directamente en el lugar de la emergencia de la locura y en instituciones no sanitarias como la familia, la escuela. Este control de riesgos con una intervención externa a la institución hospitalaria, sobre el medio, supone una ampliación del tratamiento moral antes limitado al contexto del hospital.

Las críticas al carácter reductor en el que se encuentra el campo de la psiquiatría proponen un abordaje de la causalidad como una causalidad semántica, situándose en una perspectiva fenomenológica.

Así, Jacques Lacan considera que el problema de la locura “no es separable de la significación para el sujeto, es decir, del lenguaje para el hombre”. Sostiene una equivalencia entre lo que el psicoanálisis denomina represión y la noción de desconocimiento. El loco desconoce que lo que él mismo censura en el orden del universo, es el desorden que lo afecta en su ser.

Reformula el narcisismo freudiano como principio mismo de la locura, en cuanto alienación primordial “del yo” y considera que la locura es el límite de la libertad: “el loco es el hombre libre” en la medida que no se encuentra sujeto a las limitaciones que impone la inscripción en un discurso establecido. (Lacan, 2008)

La concepción de la salud-enfermedad mental basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos considera que, tanto los criterios de salud mental como las representaciones sociales de la misma, son construcciones sociales y que la diversidad de esos modelos así como la persistencia de diferentes representaciones sociales hacen inviable un criterio unívoco de definición. (Alvaro, 1992)

El paciente con trastornos mentales, en sentido sociológico consiste en una alteración del sentido social que se hace significativa con la hospitalización. El paciente institucionalizado enfrenta circunstancias bastante similares a las que responden de un modo bastante similar, que por otra parte no difieren mucho de otras comunidades que puedan ser objeto de estudio.

En la posmodernidad, la enfermedad se relaciona con la pérdida del papel social, con la dependencia del otro y con la angustia y la posibilidad de interrelación con el medio. Es consciente de la relatividad de lo normal y a las variaciones a que es sometido el umbral de lo patológico: variaciones en el saber médico, en las técnicas de investigación y de intervención, en el grado de medicalización alcanzado en un país o región determinada, así como en las normas y estilos de vida, los sistemas de valores y con la organización económica y social. Por lo tanto, la enfermedad, en un período determinado y en una sociedad concreta es un proceso que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado.

La Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) define los trastornos mentales y del comportamiento como un conjunto nosológico

donde los síntomas difieren sustancialmente, pero los trastornos se caracterizan por alguna combinación de alteraciones de los procesos del pensamiento, las emociones, el comportamiento y las relaciones interpersonales.

Desde la perspectiva cualitativa, la salud mental es un proceso histórico y socialmente determinado de integración progresiva de elementos conflictivos, constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos. Este proceso es partícipe de los cambios que de manera activa transitan las personas y los grupos así como su entorno social. (World Health Organization, 2013b)

Desde la perspectiva etiológica, la salud mental está determinada y condicionada por procesos naturales, histórico-culturales, económico-sociales, jurídico-políticos, científico-técnicos y de organización de los servicios de salud, los cuales se dan interrelacionados y movilizados por relaciones de poder.

Desde la perspectiva política, la salud mental se entiende como una cuestión social, como un derecho humano inalienable ligado a los conceptos de ciudadanía, libertad, democracia y solidaridad y que requiere un sistema jurídico que la promueva, la ampare y la defienda de la discriminación, exclusión y violación de los derechos humanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su constitución, definió a la salud como el “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. (OMS, 2001b)

Esta definición planteada en términos absolutos no considera la relatividad del concepto bienestar que incluye un componente subjetivo importante a tener en cuenta en las evaluaciones de los riesgos para la salud o el rol del contexto sociocultural en el concepto predominante acerca de lo sano o lo enfermo.

Saforcada y Castellá Sarriera (2008) se refieren al concepto salud como una “situación de relativo bienestar psíquico, físico y social —el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia social determinada— considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre el individuo (entidad físico-química-psico-socio-cultural y económico política”. (Saforcada y Castellá Sarriera, 2008, pp. 113-134)

Aborda la relatividad del bienestar como concepto subjetivo. Los términos antitéticos como bienestar/malestar, salud/enfermedad implican aspectos objetivos y subjetivos así como multiplicidad de relaciones.

Enrique Pichon Rivière define a la salud como una adaptación activa a la realidad, es decir un proceso dialéctico de interacción creativa, transformadora entre el sujeto y la realidad, entre su mundo interno y externo.

Desde el enfoque sociológico la enfermedad es un constructo al que se le asigna un significado social con variaciones en el tiempo y lugar, situación que implica una variación

en las conductas para la construcción. En rigor este significado social tan particular como es la enfermedad en un determinado tiempo y espacio permite reflexionar acerca de la calidad de vida de los grupos sociales de esa época en ese lugar.

El enfoque sociológico interpreta a la enfermedad como una entidad con alto grado de complejidad. El Positivismo limita la enfermedad a un mal funcionamiento orgánico. El médico observa directamente o a través del diálogo o reconocimiento, y lo que él denomina enfermedad consiste en sensaciones subjetivas (síntomas) y en ciertos hallazgos (signos).

No existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto *trastorno mental*, término este que carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. El término *trastorno mental* implica una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos” (anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales ponen de manifiesto que hay mucho de físico en los trastornos mentales y mucho de mental en los trastornos físicos.

Cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón de comportamiento o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar o a una discapacidad (deterioro de una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir, sufrir dolor o pérdida de la libertad.

Ese patrón debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción de su comportamiento, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o conflicto sean síntomas de una disfunción. (Jenicek y Clèroux, 1993, pp. 363-365)

La consideración de persona enferma no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Este hecho demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de salud o enfermedad mental.

Desde el enfoque de la sociología, la construcción social de la enfermedad correspondiente a la anormalidad del comportamiento está sujeta a mayor ambigüedad e interpretación que otros problemas manifiestamente biológicos

Generalmente, en todas las sociedades se diferencia a la persona que padece una alteración de su conducta de carácter crónico, de aquella que muestra dichas alteraciones en situaciones socialmente aceptadas y normativamente sancionadas, y con una condición socioeconómica superior, así una es rotulada como loco y otra como excéntrica.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la salud mental como “estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como formar y mantener relaciones armoniosas

con los demás y participar constructivamente en los cambios que puedan introducirse en su ámbito físico y social". (Amico, 2002)

El modelo social como marco para la definición de salud mental es una estructura conceptual que contribuye a su definición desde la perspectiva socio-política y sirve de fundamento a la comprensión y explicación de la promoción de la salud mental. Desde esta perspectiva constituye un campo teórico-político en permanente construcción que supone el desarrollo de nuevos conceptos y modos de acción social, políticos, técnicos y administrativos en salud. Por lo tanto, el campo de la salud mental es complejo y transdisciplinario; admite la comprensión de la subjetividad, la singularidad y la diferencia entre lo individual y lo colectivo, advirtiendo las interrelaciones saludables y perjudiciales de la vida social.

El enfoque actual no la sitúa como un ente concreto sino conformado por conceptos ideales inmersos en el ámbito de la cultura y, por lo tanto, relativos a cada época y cada contexto social y se relaciona con la pérdida del papel social, con la dependencia del otro y con la angustia. Pichon Rivière dice que el sujeto es sano en la medida que mantiene un interjuego dialéctico con el medio y no una relación rígida y estereotipada. (Zito Lema, 2001, pp. 25-32)

El recorrido histórico de las alteraciones de la salud mental y de las prácticas psiquiátricas, estuvo presidida desde el alienismo, por una permanente tensión. Desde el tratamiento moral del alienismo hasta la teoría de la degeneración o el psicoanálisis y la psicoterapia del siglo XX o la revolución de los fármacos, esta historia parece bascular entre una orientación psicodinámica y una orientación biológica. Por lo demás en la práctica cotidiana domina un eclecticismo pragmático.

Esta aproximación dual estaría no obstante desapareciendo en un contexto marcado por las valoraciones de factibilidad, como costo-eficiencia en salud, en donde los tratamientos farmacológicos pueden ya no ser eficaces sino probar algún tipo de eficacia.

La evolución histórica a través de los diferentes vaivenes señaló una línea de cambio dominante, un desplazamiento desde el enfoque centrado en procesos psicológicos a un enfoque centrado en la clasificación de síntomas, desde un interés por la economía de los afectos hacia un interés por la cognición, desde un compromiso con la psiquiatría comunitaria a otro con la investigación biológica y el tratamiento farmacéutico. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, p. 11)

La caracterización de la enfermedad mental en los diferentes momentos históricos permitió considerar las dimensiones sociales y culturales para entender la situación del saber psiquiátrico, sus posibilidades, efectos sociales y límites.

En un mundo con alta incertidumbre, el desarrollo en este capítulo de la evolución histórica de las organizaciones para la atención de la salud mental permite estudiar sus

continuidades, rupturas y la comprensión de la impronta en estas organizaciones dentro de la sociedad postmoderna.

El recorrido lineal de la sucesión de etapas pretendió la búsqueda de la dirección que orientó el establecimiento de diferentes concepciones sobre el significado del modelo de enfermedad. Se observó que la evolución social modificó los límites entre lo normal y lo patológico, así como las categorías de exclusión; aunque no modificó la permanencia en conglomerados de patología mental-condición social-condición económica.

Estas características constituyeron un fundamento de justificación que impactó en la concepción y planificación del diseño del modelo propuesto para la gestión de la desinstitucionalización en la Argentina.

Alteración de la salud mental como discapacidad

El sistema social postmoderno define la “normalidad” según las exigencias del modelo productivista y excluye o relega sistemáticamente a una amplia franja de la población que ya se halla desvalida.

La distorsión de valores y fallas en las actitudes sociales básicas generan prácticas y normas de exclusión. La marginación por déficit de salud se suma a otras minoraciones sociales (excluidos por pobreza, desocupación, jubilación, etc.).

La denominación específica a un ser humano implica ubicarlo en una categoría y atribuirle un lugar de prestigio o menoscabo. Esa denominación es una forma de excluir al denominado de otras clases no incluidas en la categoría asignada, como sería en el caso en estudio, esquizofrénico o psicótico. Por lo tanto el concepto mismo *discapacidad* surge de transformar una dificultad en identidad.

Históricamente, las personas con discapacidad recibieron distintas denominaciones como *deficiente*, *impedido*, *defectuoso*, *disminuido*, *incapacitado*, *inhábil*, *minusválido*, *discapacitado*, entre otros; denominaciones que reducen la identidad de la complejidad humana a un solo rasgo.

Entre los discapacitados y el resto de la comunidad se generan complejas relaciones: la mirada de la gente está centrada en la carencia, dependencia, aislamiento con desvalorización de sus capacidades y potencialidades. Obstáculos sociales y laborales, entre otros, estimulan la discriminación al generar inferioridad, y dificultar la resocialización. Esta exclusión legal y social es mayor en el caso de los discapacitados mentales, desigualdad agravada respecto a los pacientes institucionalizados contra su voluntad, sobre todo cuando resultan cronificados.

Esa valoración genera actitudes hacia la persona nombrada, ya sea del lenguaje profesional, del jurídico, de la manera de nombrar y definir a las personas con discapacidad, más aun cuando ésta se trata de una alteración de la salud mental ha contribuido a crear ideologías erróneas.

En el problema de la discapacidad en la salud mental persiste en el imaginario social el prejuicio de peligrosidad, incapacidad e inimputabilidad y esa consideración es un subproducto de la ideología sobre la locura, heredada de la consideración de exclusión y enajenación alimentada por la angustia que el presunto sano experimenta hacia las personas con alteraciones mentales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 estableció criterios para denominar y definir las distintas condiciones de discapacidad, distinguiendo entre deficiencia, incapacidad y minusvalía, términos incorporados en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos (ONU, 1982).

Según los criterios de clasificación de la OMS, deficiencia es una pérdida o anomalía permanente o transitoria —psicológica, fisiológica o anatómica— de la estructura o función. Incapacidad es cualquier restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, por deficiencia en la forma o dentro del ámbito considerado normal para el ser humano y minusvalidez es una incapacidad que constituye una desventaja para una persona dada, en cuanto limita o impide el cumplimiento de una función normal para esa persona, considerando su edad, sexo y factores sociales y culturales. (OMS, 2001a)

Las diferentes clasificaciones internacionales fueron asumidas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, cuyos enunciados constituyen un instrumento normativo y de acción para ser aplicados por los Estados con la intención de respetar una norma de derecho internacional.

La Declaración de los Derechos de los Impedidos insta a “prevenir la incapacidad física y mental, ayudar a los impedidos a desarrollar sus actividades, así como fomentar en la medida de lo posible la vida social normal”. Actualmente, de acuerdo con estándares internacionales, esta denominación corresponde a “personas con discapacidad”.

La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad (OEA, 1969) de 1999 (aprobada por Ley 25.280, de julio de 2000) define el significado del vocablo *discapacidad* como “deficiencia física, mental o sensorial ya sea de naturaleza permanente o temporal que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”.

Una visión más amplia califica a la discapacidad condicionada por la relación existente entre la diferencia individual y el entorno sociopolítico, económico y cultural en el cual habita y se desarrolla (o deja de hacerlo) como producto social. Otra relación a considerar es

discapacidad y funcionamiento humano. La relación discapacidad-niveles de funcionamiento humano varía enormemente dentro de una población, ya sea en relación con las capacidades físicas, intelectuales, habilidades sensoriales o como resultado del impacto de la salud mental.

Definir quién tiene o no una discapacidad, no depende sólo de las características personales de los individuos sino de cómo la sociedad donde viven organiza su entorno. Desde este nuevo paradigma, la discapacidad es inherente a la sociedad que discapacita. Cuando las personas de diferente nivel de funcionamiento se enfrentan a obstáculos que les impiden o limitan el acceso a los servicios de salud, educativos, empleo, servicios públicos y al entorno físico y arquitectónico, se genera una condición de discapacidad. Por lo tanto, la discapacidad es una interacción entre el funcionamiento humano y un ambiente que no toma en cuenta los diferentes niveles de funcionamiento. (Astorga Gatjens, 2009)

La 54.ª Asamblea Mundial de la Salud (2001) aprobó la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la Discapacidad y de la Salud cuyo objetivo es “brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y de los estados relacionados con la salud”. (OMS, 2001a)

La CIF se basa en la integración del modelo médico y social, con la finalidad de incluir las diferentes dimensiones de la salud: biológica, individual y social. Los cambios conceptuales que se introducen con la CIF incluyen:

- *Funcionamiento* como un término genérico que abarca funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y los factores contextuales (ambientales y personales).
- *Discapacidad* como un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones corporales y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad (capacidad) y restricciones en la participación (desempleo). Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (ambiente y personales).

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 2006, vigente a partir del 3 de mayo de 2008 y su ratificación por la Ley 26.378 de 2008 permite que el sector de población con alteraciones mentales esté amparado por ambas regulaciones, que como en una gran medida se yuxtaponen, pueden ser implementadas e interpretadas en forma automática. (Martínez, 2015, pp. 270-272)

En este marco, la discapacidad es un concepto que evoluciona, resultante de la interacción entre una variable que tiene que ver con la funcionalidad de la persona y otra

variable que tiene que ver con el ambiente y la organización social, siempre relacionado a una condición de salud.

De este concepto surge la idea de que la discapacidad está influenciada por el entorno social quien deberá implementar los medios que posibiliten a las personas el pleno acceso y goce de sus derechos. (Wolkowicz, 2013)

El abordaje del desarrollo inclusivo desde la perspectiva de las personas con discapacidad incluye la necesidad de interrelacionar con el concepto de inclusión otros dos asociados con la discapacidad: la diversidad humana y el diseño universal.

Por diseño universal se entiende el diseño y construcción de productos (en este proyecto prótesis dentales) que puedan ser utilizadas por las personas como medio seguro y que en la medida de lo posible no ofrezcan adaptaciones particulares y sean accesibles.

Se entiende por “desarrollo inclusivo” la formulación y puesta en práctica de políticas, planes, programas, proyectos y acciones para el desarrollo socioeconómico y humano que se orientan, garantizan y hacen posible la igualdad de oportunidades y el disfrute y goce de los derechos para todas las personas, independientemente de su status social, género, condición física o mental y raza. (Berman Bieler, 2006)

Es necesario redimensionar la discapacidad como parte de la diversidad y no como una condición objeto de subestimación, discriminación, marginación y exclusión, condición dominante en los contextos socioculturales actuales, organizados alrededor de ideales estrechos de normalidad y funcionalidad.

Por lo tanto, toda actividad que promueva el desarrollo inclusivo aprovecha y potencia los derechos y capacidades de cada una de las dimensiones del ser humano en su diversidad y especificidad, promoviendo la garantía de la igualdad de oportunidades y de la equidad.

Este enfoque valora, sin exclusiones, la contribución de cada ser humano al proceso de desarrollo, promoviendo la diferencia, transformando la diversidad en una ventaja, un valor, una oportunidad y un derecho.

La referencia explícita de discapacidad mental en la legislación nacional —Ley 10.592, de 1997— y la extensa normativa internacional permite encuadrar a la alteración de la salud mental como una discapacidad. Permitted en el diseño de la intervención propuesta, en el capítulo VI de este trabajo, la redimensión de la diversidad de las capacidades y aptitudes como fomento de la cobertura de las necesidades básicas y contribución a la disminución de la permanencia en el programa de desinstitucionalización.

Ocupación en el ámbito de la salud mental

La identificación y definición de las nociones básicas del concepto *ocupación* permite impulsar vías de exploración de su potencial como método terapéutico y delimitar algunos referentes que dan significado al concepto y lo concibe como elemento inherente a la condición humana.

Uno de los significados “trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa” o el empeño que capta la atención del sujeto y que le impide emplear el tiempo en otra cosa, implicando y comprometiendo al individuo en aquello que hace. Otro es el “modo natural y originario de adquirir la propiedad de ciertas cosas que carecen de dueño” (Real Academia Española, 2000)

Clark, F. *et al.* (1991) la definen como “unidades de actividad personal y culturalmente significativas en la que los seres humanos se implican, nombradas en el léxico de la cultura”.

Otros autores la definen como “unidades de actividad clasificadas y nombradas en la cultura de acuerdo al con el propósito al que sirven, que capacitan al individuo para enfrentar con éxito los desafíos o retos del ambiente. Algunas características esenciales de la ocupación son: es intencional, dirigida a una meta (aún más si la meta es divertida o placentera), vivencial tanto como comportamental, socialmente valorada o reconocida, constituida por repertorios de destrezas adaptativas, organizada, esencial para la calidad de vida experimentada y con capacidad de influir en la salud”. (Yerxa, 1993)

Esta aproximación al término ocupación permite una interpretación de forma diacrónica, como un fenómeno temporal o proceso que incluye a la persona en su medio en la medida en que se apropia y hace suyos los objetos que lo rodean, captando su voluntad, su deseo de actuar en un medio físico y socio-cultural.

Los patrones ocupacionales determinados culturalmente regulan y organizan el tiempo en su discurrir cotidiano, así como a lo largo del ciclo evolutivo alrededor de esquemas asociados con ocupaciones y regulados por estas. Los roles ocupacionales permiten la organización del uso cotidiano del tiempo y estructuran el estilo o manera singular de organizar la acción de cada individuo. (Kronenberg y Pollard, 2006)

Por otro lado, desde el punto de vista sincrónico es el resultado de ciento de actividades que subjetivamente tienen mayor relevancia o interés y que al realizarlas el individuo pone de manifiesto su libertad de elección y acción. La ocupación constituye un fenómeno complejo de interacción entre el sujeto y su contexto físico, social y cultural, que está soportado, condicionado y estrechamente ligado a ese contexto.

Las nociones que aluden a los términos *ocupación* y *actividad* pueden considerarse similares en tanto hacen al quehacer humano que capta la voluntad para la realización de actividades de mayor relevancia para el individuo. Revelan al agente de los actos y ponen

de manifiesto su singularidad y libertad de acción en un medio social con códigos compartidos.

La ocupación como método terapéutico hace referencia a la praxis que utiliza como medio o agente terapéutico aquellas actividades u ocupaciones humanas que permiten revelar al agente del acto. Además de dar respuesta a sus necesidades y requerimientos sociales de la comunidad de pertenencia, constituye la forma de dar sentido a su existencia y asociar significados y propósitos socialmente compartidos.

Son determinantes de la ocupación la existencia de una finalidad o propósito que motiva la intención del agente, regula la secuencia de actividades del proceso y sirve de parámetro para coordinar y corregir estas actividades hasta lograr el objetivo.

Por lo tanto, una ocupación requiere una determinada organización para un esquema abstracto de relaciones entre diversos elementos que conforman una estructura, para la obtención de un conjunto coherente y final.

Dicha estructura es común e invariable para diversos tipos de ocupación; la variación está dada por las destrezas implicadas en cada actividad particular, en los recursos, en el ambiente en el que se llevan a cabo y en la diferente complejidad.

Más allá de su finalidad y propósito la ocupación adquiere un valor simbólico que inscribe la subjetividad. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, p. 23)

Clark, F. *et al.* (1991) destacan la importancia de estudiar la complejidad interviniente en la toma de decisión respecto de cómo vivir su propia vida, su trabajo, ocio, descanso, ahondando en la historia de su vida. De esta forma, la ocupación permitiría la expresión subjetiva y contribuiría a construir o reconstruir la identidad personal y su participación en la sociedad, alcanzando objetivos significativos personales y/o culturales.

Esta afirmación ubica la acción en el centro del proceso de humanización y al sujeto como agente del acto y viabiliza que éste sea, se distinga y se exprese.

La ocupación como agente, entidad o método terapéutico implica que ésta se pueda reconocer como propia de una cultura y de una sociedad, se le asocie significados y propósitos socialmente compartidos y que se engrane a la vivencia personal del sujeto. Por lo tanto en los adultos con alteraciones mentales la adquisición, mejora o recuperación de las habilidades o destrezas perdidas, ligadas al automantenimiento y productividad, influyen en la salud, en la calidad de vida y en el crecimiento y desarrollo de su entorno.

Considerando la existencia de estas variables intervinientes, la ocupación puede ser utilizada como método terapéutico con los siguientes objetivos:

- promover el aprendizaje, y adquisición de habilidades y destrezas;
- favorecer la participación, reinserción e integración social;
- modificar y adaptar las ocupaciones que el individuo desempeña y/o el entorno;

- emponderar a los individuos y comunidades para desarrollar ocupaciones culturales y sociales significativas.

Sin estas condiciones, la ocupación puede causar un efecto adverso y constituirse en un elemento estigmatizador, con consecuencias negativas para la salud. Es así como determinadas prácticas —en el campo de la salud mental— pueden suponer un proceso de desculturación en la persona que las practica. La ausencia de ocupaciones significativas desvinculadas del contexto social y cultural, en instituciones que operan programas para la desinstitucionalización, influyen negativamente en la calidad de vida y en las posibilidades de reinserción social de los usuarios, aumentando el tiempo de permanencia en estas instituciones. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, Cap. 2)

El vínculo estrecho entre la ocupación y el fenómeno humano se contempla en este trabajo desde las siguientes perspectivas:

- Su relación con el desarrollo filogenético de la especie por el aumento de su potencial para sobrevivir, desde las primeras herramientas utilizadas por los homínidos hace 2.6 millones de años o las primeras representaciones artísticas, como los grabados en rocas, pinturas rupestres u objetos fabricados por el *Homo erectus* que marcan los primeros signos de transmisión cultural.

- Respecto al proceso de desarrollo ontogenético éste se relaciona con la ocupación, en la medida en que la participación del individuo en actividades en su ciclo vital, genera cambios que coadyuvan a la maduración sensorial, física y psicológica, al desarrollo social y emocional, que le permite tanto adaptarse como transformar distintas situaciones de su entorno.

La perspectiva que concibe al ser humano como un ser ocupacional se sustenta en el estudio de tres aspectos complementarios a la ocupación que son la forma, la función y el significado:

- Forma: en aquellos aspectos de la ocupación directamente observables (físicos, sociales y culturales) que sustentan, condicionan e influyen en las ocupaciones de los seres humanos.

- Función: en la manera que contribuye a la adaptación y a la salud individual, ya sea con la organización del tiempo o como elemento coadyuvante del desarrollo y maduración sensorial, física, psicológica, social, emocional o de destrezas y habilidades.

- Significado: en la significación de la experiencia subjetiva de un individuo en su contexto sociocultural.

Las consecuencias del logro de estos propósitos se relacionan e influyen mutuamente a lo largo del tiempo. Es así que una actividad diaria no solo afecta la capacidad de

adaptación al medio sino también impacta en su identidad y en su sentimiento subjetivo de bienestar. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, p. 31)

Desde estas perspectivas, la ocupación es considerada un mecanismo de adaptación por medio del cual el individuo satisface tanto sus necesidades vitales como los requerimientos vitales de su entorno de pertenencia, favoreciendo su inclusión y participación activa en ese entramado sociocultural. El bienestar psicológico y social, elemento capital en el concepto actual de la salud, está asociado a la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas. (Wilcock, 2007)

La terapia ocupacional es conceptualizada como un proceso en el que los individuos participan en ocupaciones que dan forma a sus habilidades, moldean sus rutinas de hacer y construyen los pensamientos y sentimientos sobre sí mismos.

La ocupación como recurso terapéutico: marcos de referencia teóricos y modelos de práctica

La manera de concebir al ser humano y su salud difiere según el marco teórico de referencia y por lo tanto se atribuyen funciones dispares a la ocupación como recurso terapéutico.

Un marco teórico describe y aporta una explicación científica a un determinado ámbito de la realidad, que organiza y justifica la práctica desde ese ámbito. Cada marco define y especifica el objetivo de estudio e intervención, apelando a factores de distinta naturaleza, que en muchas ocasiones resultan contrapuestos. Supone conceptualizar, en este caso el papel de la ocupación, de manera diferente y en consecuencia perseguir objetivos terapéuticos diferentes. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, p. 60)

Asumir un marco de referencia como base teórica para la práctica implica adoptar una perspectiva ética, ideológica, social respecto a los seres humanos, la salud mental y sobre el rol de los profesionales de la salud que trabajan con las personas que la padecen.

Los marcos teóricos más comúnmente aceptados en la explicación de la salud mental son los siguientes:

- **Médico**

Basado en los principios de la neurociencia y la rehabilitación psicosocial.

Desarrolla una explicación causal del comportamiento anormal basado en una causa de carácter orgánico y a una etiología específica. A partir de los hallazgos de los desarrollos

teóricos de la neurociencia y de la investigación básica sobre el sistema nervioso central, se generan explicaciones sobre la base biológica del comportamiento psicopatológico.

La neurociencia es un cuerpo de conocimiento interdisciplinar, entre ellas la biología molecular, la electrofisiología, la neurofisiología, la anatomía, la embriología y biología del desarrollo, la biología celular, la biología comportamental, la neurología, la neuropsicología cognitiva y las ciencias cognitivas.

Enfatizando la estructura funcional mental y las representaciones internas, el psicoanálisis ha servido como un campo del saber que acentúa su estudio en lógica de las operaciones mentales (funciones cognitivas) y en las representaciones internas (imágenes mentales). (Kandell, 2000, Cap. 1)

La neurociencia promueve el entendimiento de los procesos a nivel celular y molecular por las cuales el cerebro produce actos de comportamiento y cognitivos específicos.

En la actualidad uno de los mayores retos de la gestión moderna es indagar la forma en que interactúan los procesos cognitivos conscientes e inconscientes en los intereses y toma de decisiones de las personas. (Braidot, 2005, pp. 3-8)

La metodología del modelo médico consiste en la identificación de síntomas y signos de la enfermedad para identificar posteriormente el síndrome y luego el proceso de diagnóstico preciso con una etiología concreta, un modelo monocausal sobre el que se debería actuar para eliminar la enfermedad.

Las teorías tienen como postulados centrales la actividad bioquímica y eléctrica del cerebro que explicarían los pensamientos, las emociones.

Desde estos postulados se ha asociado a la enfermedad mental con alteraciones anatómicas o fisiológicas del sistema nervioso central.

En consecuencia, en la medida que la enfermedad mental fuera causada por déficit o alteraciones en el cerebro, el tratamiento debe centrarse en intervenciones que las eliminen o modifiquen. El tratamiento básico es el farmacológico.

Cuando la ocupación se sustenta en un marco de referencia médico se deberá tener en cuenta el efecto del tratamiento prescrito por el psiquiatra y en el rendimiento funcional del sujeto. Se deben planificar actividades que permitan a los pacientes, afrontar sus actividades diarias en presencia de los efectos secundarios de los medicamentos así como los procedimientos de carácter compensatorio.

De acuerdo con estos planteamientos, el objetivo último del tratamiento es la creación de un entorno óptimo que estimule y apoye al individuo para que disminuya su confusión y potencie sus capacidades funcionales y que favorezca el mantenimiento del sentimiento de competencia a pesar de las dificultades. (Cfr. Duncan, 2006)

Previo a la conceptualización de los principios de la rehabilitación psicosocial, se procederá a definir el significado de rehabilitación desde dos perspectivas:

La perspectiva anglosajona presenta una primacía del modelo biomédico y promueve que el hombre recobre el funcionamiento personal y social, por medio del aprendizaje de habilidades y/o modificaciones del entorno. (Paganizzi, 2007, pp. 155-168)

La perspectiva latina, muy diferente a la anterior, sostiene la modificación de los contextos institucionales comunitarios y políticos para lograr la reinserción social de las personas con alteraciones de la salud mental.

Otros autores afirman que rehabilitar es construir y reconstruir el acceso real a los derechos que como ciudadano tiene una persona. (Leonardis, Mauri y Rotelli, 1994)

La rehabilitación psicosocial puede definirse como un modelo ecléctico que combina principios y conceptos de la rehabilitación física, la terapia centrada en el paciente, la psiquiatría, la psicología cognitiva-conceptual, desde diversos marcos teóricos.

Rodríguez la define como: “aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible”. (Anthony y Liberman, 1986)

Si bien la rehabilitación psicosocial no responde únicamente a un solo marco, gran parte de su base teórica se apoya en el modelo de vulnerabilidad-estrés.

Este modelo concibe la etiología de las alteraciones de la salud mental desde una perspectiva multicausal. Los cuadros clínicos son considerados como el resultado de la relación entre factores estresantes del ambiente y la vulnerabilidad individual subyacente.

El modelo sostiene que cada alteración mental tiene una predisposición a presentar esa enfermedad y que esa predisposición es un rasgo duradero de la vulnerabilidad. Para que la enfermedad mental desarrolle no es suficiente la presencia de este rasgo, sino la presencia de otros factores ambientales desencadenantes, aún en el caso de que la vulnerabilidad individual sea alta.

Este marco considera causas de vulnerabilidad a:

- Factores genéticos y biológicos, causa de cambios patológicos en el cerebro
- Factores ecológicos o ambientales
- Factores psicológicos que alteran el procesamiento de la información, del aprendizaje, del desarrollo evolutivo

Estos factores individuales no explican la sintomatología de las alteraciones mentales, puesto que no todos los sujetos vulnerables llegan a desarrollar los síntomas. Así mismo, los factores de protección personales, como el desarrollo de destrezas de afrontamiento a la ingestión regular de medicación o ambientales como el apoyo familiar, median o protegen frente al desarrollo de la enfermedad.

Una descompensación surgiría como consecuencia de factores o eventos estresantes, individuales o ambientales, para la vida de las personas con escasos factores de protección

o una disminución de las destrezas para la resolución de los problemas o como reducción de su red de apoyo o soporte del individuo.

Desde este marco la cronicidad se produce en función del número de recaídas y de la interacción de factores desencadenantes y protectores.

Con esta conceptualización de la enfermedad mental, la rehabilitación psicosocial tiene como objetivo la recuperación del funcionamiento individual, la integración con su comunidad y la mejora de la calidad de vida de los sujetos tratados.

Las estrategias de intervención interrelacionan tres ejes:

- Mitigar la vulnerabilidad, por tratamiento farmacológico o rehabilitación cognitiva
- Reducir factores de estrés mejorando la capacidad resolutive de problemas, las destrezas de afrontamiento, las habilidades sociales y modificando los factores extrínsecos ambientales generadores de estrés
- Fortalecer la red de apoyo social y afectivo

Las estrategias de intervención incluyen el diseño de planes individualizados de rehabilitación, basados en diagnóstico previo y en la metodología del modelo médico:

- Prácticas centradas en el cliente con autonomía y autodeterminación del paciente respecto al tratamiento rehabilitador
- Evaluación de las circunstancias particulares de los sujetos tratados
- Intervenciones en el área laboral, sustentado en la hipótesis de que el trabajo es un elemento básico en la organización de la vida adulta y la integración comunitaria
- Desarrollo de competencias para afrontar la vida, tensión de la vida social, modificando el entorno con el apoyo de su familia

- **Psicoanalítico**

Marco de referencia aplicado analítico

La aplicación de técnicas creativas, expresivas y proyectivas como actividades artísticas y creativas como la pintura, cerámica, teatro o danza se fundamenta en el supuesto de que la realización de tales actividades favorece la expresión y la elaboración de contenidos psíquicos de carácter inconsciente.

Este marco establece una explicación del comportamiento humano motivado, al menos en parte, de forma inconsciente. El comportamiento patológico se debe a elementos intrapsíquicos individuales.

El inconsciente se conforma alrededor del pensamiento, que se vincula a la satisfacción de pulsiones y su regulación social, que caen bajo el efecto de la represión y, sin estar sujetos al control voluntario, pueden modificar su comportamiento.

Las reacciones e interpretaciones del individuo respecto a su quehacer creativo, sostenidas en la relación de transferencia con el terapeuta, le permiten descubrir contenidos inconscientes y formas de vinculación con las personas y objetos.

El encuadre terapéutico de este marco está construido en la relación transferencial sobre la base del diálogo y la escucha entre el terapeuta y el usuario. Promueve, favoreciendo la elaboración de conflictos psíquicos, la toma de consciencia de los mecanismos que subyacen a los problemas psicológicos de forma de posibilitar una cierta modificación de éstos así como de los síntomas que producen.

Marco de referencia aplicado al trabajo grupal

Se fundamenta en las teorías de los efectos del comportamiento y en la estructura de la personalidad sobre la dinámica de las relaciones y procesos grupales.

Los principios de este marco se basan en la realización de actividades grupales no estructuradas. La falta de una organización formal en un grupo genera un grado de indeterminación, en relación con los papeles, funciones normas y objetivos, que permite que el propio desarrollo grupal de forma a la estructura y organización de interacciones en su interior.

A lo largo de la dinámica del grupo se desarrollará el entramado de interacciones, identificaciones, afectos o rivalidades, producto de la subjetividad de quienes integran el grupo. Las relaciones interpersonales del grupo con un objetivo común, son generadores de un proceso de discusión dentro del grupo que persigue la elaboración de conflictos y formulación de alternativas que propicien el cambio, como mecanismo terapéutico básico. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, p. 67)

- **Humanista**

La perspectiva teórica de Carl Rogers tiene su aplicación en la terapia centrada en el cliente o abordaje centrado en la persona. Sostiene que el comportamiento humano es consecuencia de su percepción de la realidad “aquí y ahora” en el momento de actuar. Postula que toda persona tiene un potencial desarrollo innato, que es actualizado a lo largo de su ciclo vital, mediante la interacción con su entorno. Si este es estimulante y

enriquecedor es probable la consecución de su autorrealización y alcance de metas positivas. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, pp. 67-69)

Este marco sitúa al autoconcepto como eje central del comportamiento humano. Sostiene que la persona desarrolla progresivamente su autoconcepto construido por la valoración de las experiencias vividas y las respuestas del entorno.

Concibe al ser humano como un ser pensante e independiente, plenamente responsable de su comportamiento y de sus actos. No invoca causas subyacentes, ni orgánicas ni intrapsíquicas que expliquen el comportamiento. Entiende que el comportamiento puede considerarse normal si se observa desde la perspectiva de la persona que lo lleva a cabo, por lo tanto se opone al encasillamiento diagnóstico.

Los conceptos básicos son el autoconcepto, la percepción, la autoimagen y el potencial de autorrealización.

Terapia centrada en el cliente

Destaca la importancia del potencial del desarrollo innato o de autorrealización del ser humano. Desde el enfoque de esta terapia, el individuo desarrolla su autoconcepto por medio de su interacción con el entorno, que le permite delimitar y diferenciar su yo de la realidad, y ser el vehículo para que la persona se autorrealice, siempre que se den condiciones adecuadas.

La terapia centrada en el cliente alienta al sujeto a explorar su percepción y la de la realidad, evita realizar interpretaciones del comportamiento, pero refleja percepciones y creencias de éste para que mejore el conocimiento de sí mismo.

El terapeuta se transforma en un facilitador y consejero, ofreciendo oportunidades y capacitando al usuario para explorar sus pensamientos y sentimientos que le permiten identificar sus necesidades.

Este marco enfatiza la responsabilidad del paciente para favorecer que desarrolle un mayor autocontrol sobre su vida, tome decisiones y adquiera responsabilidad de su futuro para alcanzar su autorrealización. (Cfr. Duncan, 2006)

- **Cognitivo-conductual**

Este marco desarrolla una explicación funcional del comportamiento. Concibe la conducta humana como consecuencia del aprendizaje, tanto en su adquisición, mantenimiento y cambio.

No se interesa por variables de tipo intraorganísmico, sólo estudia las respuestas observables del individuo y su relación con los estímulos del ambiente.

Las teorías del aprendizaje han sido aplicadas en la modificación de la conducta y de desestabilización, de entrenamiento de destrezas, de aprendizaje programado y de reestructuración cognitiva. Este encuadre permite el entrenamiento aislado y progresivo de las conductas integradas en el desempeño ocupacional.

Las conductas diana se establecen desde los siguientes criterios:

- Definición y descripción de las esperadas
- Establecimiento de la duración, frecuencia e intensidad
- Distribución según criterio creciente de complejidad
- Establecimiento y descripción de la situación o contexto en el que habrá de emitirse

Desde la perspectiva cognitiva, se aborda las ideas de los individuos que se constituyen en objetivos de intervención.

Aplica el método experimental que inicia con:

- a) una descripción de las conductas problema y las relaciones de tales conductas con los estímulos del ambiente;
- b) se elabora una hipótesis alrededor de la cual se programa la intervención;
- c) se identifican y manipula las variables que intervienen en el problema, definidas en la hipótesis inicial;
- d) se verifica o modifica la hipótesis planteada.

Los conceptos básicos de la teoría cognitiva-conductual son aprendizaje, conducta, estímulo, respuesta, condicionamiento, contingencia y consideran las alteraciones de la conducta como un continuo entre los estados de normalidad y anormalidad. No se ocupa de la historia pasada del individuo, sino de las conductas presentes y observables, para lograr una reestructuración de los procesos cognitivos. Rechaza todas las escuelas de pensamiento basadas en informes subjetivos de los pensamientos y sentimientos. (Hagedorn, 2002)

Modelos de práctica

Se denominan modelos de práctica a la representación con cierto grado de simplificación de un marco teórico que permite organizar el conocimiento para aplicarlo en situaciones prácticas. Estos modelos proporcionan representaciones mentales que permiten comprender cómo las personas eligen, experimentan y realizan sus ocupaciones. Su función permite interpretar *ex ante* los problemas a los que se van a enfrentar los usuarios al desempeñar una ocupación.

Si bien existen múltiples modelos de práctica, este trabajo describirá los siguientes:

- Modelo de la ocupación humana de Gary Kielhofner
- Modelo canadiense

Los criterios de selección fueron el ámbito de aplicación (la salud mental), la consistencia interna, la claridad de sus principios teóricos, la metodología para su aplicación y los métodos de evaluación. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, p. 72)

- **Modelo de la ocupación humana**

El modelo de la ocupación humana (MOHO) está validado y es aplicable a cualquier persona, sea cual sea el momento de su desarrollo evolutivo, que tenga una disfunción ocupacional así como una amplitud de trastornos.

Su aproximación al comportamiento ocupacional es global, es decir es abarcativo de términos asociados como la motivación para la acción, el desempeño y la organización de la conducta ocupacional en la vida diaria.

El concepto básico de este modelo es el del comportamiento ocupacional en áreas de autocuidado, producción, ocio, tiempo libre y juego, desarrollado a lo largo del ciclo vital hasta alcanzar un equilibrio ocupacional saludable.

El ser humano es conceptualizado como un sistema abierto y dinámico y la conducta ocupacional como una consecuencia de la interacción conjunta del sistema humano, la tarea y el entorno. Estas variables crean la red de condiciones que soportan el desempeño ocupacional.

La teoría general de sistemas abiertos y la teoría de dinámica de sistemas son el marco teórico que explica la complejidad de la organización de la conducta ocupacional humana. La existencia de los subsistemas de la volición, la habituación y el desempeño en un entorno determinado interactúan organizando el comportamiento ocupacional dinámico y dependiente del contexto.

Este modelo asume que la acción, el hacer o conducta ocupacional es un factor central o variable determinante de la salud, bienestar, desarrollo y cambio del ser humano. La ocupación que desempeña un sujeto y su entorno, tienen la misma importancia que los motivos y las capacidades subyacentes que explican cómo la persona puede desempeñar dicha ocupación.

También afirma que la repetición de la conducta ocupacional es un coadyuvante de la organización de estructuras físicas, y mentales del sistema humano de forma tal que la conducta ocupacional es conceptualizada como un proceso de autoorganización, mantenimiento, desarrollo del ser humano a través del hacer o la disposición universal del ser humano para la acción.

La ocupación es un dominio singular de conductas como la elección de la actividad fruto de la voluntad y la elección consciente, que organizan y motivan la ocupación de cada individuo.

La volición como motivación de la persona para la ocupación, la habituación como organización del desempeño en roles y rutinas y la capacidad de desempeño como habilidad del sujeto para la realización de actividades, de manera heterárquica, conforman la conceptualización del ser humano según el MOHO.

La función principal de la volición es fijar esas elecciones. Hace referencia a las disposiciones emocionales y cognitivas respecto a las ocupaciones como a las disposiciones adquiridas a través de la práctica, que le permiten anticipar experiencias futuras o al autoconocimiento que cada individuo genera de sí mismo.

La volición como interpretación de una variable de la conducta ocupacional puede definirse como “un conjunto de disposiciones y autoconocimiento que predispone y permite a las personas anticipar, elegir e interpretar el comportamiento ocupacional” (Kielhofner, 2009, pp. 78-85)

El modelo estructura la volición en tres subsistemas:

1. causalidad personal en primer lugar como conjunto de disposiciones y autoconocimiento de las propias capacidades y en segundo lugar el sentimiento de eficacia de las ocupaciones;
2. valores como conjunto coherente de convicciones que asignan significado y permiten juzgar el valor de diversas ocupaciones, así como pautas o estándares para el logro de ocupaciones que crean una disposición fuerte para el desempeño;
3. intereses como placer, satisfacción en las ocupaciones y atracción o tendencia a disfrutar de realizar ciertas actividades antes que otras.

La habituación se interpreta como “una organización interna de información que predispone al sistema humano a mostrar patrones recurrentes de conducta ocupacional, apropiados a las características de las tareas rutinarias y a los contextos físicos, temporales y socioculturales en que tienen lugar esas actividades”.

El subsistema de la habituación se refiere tanto a los patrones de comportamiento ocupacional semiautónomo que permiten organizar y estructurar la manera o estilo de organizar la acción en el tiempo de cada individuo; o como al proceso que permite percibir e interpretar los contextos físicos, temporales y socioculturales y que permite desarrollar una conducta ocupacional eficiente.

La habituación “una organización interna de información que predispone al sistema humano a mostrar patrones recurrentes de conducta ocupacional, apropiados a las características de las tareas rutinarias y a los contextos físicos, temporales y socioculturales en que tienen lugar esas actividades”. (Kielhofner, 2009, pp. 130-137)

Los hábitos son vehículos de costumbres, usos y estilos de vida en sociedad, que por su característica de ser tendencias latentes o disposiciones duraderas, adquiridas por repetición (con integración de experiencias pasadas), operan parcialmente a nivel metaconsciente. Preservan la manera de ser aprendidas por medio de la experiencia. Su característica semiautomática permite la emisión de dos o más conductas ocupacionales similares, situación que ahorra recursos de atención.

Los roles se definen como “una conciencia amplia de una identidad social particular, así como de las obligaciones ligadas a ella, que conjuntamente proveen un encuadre para apreciar situaciones relevantes y construir el comportamiento apropiado”.

Los roles canalizan la acción individual por medio de patrones de comportamiento asociados con diversos sistemas sociales, a saber:

- influyen en la modalidad y estilo de las interacciones con los demás;
- influyen en el desempeño de actividades que constituyen la rutina de roles;
- estructuran ciclos diarios y semanales en los que se desempeñan ciertos roles.

Con el desarrollo evolutivo del hombre, éste adquiere roles formales e informales debido a su capacidad para interiorizar las expectativas asociadas con diversos roles que emplea como guía del comportamiento ocupacional. Estos roles sufren modificaciones y cambios según avanza el curso de vida, adecuándose a las expectativas sociales y a las elecciones vitales de cada sujeto.

La capacidad de desempeño es el producto de la interacción de distintos componentes físicos y mentales que, en conjunto, facultan al sujeto para el desempeño ocupacional. Los componentes que subyacen al desempeño están determinados por la integridad de los subsistemas corporales que mantienen nuestras capacidades musculoesqueléticas, neurológicas, cardiovasculares así como otros subsistemas corporales. Diversas capacidades mentales y cognitivas como el razonamiento, la memoria o la atención tienen la misma importancia para un desempeño ocupacional exitoso.

A estas variables intervinientes en el desempeño organizacional, Kielhofner agrega la “experiencia subjetiva de la capacidad” explicativa de la capacidad de desempeño individual.

Esta capacidad es definida como “la capacidad de hacer cosas sustentada por el estatus de los componentes físicos y mentales de carácter objetivo que subyacen al desempeño y su correspondiente experiencia subjetiva”.

Como sustento de este aspecto vivencial de la capacidad de desempeño, el concepto de *cuerpo vivido* subraya la única manera en que cada sujeto experimenta su cuerpo como parte indisoluble de su “yo” y los efectos vivenciales en el desempeño ocupacional.

Según los principios de los marcos teóricos a que se hizo referencia, la modificación de algún subsistema concreto implica el cambio de todo el sistema, ya que cualquiera de estos cambios es la causa de la reorganización total del sistema. Como consecuencia los

progresos terapéuticos se evidencian a través de una nueva reorganización global para alcanzar un funcionamiento ocupacional adaptado y no únicamente en una modificación aislada de un subsistema determinado.

- **Modelo canadiense de desempeño ocupacional**

Este modelo sostiene la perspectiva de la terapia ocupacional en relación a cuatro ideas básicas: práctica centrada en el cliente, el desempeño ocupacional, la habilitación y la consecución de la salud, el bienestar y la justicia por medio de la ocupación.

Las claves independientes de este modelo son la persona, el medio ambiente y la ocupación. El concepto básico central es el desempeño ocupacional concebido como el resultado de una relación dinámica entre la persona, el medio y la ocupación desarrollado a lo largo de su vida. La modificación de cualquier elemento que conforma este equilibrio dinámico trae como consecuencia cambios en el resto de los componentes y en el desempeño.

El modelo tiene como hipótesis que el desempeño ocupacional está asociado con el desarrollo evolutivo de la persona, con la integridad de su sustrato biológico y con los condicionantes del medio en el que cada sujeto se desenvuelve. Si las exigencias ocupacionales, las habilidades de la persona y las demandas del medio son congruentes, el desempeño ocupacional puede contribuir a generar un sentimiento de armonía favorecedor del crecimiento y la expresión personal. (Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, pp. 81-84)

La persona: concebida desde una visión holística, los aspectos vinculados al desempeño organizacional son:

- Afectivos, incluyendo elementos sociales y de interacción personal
- Cognitivos, como funciones intelectuales
- Físicos, como funciones sensoriales, motoras y sensoriomotoras

La ocupación: como necesidad humana básica, posibilita la organización del comportamiento, estructura el tiempo, permite su expresión individual, contribuye a la construcción de la identidad personal y favorece el sentimiento de control de la realidad.

El medio ambiente: como el contexto y las situaciones que suscitan respuestas por parte de los sujetos.

La persona y el desempeño ocupacional no pueden separarse del medio cultural, institucional, físico y social; conformando una relación bidireccional el medio influye en la persona, de igual forma que ésta modifica y transforma al medio. La presencia de déficit, condiciones de discapacidad, retrasos del desarrollo, enfermedades o el proceso de

envejecimiento influyen el curso del desarrollo ocupacional, alterando el desempeño relacionado a los estadios del ciclo evolutivo normalizado.

El modelo canadiense establece un proceso metodológico con una secuencia que incluye bases del proceso de intervención, acuerdo de objetivos y planes, monitoreo, modificaciones si fuesen necesarias y evaluación.

Esta secuencia permite definir, validar y ordenar, según las prioridades individuales, las actividades para el cuidado personal, la productividad y el ocio. Un plan de intervención establece las condiciones ambientales favorecedoras u obstaculizadoras y una posterior valoración de resultados.

El modelo prioriza las creencias, valores y objetivos del sujeto, promoviendo la salud a través de la ocupación y el concepto de habilitación frente al tratamiento. Aboga por una práctica centrada en el cliente, basándose en la conceptualización de las acciones realizadas con el cliente más que para el cliente y que habilitar supone transformar al paciente en participante.

Esta perspectiva enfatiza el derecho del paciente a recibir toda la información necesaria para la elección de los servicios que resuelvan mejor sus necesidades y sostiene que éstas como sus creencias, opiniones y deseos deben ser respetadas como parte del proceso terapéutico.

Con esta metodología toda intervención sobre la base teórica del modelo canadiense se basa en el análisis de los valores y necesidades de los pacientes, de sus ocupaciones y de los aspectos culturales, físicos y sociales que suponen un obstáculo o facilitan el desempeño ocupacional.

Realizado este diagnóstico *ex ante*, el terapeuta diseña un plan de intervención de carácter individual y/o grupal transformando la ocupación en un medio terapéutico.

Este trabajo sostiene la hipótesis que el desempeño ocupacional aplicado al desarrollo evolutivo y a los condicionantes del medio individual se transforma en un medio terapéutico y es favorecedor de la reinserción socioeconómica, por lo tanto el diseño de intervención propuesto promueve la recuperación o el desarrollo secuencial de las habilidades que le permitan la inclusión a la actividad laboral.

CAPÍTULO III

EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL MODELO ASILAR

LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA: EVOLUCIÓN DEL MODELO ASILAR

Este capítulo incluye una revisión de la institucionalización psiquiátrica, con el objetivo de identificar el significado de la Institucionalización y las características básicas y evolución histórica de los dispositivos de la asistencia a la salud mental como marco teórico para conocer las claves del proceso de la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización en los países de Occidente.

La descripción, de característica no lineal, determina dos períodos a partir del siglo XVIII, uno previo considerado prehistórico y el posterior o histórico.

El sistema de atención de las alteraciones de la salud mental en el área de la salud pública, resulta de la interacción de las teorías sobre la locura, los recursos terapéuticos disponibles y las condiciones socioeconómicas de la sociedad.

La alteración mental, llamada locura —como se expuso en el capítulo anterior—, era considerada fundamentalmente como una forma de error o ilusión y solo fue objeto de internamiento recién en el siglo XVIII. Todavía en los inicios de la época clásica la alteración era percibida como pertenencia de las quimeras del mundo, y la persona alterada podía vivir sin ser separada de éstas, excepto cuando adoptaba formas extremas o peligrosas para el criterio de la época.

Gestión del modelo asilar previa al siglo XVIII

Los lugares terapéuticos eran varios, pero sobre todo primaba lo natural que constituía la forma visible de la verdad, disipar el error o volatilizar las quimeras. Las prescripciones médicas por lo tanto estaban basadas en formas naturales como el viaje, el reposo, el paseo, el retiro, la ruptura con el medio artificial representado por la ciudad.

Las instituciones psiquiátricas como sistema manicomial dieron perspectiva médica a la enfermedad mental, previamente llamada insensatez, con el fin de cuidar y curar a los débiles de espíritu; remontan sus antecedentes a los árabes en Fez, en Damasco en el año 707, en Bagdad en 765 y en el siglo XII en Egipto. Se caracterizaban por el tratamiento humanitario de los allí ingresados.

El origen de los primeros hospitales psiquiátricos se sitúa en España, el de Valencia (1409), en Zaragoza (1425), en Sevilla (1435), Valladolid (1436), Toledo (finales del siglo XV) y Granada (1527). (Cifuentes, 1995, p. 232)

El siglo XVII produce un cambio radical en la actitud científica respecto a la enfermedad mental y se transforma la finalidad de las instituciones que albergan a estos sujetos: confinar

a aquellos categorizados como anormales para protección de la tranquilidad pública y preservación del orden establecido.

La complejidad ciudadana generó, de acuerdo a patrones culturales de la sociedad de este momento, diversas formas organizativas con un grado de dinamismo interno y externo, no sólo relacionadas a los aspectos económico-políticos sino a otros como educación y salud, adscriptas a los templos y al palacio, orientadas al mantenimiento de la tradición religiosa y los registros contables de la producción.

Empieza a concebirse la idea manicomial. El sistema alternaba la asistencia precaria con la exclusión de ciertas categorías asociadas entre otras con la pobreza y la marginalidad, en encierros represivos que permitían un control de los factores considerados perturbadores del orden social dominante.

Sin embargo, la historia de las alteraciones de la razón señala un acontecimiento decisivo como es el momento en que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad. Cuando la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad para trabajar, de integrarse al grupo.

Las nuevas significaciones que se le atribuyen a la pobreza modificaron el antiguo significado de la locura, con una nueva sensibilidad que marca un umbral para desterrar. La locura pierde aquella libertad y presencia de trascendencias imaginarias del Renacimiento y la sociedad clásica reserva una región neutral donde el orden no afronta al desorden y la razón no intenta abrirse paso entre todo aquello que pretende obviarlo o negarlo.

En menos de medio siglo permaneció la locura recluida en instituciones, fortalezas, ligada a la razón y a las reglas de una moral administrada como eran el comercio o la economía. Es así como en toda Europa la internación fue una de las respuestas a la crisis económica, que en el siglo XVII, afectaba al mundo occidental.

Pero fuera de los períodos de crisis se dio a la internación de la pobreza y la locura una nueva utilidad mediante el trabajo como medio hacia la prosperidad general. Se hizo trabajar a los internados más que encerrar a los desocupados. Se alternaron entonces, mano de obra barata y salarios altos y, en período de desempleo, reabsorción de ociosos y protección social contra la agitación y motines. (Foucault, 2010, pp. 105-111)

En algunos lugares como Inglaterra las casas de internación coinciden geográficamente con los puntos más industrializados del país. Se publican reglamentos que explicitan el deber de trabajar de todos los internos, considerando a éste no sólo una ocupación sino la característica de productividad y se determina la retribución como la cuarta parte del valor de su trabajo.

El excedente de producción aumentó el poder de grupos tomadores de tributos, a cambio de protección de los campesinos, y fragmentó el poder de la monarquía, situación que permitió actuar alternativamente sobre el mercado de mano de obra y los precios de

producción, absorción de la desocupación, disimulo de la miseria. En realidad, las acciones sobre la locura y la pobreza, fueron una medida artificial ineficaz en el control de precios, ya que no guardaban proporción con los gastos reales del sistema de internación.

Esta situación aumentó la desocupación en regiones vecinas y el impacto sobre los precios era sólo artificial, ya que el precio de mercado de los productos fabricados en esa situación no guardaba proporción con los costos de la internación.

Estas normas de trabajo se extendieron hasta fines del siglo XVIII y en algunos países como Alemania cada casa de internación tenía una especialidad: hilados en Bremen, en Brunswick y en Múnich; teñidos en Hannover; pulidos de vidrio para óptica en Núremberg.

Esta exigencia moral se convierte en táctica económica cuando en 1651 con el Acta de Navegación y el descenso de la tasa de descuento se recupera la actividad económica y se desarrollan el comercio y la industria.

El trabajo en las *work houses* inglesas quería ser utilizado por las industrias y mercados locales como modo de aprovechar la producción barata y su efecto regulador sobre el precio de venta.

Se originan conflictos con los fabricantes y por el efecto de esta competencia se traslada el escenario de la pobreza, creando nuevos pobres en un área geográfica bajo pretexto de suprimirlo de otra.

Ante el peligro de la competencia, las autoridades reducen drásticamente el trabajo en estas instituciones, situación que repercutió en el mantenimiento individual de los internados y se trasladó algunos a la cárcel para asegurar el alimento mínimo.

El pensamiento socioeconómico consideraba al trabajo en las casas de asistencia como un remedio para el desempleo y un estímulo para evitar el ocio y adiestramiento para el trabajo.

En el siglo XVIII, se encontraron algunos acuerdos de intercambio con los privados que utilizaron, para su actividad empresarial, la mano de obra y la producción de los asilados. La significación económica de este trabajo hospitalario perduró durante este siglo y transformó esta forma obligada de trabajo en un sitio privilegiado contra la ociosidad. (Foucault, 2010, pp. 110-111)

La Época Clásica utiliza el confinamiento con una finalidad dual como es reabsorber el desempleo o más bien borrar los efectos sociales más visibles, así como intentar el control de tarifas al actuar alternativamente sobre el mercado de mano de obra y de los precios de producción.

Los efectos fueron ineficaces y sólo lograron disimular la miseria y atenuar los inconvenientes políticos y sociales de una posible agitación. El efecto sobre el control de precios fue artificial, ya que el precio de los productos así surgidos no guardaba proporción

con el precio real del costo de fabricación si se tomaba en cuenta los gastos del confinamiento.

El trabajo y la ociosidad han trazado para los clásicos una línea divisoria que ha sustituido a la gran exclusión de la lepra.

El trabajo en las casas de internación tomó un significado ético ya que se consideraba a la mendicidad y a la ociosidad como variables originadoras de los desórdenes político-sociales. En la experiencia laboral se ha formulado una exigencia indisoluble moral y económica que es la reclusión.

La relación entre la práctica de la internación y la exigencia del trabajo no estaba definida por la economía como lo manifiestan publicaciones que precisan que el origen de la pobreza no se encontraba en lo exiguo de los ingresos ni en el desempleo, sino en el debilitamiento de la disciplina y en el relajamiento de las costumbres.

El manicomio se constituía en operador de la norma instituida y su delimitación con el exterior definían los límites entre la razón y la locura, situación que permitía aislar al “anormal-irracional” del contexto social. Con el argumento de la peligrosidad del loco se legalizó el encierro para el que atentare contra el orden público. (Kraut, 2006, pp. 66-74)

En el siglo XVII, se crearon grandes internados y el poder absoluto ha hecho uso en Francia de las *lettres de cachet* y de medidas arbitrarias para la detención de sus habitantes, sin conocer el fundamento jurídico que podía alentar semejantes prácticas.

Con Pinel, W. Tuke y Heinrich Balthasar Wagnitz se supo que durante un siglo y medio los locos han sufrido el régimen de estos internados hasta el día que se los descubrió en las salas del Hospital General, o en los calabozos de las casas de fuerza, sin precisar cuál era el estatuto que permitía asignar un lugar común a pobres, desocupados y a los insensatos. (Foucault, 2010, pp. 79)

El decreto de fundación en París del Hospital General, en 1656, se debió a una reforma o reorganización administrativa. Diversos establecimientos son agrupados bajo una administración única y afectados al servicio de pobres. Tanto en su objetivo, evitar la mendicidad y la ociosidad como fuente de desórdenes, como en su funcionamiento no hay relación con la medicina, sino es una instancia de orden monárquico y burgués.

Este hospital, como los análogos de Alemania e Inglaterra, albergaba a los marginales de la época, mendigos, desocupados, vagabundos, criminales y locos.

No era un establecimiento médico, sino más bien una estructura semijurídica o especie de entidad administrativa al lado de los poderes constituidos y fuera de los tribunales con poder para decidir, juzgar y ejecutar.

Estas instituciones hospedaban y alimentaban a individuos con presentación espontánea así como a aquellos, que fueran enviados por la autoridad real o judicial; también hay vigilancia de la subsistencia, cuidado, orden general de aquellas personas que no hubieran

podido ingresar, aunque hubieran podido o necesitado estar. La razón de Estado justificaba el confinamiento de estos hospitales, donde sólo bastaban los criterios médicos, sin que existieran criterios legales coherentes.

Gestión del modelo asilar en el siglo XVIII

Una disposición de la Asamblea Constituyente en 1790 dispone la liberación de los internados por *lettres de cachet*, procurando su libertad o derivación a hospitales especializados como Salpêtrière, para mujeres, y Bicêtre, para hombres.

La propuesta de integrarlos a una nueva realidad tenía la dificultad de la anticipación utópica de un objetivo cuya realización social se creyó automática; después se intentó por procedimientos morales y pedagógicos y se constituyó finalmente en una lucha de mayor o menor amplitud de toda la sociedad.

La ley de 1790 había previsto la creación de grandes hospitales destinados a los insensatos, aunque éstos no existieron hasta después de 1793.

El hospital parisino de Bicêtre —convertido en casa de pobres, refugio de indigentes, ancianos, condenados, aristócratas enmascarados de pobres, agentes extranjeros, enviados allí por la revolución como detenidos políticos— se convirtió en medio para desenmascarar la enfermedad, liberar a las víctimas. Fue utilizado por las mismas razones que Belhomme, la Casa Dousi o Vernet como lugar de guardia para sospechosos, habiéndose convertido durante la revolución en el principal centro de internación para insensatos.

Desde los primeros proyectos para aplicar la ley de 1790, se enviaban allí a los locos liberados de los manicomios; luego los que llenaban el Hôtel-Dieu. Por imperio de las circunstancias más que por un proyecto reflexionado, Bicêtre heredó la función médica que había subsistido a través de la época clásica, sin confundirse con el internamiento, donde los alienados recibían cuidados hasta su curación para retomar al seno de su familia o entorno de referencia.

La función médica se introduce en el hospital. Se revisa con mayor detenimiento todas las internaciones por demencia que se hubieran decretado en el pasado, con la dirección de Pinel desde 1793, investida en un extraordinario poder moral.

Pinel deberá desenmascarar políticamente la situación de la sinrazón clásica: incompatibilidad entre la locura y simulación; la reconocida desde el exterior y la locura objetivamente asignada y el vínculo de pertenencia entre la locura, sus formas ilusorias y la culpabilidad ocultada bajo ellas, para operar una separación y lograr vislumbrar una unidad rigurosa del conocimiento: la locura, su verdad objetiva y su inocencia. Deberá estar

clarificada de todas las franjas del no-ser como no-locura perseguida o no locura disimulada, sin por ello no dejar de ser locura, para construir un campo asilar puro.

Con Pinel, lo que la locura gana en precisión de su diseño lo pierde en percepción concreta, tornándola más objetiva pero menos cierta. El sentido de su obra toma en el mundo moderno la constitución de un dominio de locura llamado verdad pura, pero objetiva, inocente, donde cada una de las figuras se mezcla con la no locura en una proximidad que no permite discernirla.

La liberación de los enfermos es una operación que los disemina y oculta en todas las formas concretas de la razón.

El espontaneísmo de los decretos revolucionarios en ausencia de una reforma planificada y controlada por el Estado tuvo como consecuencia el fracaso y la reclusión de los pobres con alteraciones mentales en aquellos hospitales especializados.

La legislación inglesa en la segunda mitad del siglo XVIII favoreció la iniciativa privada en el dominio de la asistencia. Se organizaron grupos para apoyar las asociaciones de socorro que culminan en 1793 con la aprobación de una ley para fomento y sostén de esas asociaciones y disminución de la carga pública.

Este modelo fue inspirado en la Sociedad de los Cuáqueros y, a través de una suscripción voluntaria, deseaban asegurar a aquellos miembros sin fondos financieros para recurrir a establecimientos privados que tuvieron la desgracia de perder la razón. Éstos ya en el siglo XVII por razones económicas y religiosas desempeñaban esa función; quienes sostenían que por resultar oneroso, que la transferencia de dinero a la orden religiosa para la asistencia a pobres, la sepultura de muertos o la predicación a fieles quedaba en manos de esta secta.

En 1795 debía ser abolida la *Settlement Act* cuyas medidas establecían que una parroquia podía y debía desentenderse de un indigente o enfermo pobre, si no era originario del lugar, y enviarlo a su parroquia de origen; la previsión de la situación obligaba a la parroquia de hacerse cargo del enfermo, si su transporte fuera peligroso. Este, sin duda, fue el cuadro jurídico del singular conflicto que precedió el nacimiento del asilo.

La empresa de Samuel Tuke se inscribe en la gran reorganización legal de la asistencia a fines del siglo XVIII, con medidas de beneficencia privada que el Estado burgués crea para sus necesidades. La obra del cuáquero S. Tuke fue llevada por todo el reajuste de la asistencia en la legislación inglesa a fines del siglo XVIII en la ambigua situación de los locos en los momentos de la revolución.

Según las ideas del siglo XVIII, se consideraba a la locura como una enfermedad social con determinantes como emociones, incertidumbre, agitación, alimentación artificial y que eran admitidas por S. Tuke y sus contemporáneos, sin influencias de la naturaleza o del mismo individuo.

Los lugares de retiro —como casas de campo en la planicie de Cork, sin rejas, alejadas de los lugares industriales, con tierras para cultivo y cría de animales— eran propicios para paseos regulares, trabajo en el jardín, huerta con efectos que se consideran benéficos para la curación. Esta forma de aislamiento comienza a ser una de las formas organizadoras de la psiquiatría del siglo XIX con el mito de las tres naturalezas: naturaleza-verdad, naturaleza-razón y naturaleza-salud, interdependientes donde se desarrolla el movimiento de alienación y curación. S. Tuke, en ese sentido prefería la palabra de origen francés *alienado* a la inglesa *insano*. (Foucault, 2010, pp. 190-263)

El retiro edifica un grupo social que conformado es devuelto a sus formas más originales y puras, recolocando al hombre en sus relaciones humanas elementales conformes a su origen. Es una coalición contractual, una convergencia de intereses organizados que funciona como un sistema de seguro a la manera de las sociedades de socorros desarrolladas en la misma época. Cada suscriptor puede designar un enfermo por el cual se interesa y pagará por él una pensión reducida.

Los poderes míticos del retiro son los que dominaron el tiempo, rechazaron la historia, devolvieron el hombre a sus verdades esenciales y lo identifican con el primer Hombre Natural y con el primer Hombre Social. Se honraban las distancias que lo separaban de ese ser primitivo y al término de ese retiro, bajo la alienación reaparece lo inalienable que es la naturaleza, la verdad, la razón y pura moralidad social.

La separación lineal que el internamiento efectuaba entre la razón y la sinrazón ha sido sustituida por una dialéctica donde la locura se vuelve alienación y su curación, el retorno a lo inalienable. Y, por primera vez, toma cierto poder el retiro como mito, como procedimiento imaginario de curación y la esencia de la locura tal como fue implícitamente transmitida al siglo XIX:

- La función del internamiento era reducir la locura a su verdad.
- Esta verdad de la locura es el hombre mismo con lo que pueda tener de más primitivamente inalienable.
- Lo que hay de inalienable en el hombre es a la vez Naturaleza, Verdad y Moral; es decir la razón misma.

El positivismo admitió como evidencia objetiva que la verdad de la locura es la razón del hombre, construcción que invierte completamente la concepción clásica, para la cual la experiencia de la sin razón en la locura contradice todo lo que puede haber de verdad en el hombre.

Desde esta concepción todo dominio objetivo de la locura, todo conocimiento, toda verdad formulada será la razón misma, la razón recobrada como desenlace de la alienación.

El comportamiento de los individuos considerados locos migró al lado de los guardianes, quienes aplican acciones brutales de violencia, depredación, las que aparecen en los dementes como un reflejo confuso.

Con la liberación de los enfermos no es la razón la que reaparecería por sí misma, sino que la salud se restauraría con los valores sociales perdidos durante el tiempo del encierro.

Para Pinel, si bien el internado conservaría por un tiempo las huellas de la alienación, es que la razón queda significada por tipos sociales cristalizados tan pronto como pueda ser tratado con figuras absolutamente externas al hombre y a las relaciones humanas. Lo que constituiría la curación es su estabilización en un tipo social moralmente reconocido y aprobado.

En el discurso de Pinel, como en el de W. Tuke, la descripción de la alienación así como el análisis de su supresión incluían:

- La locura no evidenciaba su verdad moral en las relaciones impuestas por el internamiento de la época clásica.
- Esta verdad se revela como una relación humana de heroísmo, fidelidad, sacrificio, etc.
- La locura como lo demuestra la rabia de los revolucionarios es vicio, violencia y maldad.
- La liberación del internamiento como reedificación de una sociedad por el tema de la conformidad a los tipos, provoca curación.

Algunos años después, Georg Wilhelm Friedrich Hegel afirmaba que el verdadero tratamiento psíquico se atiene a la concepción de la locura como una pérdida abstracta de la razón; ni del lado de la inteligencia, de la voluntad, sino como una perturbación del espíritu, una contradicción de la razón, así como la enfermedad física no es una pérdida abstracta o completa de la salud, como la muerte, sino una contradicción de esta. El tratamiento de la locura desde la concepción hegeliana supone al enfermo razonable. (Hegel, 1985)

El retiro actuaba como instrumento de segregación moral y religiosa. La religión podía representar el papel de naturaleza y regla, puesto que había adquirido por un hábito ancestral, por educación, por ejercicio cotidiano la profundidad de la naturaleza y ser un principio constante de coerción y poseer poderes que pueden contrarrestar las violencias sin medida de la locura.

Se consideraba como un medio de curación importante dar mayor fuerza a los principios de los preceptos religiosos sobre el espíritu del insensato.

En la dialéctica de la alienación, donde la razón permanece oculta sin desaparecer, la religión constituye la forma concreta de lo que no puede alienarse, lo que hay invencible en la razón, lo que subsiste como seminatural.

La religión asegura la vigilancia de la razón sobre la locura y, a diferencia del confinamiento clásico —donde el medio religioso y moral se imponía desde el exterior con el objeto de refrenar la locura, no de curarla— forma parte del movimiento que indica que la razón coexiste con la locura y que conduce al hombre de la alienación a la salud.

Como en el mundo cuáquero, para S. Tuke las bendiciones de Dios se convirtieron en señales de prosperidad. El trabajo es practicado no solo como trabajo físico sino como moral; posee una fuerza de constreñimiento superior a las formas de cohesión física por la regularidad de las horas, las exigencias de atención, la obligación de alcanzar un resultado que desligan al enfermo de una funesta libertad del espíritu y lo colocan en un sistema de responsabilidades. El trabajo espiritual no es desaconsejado siempre y cuando se eviten todos los ejercicios de la imaginación en complicidad con las pasiones, deseos e ilusiones delirantes.

Gestión del modelo asilar previa en el siglo XIX

En el siglo XIX, la ciencia de las enfermedades mentales tal como se desarrolló en los asilos fue una ciencia de la observación y la clasificación; la aparición del psicoanálisis agregó a la consideración absoluta del vigilante, la palabra del vigilado en una estructura del lenguaje sin respuesta.

Con la vigilancia y el enjuiciamiento se perfila un nuevo personaje esencial en el asilo de este siglo. El vigilante actúa sin armas con la autoridad que posee por no estar loco, o sea la victoria de la razón sobre la sin razón. La falta de constreñimiento en los asilos del siglo XIX no significa la liberación de la sin razón sino la dominación de la misma por mucho tiempo.

En la reorganización de las relaciones entre locura y razón a fines del siglo XVIII, la familia representa un papel decisivo. De allí en adelante los discursos de la sin razón eran indisociables a la dialéctica semirreal y semiimaginaria de la familia.

En el mundo moderno, la gran confrontación razón-sinrazón fue el choque de los instintos contra la solidez de la institución familiar y contra sus símbolos más arcaicos.

Para la economía liberal, la familia era el lugar de la responsabilidad social, como lo demuestra su confianza, mayor que en el Estado, en el cuidado y asistencia de pobres.

Para Pinel, la religión no era un sustrato moral en la vida del asilo, sino un objeto de la medicina; sus opiniones no deberían ser consideraciones públicas de culto y de política, sino una relación puramente médica para lograr mayor eficacia en la curación de los alienados.

Se trataba de reducir las formas imaginarias y no el contenido moral de la religión. Pinel consideraba en la religión un poder de desalienación que disipaba las imágenes, calmaba las pasiones y restituía al hombre de lo que puede haber en él de inmediato y esencial, que

pueda aproximarse a la verdad moral. La religión junto con la filosofía, la medicina y las formas científicas y de conocimiento podía contribuir a restaurar la razón de un espíritu que la ha perdido, o servir como tratamiento preliminar y preparatorio del asilo.

El asilo recoge así, no a la doctrina social de una religión sino al poder moral de consolidación, confianza y dócil fidelidad de la naturaleza. Empezó el trabajo moral de la religión exclusivamente en el nivel de la virtud, de la labor y de la vida social; la operación consistía en una segregación religiosa con fines de purificación moral.

El retiro llega a ser un instrumento de uniformidad moral y denuncia social; se trata de imponer desde adentro una especie de moral universal sobre aquellos que no la conocen y en los que la alienación estaba dada antes de manifestarse en los individuos. A diferencia del pensamiento clásico donde la locura se mezclaba con la indigencia, vicios y pereza, en esta época se relacionaba con la decadencia social, que en forma confusa se reconoce como causa, modelo, límite, y como una amenaza la que surge de los bajos fondos de la sociedad.

El asilo de Pinel, a diferencia del de W. Tuke, no es un espacio de naturaleza y de verdad inmediata sino un dominio uniforme de legislación, un lugar de síntesis morales donde desaparecen las alienaciones surgidas en los límites exteriores de la sociedad.

La vida de los internados, la conducta de los vigilantes y de los médicos son organizados para que operen las síntesis morales por tres medios:

- El silencio: el enfermo reemplaza las cadenas por el encadenamiento de la virtud del silencio a la falta y a la vergüenza; libre del castigo físico, es preciso que se sienta culpable.

Comparado con el diálogo entre la razón y la sinrazón del Renacimiento, el confinamiento de la época clásica había sido una imposición de silencio. Ese diálogo era desarticulado, el silencio absoluto y sin un lenguaje común.

La falta de lenguaje, como estructura fundamental de la vida institucional, tiene como correlativo la aparición de la confesión.

- El reconocimiento en el espejo: en el retiro el enfermo era mirado, situación de la que era consciente, pero la locura no tenía ninguna visión inmediata de ella misma.

Con Pinel, al contrario, la locura se verá a sí misma, siendo a la vez puro objeto de un espectáculo y sujeto absoluto. Se pide a la locura, desde el primer momento de exaltación, que se mire a sí misma, pero en los otros; como simple delirio es proyectada sobre los otros y como perfecta inconsistencia es completamente presupuesta.

Durante el siglo XVIII, la verdad se insinúa por sorpresa, y en las comunidades de locos como los asilos, los espejos se disponían de tal manera que los enfermos no podían evitar de sorprenderse a sí mismos con la imagen de locos. La toma de conciencia está ligada, según la concepción de esta época, a la vergüenza de ser idéntico a ese otro, considerado

loco, de estar comprometido con él y de haberse despreciado antes de haber podido conocerse o reconocerse.

- El juicio perpetuo: el asilo de Pinel es una instancia judicial que no reconoce a ninguna otra y donde la escenificación de la justicia será parte del tratamiento, con instrumentos de castigo empleados según sus propios criterios. Se utilizan los métodos terapéuticos del siglo XVIII, ahora convertidos en castigos.

El confinamiento de la época clásica era una práctica que estaba fuera de las formas jurídicas normales, con castigos que imitan las mismas prisiones, los calabozos y las sevicias físicas.

La idea médica de los clásicos sobre la naturaleza del sistema nervioso, imponía la práctica de duchas y baños utilizados como remedios y sus consecuencias —efecto psicológico de sorpresa desagradable— como interrupción del curso de las ideas y cambio natural de los sentimientos de los enfermos.

Con Pinel, el uso de esta práctica cambia su sentido; ahora se convierte en judicial, es el castigo habitual, el medio de represión para someter a la ley general del trabajo, vencer un rechazo obstinado de alimento y ante conductas turbulentas.

Esta evidencia de castigo —y las repeticiones necesarias hasta el reconocimiento de la falta— son todas actitudes conducentes a la interiorización de la instancia judicial, al nacimiento del remordimiento en el espíritu del enfermo y a la prolongación del mismo en la conciencia. El ciclo era cerrado cuando la falta era castigada y el enfermo se reconocía culpable.

Sin embargo, aquellos que no estaban en condiciones de reconocer el vínculo, quedaban excluidos de este movimiento y resistían la síntesis moral que operaba; por lo tanto permanecían en el interior del asilo como una nueva población que no podía ser controlada ni aun por la justicia.

Este asilo de la época positivista no es un dominio de la observación, del diagnóstico y de la terapéutica sino un espacio judicial donde se juzga, se condena y se libera sólo por esa versión de proceso de profundidad psicológico que es el arrepentimiento.

- Apoteosis del personaje del médico: constituye el medio más importante porque no solo autorizaba el contacto de éste con el enfermo, sino la nueva relación entre la alienación y el pensamiento médico así como el orden de toda la experiencia moderna de la locura.

Desde fines del siglo XVIII, el certificado médico era condición obligatoria para internar a los enfermos, pero en el interior del asilo el profesional lo instala como un espacio médico.

El médico se convirtió en la figura esencial del asilo, en lo concerniente a las admisiones, que serán certificadas con la firma médica. Su intervención no se realiza en función de su poder como poseedor del conocimiento objetivo, sino por su prudencia o garantía jurídica y moral y que era la única forma de curación.

W. Tuke y Pinel abrieron el asilo al conocimiento médico, no como introducción de una ciencia sino como una justificación para ser reconocidos por los enfermos y provocar en ellos sentimientos de respeto y obediencia, por su superioridad de discernimiento, de una distinción en la educación y en la dignidad en el tono y en las maneras de trato. El ejercicio de su autoridad absoluta no estaba dado a partir de una definición objetiva de la enfermedad o de un criterio de clasificación sino por su roles de padre y juez, familia y ley, ya que sus prácticas médicas son simples interpretaciones de los antiguos ritos o figuras de orden, de la autoridad y del castigo.

La vida en el asilo desde la concepción de W. Tuke y Pinel permitió el nacimiento de una estructura que será la célula esencial de la locura. Allí el médico fundó su poder de curación, en la medida que el enfermo se encontraba ya alienado en la relación médico-enfermo.

En este nuevo microcosmo se simbolizan las grandes estructuras y valores de la sociedad burguesa, como las relaciones familia-hijos alrededor de la doctrina de la autoridad paterna, familia-castigo alrededor de la doctrina de la justicia inmediata, locura-desorden, alrededor de la doctrina del orden social y moral.

Así como Pinel y W. Tuke sostenían que la acción moral del médico no estaba en su conocimiento científico, el enfermo será el primero en creer en el esoterismo del saber médico, en ese secreto del conocimiento que ha permitido destruir las alienaciones y cada vez más se entregará a él, aceptando todos sus prestigios.

El análisis de las estructuras profundas de la objetividad del conocimiento y de la práctica psiquiátrica del siglo XIX, de Pinel a Freud, mostraron que esa objetividad es desde el principio una cosificación de orden mágico, que necesita para su realización la complicidad del enfermo y de una práctica moral transparente al principio, pero olvidada a medida que el positivismo imponía sus mitos de la objetividad científica.

Lo que se llamaba práctica psiquiátrica es una cierta táctica moral, contemporánea de fines del siglo XVIII, que se conservaba dentro de los ritos de la vida asilar y recubierta por los mitos del positivismo.

La función del hospital psiquiátrico a fines del siglo XVIII se instituye a través del modelo de Esquirol donde, para permitir descubrir la verdad, o la causalidad sobre la enfermedad mental, se aleja como en un modelo experimental todo aquello que según estos pensadores pudiera enmascararla, confundirla, proporcionarle formas aberrantes o incorporar factores que la potenciarla.

Concebido desde la naturaleza invertida que representaba la actividad del teatro, el hospital fue concebido como un lugar de confrontación, de oposición para encontrar en él una voluntad recta y pasiones ortodoxas.

Este inevitable y deseable choque como proceso del tratamiento, en la concepción del modelo perturbador conducía a la producción de dos efectos:

- Hacer visible su alteración en razón de la resistencia que opondrá a la recta voluntad del médico.

- Predominio de la voluntad recta, la sumisión y la renuncia de la voluntad perturbada.

Este modelo en el hospital psiquiátrico pasteuriano constituye, en el siglo XIX, un campo institucional como un lugar de diagnóstico, de categorización y distribución de la enfermedad en una arquitectura en base a pabellones cuya disposición determina un espacio cerrado para el enfrentamiento.

En este siglo predominan las explicaciones somáticas de la enfermedad mental, objeto de estudio médico; los desórdenes psicológicos eran considerados como una disfunción cerebral que debía ser objeto de tratamiento moral, según los principios elaborados por Pinel.

Es el saber médico de la época de Jean-Martin Charcot o Kraepelin, quien tiene el poder de decidir y de ejercer su voluntad sobre el enfermo.

Las técnicas y procedimientos puestos en práctica como el aislamiento, el interrogatorio y tratamientos como la ducha, el trabajo obligatorio, relaciones de vasallaje o las recompensas, la posesión, la domesticación o servidumbre, relacionan al médico con el enfermo.

Es el médico quien con método ensayo-error, desencadena la alteración a través de las prácticas y quien la domina, aplaca y disuelve como efecto de su tratamiento.

Esta producción de verdad, justificada en el privilegio del conocimiento, de la competencia del médico, del conocimiento de los enfermos, de las enfermedades y que detenta un saber científico similar al del químico y del biólogo, constituyen el fundamento de sus intervenciones y decisiones y alcanza en Charcot su máximo simbolismo con la hipertrofia o exaltación del poder omnímodo de la medicina de la época.

El poder que el manicomio transfiere al psiquiatra deberá justificarse y ocultarse como poder primordial, produciendo fenómenos integrables al resto de la ciencia médica. Esta situación permite comprender que durante los años 1860 a 1890 la técnica de la hipnosis, de la sugestión, la simulación y el diagnóstico diferencial entre enfermedad física y psicológica fuera el centro de la práctica y de la teoría psiquiátrica.

El poder médico le permitía producir la realidad de la enfermedad mental cuya característica es reproducir fenómenos accesibles al conocimiento; de este modo se redistribuyen las dos funciones de las Instituciones psiquiátricas de la época:

- ensayo y producción de la verdad
- comprobación y conocimiento de los fenómenos

Este proceso se desarrolló en absoluta transparencia entre el conocimiento del sujeto cognoscente (el médico) y el objeto conocido (el enfermo).

Es este el momento en que se esboza la crisis y el surgimiento de la antipsiquiatría, cuando la información es certera acerca de las descripciones que hacía Charcot sobre las crisis de histeria que él mismo producía; situación equivalente a los descubrimientos de Pasteur en cuanto a la transmisión de enfermedades que pretendía combatir. (Foucault, M., 1996, p. 54)

Esta crisis cuestiona el poder médico desde Hippolyte Bernheim hasta Ronald D. Laing y Franco Basaglia, al igual que sus efectos sobre los pacientes y cómo el médico estaba implicado más que su saber y la verdad de lo que decía sobre la enfermedad.

Ellos hacían referencia al modo en que el poder médico estaba implicado en la verdad de lo que se decía e, inversamente, el modo cómo ésta podría ser fabricada y estar comprometida por su poder. El papel del psiquiatra era producir la verdad de la enfermedad en el espacio hospitalario. (Basaglia *et al.*, 1989, p. 46)

La locura no era lo que se creía, sino un conjunto de persuasión y engaño. Se insinúa el pitiatismo de Joseph Babinski y retrocede el pensamiento hasta la época en que entre la locura, la falsa locura y la simulación de la locura los límites están mal definidos. El pensamiento médico efectúa una asimilación de los conceptos ante la cual había dudado todo el pensamiento de occidente desde la medicina griega, es decir del concepto médico y del concepto crítico de la locura.

Es por esto que toda la psiquiatría del siglo XIX converge en Freud, el primero que haya aceptado en serio la relación médico-enfermo y que haya consentido no apartar de allí el eje de las observaciones y de la investigación, que no haya intentado ocultarla en una teoría psiquiátrica que bien o mal armonizaba con el resto de la ciencia médica.

Freud hizo desaparecer de las estructuras del asilo el silencio, la consideración, el reconocimiento en el espejo y que se callen las instancias de condenación. Ha amplificado la estructura que envuelve al personaje del médico y a sus poderes totales. Hace que se desplacen hacia el médico las estructuras que W. Tuke y Pinel habían dispuesto en el encierro. Ha liberado al enfermo de su existencia en el encierro, pero no lo ha liberado de lo que tenía de esencial esa existencia; lo ha dejado en las manos del médico como figura clave, creó la situación del psicoanálisis, donde la alienación llega a desalinearse, de manera que dentro del médico, ella llega a ser sujeto. (Foucault, 2010, p. 263)

Las instituciones psiquiátricas de internamiento con sus características son más un modelo de desajuste que de ajuste y organización del Yo del paciente. La institución total es el lugar donde residen y trabajan un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad, que por un considerable período comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente y que puede diferenciarse de los establecimientos sociales donde se trabaja o desarrolla regularmente alguna actividad. (Goffman, 2001, p. 27)

La actitud específica del personal no es la orientación ni la inspección periódicas sino más bien la vigilancia; ver que todos los internos hagan lo que se les ha dicho o se exige de ellos. Estas instituciones crean y mantienen una particular tensión y provocan una desculturación o desentrenamiento que incapacita temporalmente al paciente para la vida diaria.

La mutilación o despojo del rol es frecuentemente absoluto de manera que el paciente resulta irreconocible, se produce un desdoblamiento de la personalidad o despojo formal del Yo que se define como muerte civil y que también es compartido por la conducta de quienes están en las prisiones.

Se instaura claramente en el interior de la institución total la multiplicación de reglas y un sistema autoritario de tipo jerárquico donde cualquier miembro del equipo del personal puede disciplinar a cualquier interno. Morgan, Schlich y Falkowski (1999) denominaron a la relación como un tipo de “ascendencia” o dependencia por parte de los enfermos o dependientes.

Los médicos en su mayoría corroboran los juicios de los asistentes y contribuyen a perpetuar la idea de control como elemento esencial en el tratamiento de los enfermos con alteraciones mentales.

Esta internación produce tipos de conducta que separan, valoran y distinguen a los distintos individuos, algunos pasan a ser protegidos de forma especial y otros a ser rechazados. Se produce un sistema de privilegios paralelo a la mortificación del Yo que elabora la libertad futura de los internados.

Es decir, la posibilidad de recuperación del paciente está dada por factores totalmente extremos a las causas por las que fue internado y al proceso seguido en la internación. Este es uno de los argumentos más potentes que pueden esgrimirse a la hora de poner en tela de juicio a las instituciones psiquiátricas.

Para Foucault, las prácticas del poder eran perfeccionadas y se evidenciaban dentro de las instituciones pudiendo ejercer efectos globales en las prácticas sociales a nivel de lo cotidiano, que funcionaban no por derecho o la ley sino por la técnica o normalización, no por el castigo sino por el control que se ejercen en niveles y formas que rebasan el Estado y sus aparatos. (Foucault, 1996, p. 109)

El poder es entonces constitutivo y se está sujeto a él por “verdades normalizadoras” que experimentan los efectos positivos del poder y configuran la vida, modelan las relaciones. Este dominio de poder está depositado en el dominio inherente al conocimiento. Es así como las verdades normalizadoras en conjunto con el dominio del conocimiento que posee el médico o cualquier otro personal de salud —que Foucault llamó “tecnología de poder”— convierten a las personas en “cuerpos dóciles” que participan activamente en su propio sometimiento.

El modelo ideal para representar esta forma de poder fue el panóptico de Bentham, compuesto por un edificio o serie de edificios circulares con un patio central donde había varias habitaciones individuales expuestas ante una torre de observación, a través de la cual se podía vigilar y controlar ininterrumpidamente el movimiento de los ocupantes. Así, con ciertos fines por tecnologías de poder, se sometió a una dominación u objetivación del sujeto. (Foucault, 2008, Cap. 3)

Aislar y encerrar en espacios definidos significa el suministro de un orden que, bajo la concepción de la locura como una de la conducta y su contraparte, es suprimir esa voluntad exaltada para adecuarla a los comportamientos que prescriben los estándares de normalidad y los que introduce el poderío invisible del Estado.

Foucault define a la disciplina como un análisis del espacio individualizado, que permite la clasificación y combinación de cuerpos allí internados, con acción sobre el desenvolvimiento de la acción y no sobre el resultado de la misma. Estos lugares específicos de encierro para esta sociedad posmoderna, aunque modernizados en su estructura con variaciones en su forma, tienen la permanencia de su esencia.

Si bien se encuentra la persistencia de masas homogéneas de excluidos, estas instituciones son organizaciones analíticas con el certero conocimiento por un sistema de registros de cada uno de los individuos, donde cada dato tiene que estar contemplado por el juicio de valor de todo, constituyendo un engranaje con un sistema de relaciones dentro de una jerarquía definida y continua. Ese dispositivo de vigilancia condiciona todos los niveles de la vida del interno, que relaciona esas medidas de protección en su contra como un significado de su existencia. (Basaglia *et al.*, 1989)

Erving M. Goffman en relación con ello habla de la renuncia de la volición como consecuencia resultante del confinamiento. Esos aprendizajes disciplinarios sugieren que esta pedagogía es una “imposición arbitraria” puesto que previamente se ha seleccionado el contenido a enseñar con un destinatario único, los internados, que ha pasado ya por ese proceso de análisis propio del dispositivo disciplinario. (Goffman, 2001, p. 27)

Las instituciones cargan al individuo con un campo ideológico que los mismos sustentan y reaniman. En este espacio se desarrolla la vida psiquiátrica del individuo limitado a lo que oferta ese encierro. En esa instancia se categoriza la enfermedad, se le asigna cierto grado de peligrosidad y rigurosidad disciplinaria con las siguientes características:

- Pérdida del mundo civil: el rol que cumplía en el mundo exterior no existe más; desde el cambio de vestimenta por un uniforme, uso de identificación, desposeimiento de objetos personales, dinero y preparación para el encierro.
- Pérdida de autonomía: cualquier actividad desarrollada por el individuo está sujeta a una economía de actividades previamente fijadas por la organización jerárquica que obliga al paciente a renunciar a su volición.

Su autodeterminación está disminuida por un complejo que lo vigila, lo juzga y ordena; es menoscabado en su discurso y en contraste habría uno obligado y esperado por el personal de la institución.

- Sistema de privilegios y castigos que se inscriben como prescripciones que regularían el comportamiento del interno. Un sistema de recompensas y privilegios que sustentan a cambio de la obediencia y, en el lado opuesto, se sitúan los castigos como supresión de los privilegios, el amedrentamiento hasta el maltrato físico y psíquico.

Maud Mannoni asevera que el mismo modelo crearía una enfermedad institucional que se agrega a la enfermedad que inició la internación; entonces la enfermedad se tergiversa en su curso. Esas atribuciones son esfumadas y se le atribuyen a la propia enfermedad. (Foucault, 1996)

Los expertos en salud mental se convierten en instrumentos de las prácticas de poder, vinculados a la vigilancia y al estricto orden de quienes reciben su atención en el encierro institucional. El mecanismo de encierro se ha anclado en la práctica psiquiátrica, o una psiquiatría que parece haber sido nulificada, que no responde al restablecimiento psíquico que exige el paciente. Más bien está apegada a la norma y a la vuelta a las conductas regularizadas que han derivado de las aproximaciones que la postmodernidad ha tenido con la locura.

Gestión del modelo asilar en el siglo XX

Los avances de la rehabilitación psiquiátrica del siglo XX se vincularon, después de la Primera Guerra Mundial, con los avances en la rehabilitación física. Con la Segunda se puso en marcha un plan de rehabilitación tanto de la discapacidad física como mental, para entrenamiento y reubicación de discapacitados, como el de Maxwell Jones para soldados que padecían neurosis. La finalización de la guerra determinó el fin de la hegemonía de la escuela psiquiátrica alemana en el mundo de la ciencia. (Vezzetti, 1991)

La aparición en la década de los cincuenta del primer neuroléptico en Francia, el auge de la psicofarmacología, posibilitó el avance de la psicoterapia institucional, el inicio de concepciones psicosociológicas de la enfermedad mental y del movimiento desalienista que ponía énfasis en la continuidad de los cuidados comunitarios.

La decisión política de implementar la desinstitucionalización marcó otro hito histórico en la evolución del modelo asilar, como la iniciada en Estados Unidos, Gran Bretaña, Italia, Francia, entre otros. Las diferentes modalidades tienen aspectos en común y otras resuelven situaciones adaptadas a las características culturales de cada lugar.

La perspectiva histórica determina que el contexto semántico que rodea al término salud mental ha experimentado transformaciones y muestra que su uso depende de coordenadas teóricas específicas con diferentes niveles de adhesión, progreso, permanencia y transferencia a la práctica.

La complejidad y heterogeneidad de la ciencia postmoderna no permite arribar a una definición universalmente válida que especifique adecuadamente los límites del concepto *padecimiento mental*, término que carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades.

El pensamiento de los autores referidos coincidió acerca de la importancia de los determinantes del medio y desarrollo social, de la percepción de la autonomía de las personas, y de la capacidad de enfrentar tensiones con el entorno.

La medicina de la sociedad postmoderna es consciente de la relatividad de lo normal y de las considerables variables que modifican el umbral de lo patológico. Estas variaciones son las del avance del conocimiento científico, del propio saber médico, en sus técnicas de investigación y de intervención, del grado de tecnología médica alcanzado en cada país así como en las normas y estilo de vida de la población, en su sistema de valores y grado de sensibilidad, con las formas de trabajo impuestas y con la organización económica.

La cultura de cada época define de forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de lo anómalo, de lo desviado, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta y suscitan la intervención médica y una práctica específicamente adaptada. En última instancia el término enfermedad es en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra teórica o prácticamente medicalizado.

Los trastornos mentales persistieron en el dominio de la exclusión y descalificación, por lo tanto la visibilidad es el primer problema a enfrentar ya que, si bien tienen un impacto menor en la mortalidad, constituyen un problema sanitario en crecimiento y muestran un alto porcentaje en la discapacidad.

Se estima que la depresión, como padecimiento mental, va a ocupar el primer lugar en los próximos veinticinco años como causa principal de discapacidad, constituyendo un problema sanitario y social con un elevado impacto en la economía de un país.

La razón y la sinrazón, la enfermedad, las degeneraciones son algunas de las variables que organizan el tema de la asistencia manicomial. El modelo asilar en Argentina fue planteado siguiendo la escuela europea, al igual que las técnicas del tratamiento de alienación y constituyeron la utopía de la nueva organización psiquiátrica. Ésta se inscribe en la que el Estado nacional necesitó como institución para plasmar su visión ideológica-política; el resultado fue el hacinamiento, la falta de médicos especializados y las contradicciones de los mismos profesionales.

La enfermedad mental y la salud adquieren una dimensión pública que requiere una activa participación del Estado para realizar los diagnósticos y proponer las soluciones, empleando siempre el lenguaje del “orden y el progreso”. Ni el enfermo ni los alienistas existieron solos, sino reflejaron a los que tenían trato con ellos y transformaron simbólicamente los valores, las aspiraciones del Estado nacional, de la sociedad y de los grupos de poder.

La internación se convirtió en un depósito humano sometido a la inacción, la mala alimentación, el hacinamiento que no tardaba en hacerlos desaparecer bajo la imagen de la locura. La indigencia encerrada se transformó en un elemento estatal indispensable, como forma para suprimir la pobreza, el atraso, el crimen y las manifestaciones ideológicas no acordes a las de la época.

La situación liminar del loco en el horizonte del cuidado medieval es una posición altamente simbolizada y también realizada, que seguirá siendo suya hasta nuestros días, con sólo admitir que algunas características del aislamiento de la Época Clásica persisten en la institucionalización actual.

Los hospitales evolucionaron desde condiciones casi inhumanas de aislamiento y abandono hasta ambientes climatizados, con decoración estéticamente agradable, habitaciones individualizadas con baños privados y atención personalizada, propias de la hotelería. Esta transformación no es asumida por las instituciones de internación psiquiátrica.

Las antiguas y deficitarias estrategias terapéuticas siguen hoy en plena vigencia y en algunos ámbitos asistenciales se encuentran lejos de ser superados. La escasez regulatoria de las internaciones psiquiátricas involuntarias es una característica que han alcanzado aún los países con mayores niveles de desarrollo sanitario.

El concepto de locos pobres alude a un segmento social que fue descrito y clasificado por la psiquiatría y que desde el siglo XVIII persiste hasta la postmodernidad con la función principal de servir de depósitos para el control de los internados.

En el hospital psiquiátrico el médico haría recuperar la conducta y los actos que lo pueden mantener en el plano civil, pero existen dudas si existe una recuperación que lo encamine a lo psíquico; de hecho hay cierta forma de conformismo, la terapéutica se ha encaminado a la producción de hechos contrastables.

Gestión del modelo asilar en la postmodernidad

En los últimos veinte años, durante la segunda globalización se desarrollaron discusiones conceptuales y epistemológicas entre el derecho y las disciplinas vinculadas con la salud en

los procesos de decisión que conducen al inicio de internaciones de personas con trastornos mentales que, si bien conllevan la interacción de los dos campos, no evidencian un avance en la madurez de la discusión.

Las internaciones psiquiátricas, en particular las que incluyen la participación del Poder Judicial en las instancias que preceden a la internación mediante órdenes judiciales, expresan los rasgos que emergen de las relaciones interinstitucionales comprometidas como son el Sistema de Salud y el de Justicia.

Este tipo de internaciones, por emplazarse en la bisagra interinstitucional en la que convergen la institución de salud y la judicial, se manifiestan como un objeto de estudio evasivo y cambiante. La pobreza se instala como variable de confusión en el estudio de los modelos de causalidad y diagnóstico de los padecimientos mentales.

En Argentina, los mecanismos por medio de los cuales se decide una internación, si bien responden formalmente a las exigencias del marco legal regulatorio y técnico vigente, reflejan una amplia gama de comportamientos y criterios variables, que eluden una formulación explícita y sistemática, capaces de transformar las finalidades terapéuticas de las internaciones y al mismo tiempo que contradicen el marco legal internacional de jerarquía constitucional.

La variabilidad del comportamiento puede atribuirse tanto a variables organizativas como a la composición del grupo decisorio o a las cualidades de los justiciables. (Cfr. Bourdieu, 2001)

En contraposición, otros autores afirman que la variabilidad es dada por la existencia de lagunas normativas y técnicas de los diversos saberes comprometidos, designados como áreas indeterminadas de la práctica profesional. (Schön, 1992, Cap. 2)

CAPÍTULO IV

LA GESTIÓN DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

MODELOS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN

Este capítulo aborda el proceso de desinstitucionalización desde los diferentes modelos alternativos al sistema manicomial, que tuvieron la intención de cambiar el paradigma de locura-peligrosidad-encierro.

Se describió la concepción teórica y las estrategias de desarrollo en los países de Europa Occidental considerados representativos del proceso y las diferentes corrientes de las experiencias en Latinoamérica.

Se analizaron los aspectos comunes dentro de la variabilidad propia de las características culturales de cada país con los modelos existentes en Argentina y en la provincia de Buenos Aires, así como el diseño organizacional, la planificación y operación de las estrategias que fueron consideradas variables de impacto en el diseño del modelo propuesto en este trabajo.

Evolución de los modelos europeos y americanos

Los avances de la rehabilitación psiquiátrica se vincularon luego de la Primera Guerra Mundial con los avances de la rehabilitación física, aunque predominaba su aplicación en el trabajo con pacientes institucionalizados.

En las décadas del cincuenta, sesenta y setenta, del siglo XX, se verificó, en los países europeos de occidente (Francia, Inglaterra, Holanda, Bélgica, Italia) y en Estados Unidos, un panorama en el que interactuó la aparición de psicofármacos, la psiquiatría dinámica (constructor conformado por la clínica clásica, atravesada por la fenomenología y el psicoanálisis) y social, la crítica antipsiquiátrica opuesta a la psiquiatría tradicional centrada en el hospital monovalente, la psicoterapia institucional y la creación de estructuras intermedias (hospitales de día, comunidades terapéuticas etc.) y recursos presupuestarios provistos por el keynesianismo económico inspirado en el Estado Benefactor.

El resultado fue un cambio en la conceptualización de la salud mental y la atención psiquiátrica cristalizó en tres modelos distinguibles: la reforma de la atención en Estados Unidos, la política del sector en Francia y la propuesta de Basaglia en Italia, que culminó con la promulgación de la Ley 180 en 1978. (Stagnaro, 2009).

En los otros países, que se describirán en este capítulo, se aplicaron variantes con adaptaciones de esos modelos paradigmáticos.

La evolución posterior mostró resultados alentadores, dificultades y fracasos de las experiencias mencionadas, algunas existentes en la actualidad.

En 1924, en Toulouse, Francia, se crearon servicios de psiquiatría abiertos con internación y posteriormente en 1937 dispensarios de higiene mental sobre el modelo de los tratamientos antituberculosos. En 1929, en Gran Bretaña se crean consultorios externos que posibilitaban de salida y tratamientos ambulatorios a los pacientes internados.

Con la Segunda Guerra Mundial, se inició un plan general de rehabilitación de la discapacidad física y mental para entrenamiento y reubicación de los discapacitados. El movimiento desalienista y la psicoterapia institucional tuvieron un mayor avance con la aparición del primer neuroléptico en Francia (clorpromazina en 1952), que enfatizaba la continuidad de los cuidados comunitarios. (Gabay y Fernández Bruno, 2011, pp. 214-215).

Diferentes países han establecido distintas modalidades, con variaciones de concepción teórica y estrategias de desarrollo, procesos dinámicos con adaptaciones constantes; algunas tienen aspectos comunes, otras la variabilidad propia de las características culturales de lugar donde se va a implementar.

Previamente a la descripción de las diferentes experiencias con modelos de externación de pacientes con padecimientos mentales este trabajo propone describir el diseño de las instituciones que operan los diferentes modelos, cuyo *output* es un servicio normalizado: paciente externado para la reinserción social.

Estas organizaciones adoptan la configuración de burocracia profesional. La parte clave de la organización es el núcleo de operaciones y el mecanismo de coordinación, la estandarización del conocimiento y habilidades normalizadas fuera de la institución. Funciona como un conjunto de programas estándar o repertorio de habilidades, aplicadas a situaciones conocidas llamadas "contingencias" (alteraciones de la salud mental), también normalizadas. (Mintzberg, 1993, pp. 190-194)

El profesional tiene dos tareas básicas:

1. Categorizar o diagnosticar las necesidades del enfermo en función de las contingencias que indica la rutina o programa estándar a aplicar. (DSM-IV, 2003; OPS/OMS, 2003);

2. Aplicar o ejecutar ese programa.

Este encasillamiento es simplificador y hace posible que cada profesional trabaje en forma autónoma. La organización trata de acoplar una contingencia predeterminada a un programa estándar a aplicar.

La tecnoestructura es mínima y la jerarquía de línea media tiene ámbitos de control amplios sobre el trabajo profesional.

El *staff* de apoyo, centrado en atender las actividades del núcleo de operaciones, en estas organizaciones es grande y dirigido desde el ápice, coexistiendo enclaves maquinales dentro de la configuración profesional.

Aparecen jerarquías paralelas y separadas: una democrática de abajo-arriba para los profesionales y una maquina de arriba-abajo para el *staff* de apoyo.

La descentralización es horizontal. Los profesionales no solo controlan su propio trabajo sino que adquieren control colectivo sobre las decisiones administrativas que los afectan: contratación o incorporación de nuevos profesionales, distribución de recursos y protección de sus intereses. Surge entonces una estructura democrática dentro de la burocracia, pero con un requerimiento de trabajo como es la coordinación por adaptación mutua, equipos y comisiones permanentes, y en algunas organizaciones abundan las pirámides invertidas.

La base de agrupamiento de las diferentes unidades es la función favorecida por el proceso y la escala de interdependencias y, en menor grado, por las interdependencias sociales.

Los especialistas (psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional), bajo la supervisión de otro de su misma clase, promueven la especialización dentro de su unidad. Esta situación es conflictiva para la atención de la salud mental, que requiere un criterio metodológico multidisciplinario con real interdependencia de enfoques.

Estas agrupaciones limitan las perspectivas en el paradigma científico sectorial de cada unidad y no en la finalidad. Las posiciones de enlace deben usar el poder de la persuasión y la negociación para coordinar directamente las unidades involucradas y tratar las interdependencias residuales.

En general las organizaciones para el tratamiento de los padecimientos mentales describen un diseño permanente de estructura matriz, donde tanto las unidades como las personas que trabajan en ellas son relativamente estables.

Estados Unidos

En 1953, en Estados Unidos, el Acta Kennedy inicia un movimiento desmanicomializador, ante el aumento de las personas internadas en instituciones psiquiátricas que alcanzaron valores de 535 000, con tasas de internación de 339 pacientes crónicos por cada 100 000 habitantes. (Thornicroft y Tansella, 2004)

Esa situación condujo al presidente Kennedy a una activa participación en la reforma del Sistema de Salud norteamericano con la formación de la Comisión de Enfermedad y Salud Mental en 1961 y, en 1963, el anuncio en el Parlamento del Plan de Salud Mental denominado "Ley Kennedy" en el Community Mental Health Centres Act (Braun *et al.*, 1981) con las siguientes características:

- 1) evitar internaciones inadecuadas en instituciones psiquiátricas, procurando alternativas comunitarias;

2) retorno e inserción de los pacientes a la comunidad, luego de una adecuada preparación;

3) organización y sostén de sistemas de apoyo para personas no institucionalizadas que estuvieran recibiendo servicios en la comunidad.

Se describieron los siguientes modelos de cuidados: relación de satelización o semiasistencia en la comunidad, con un desprendimiento progresivo y relación de dependencia según las necesidades individualizadas.

Este modelo, para evitar la ruptura de la internación masiva, utiliza internaciones secuenciales, breves, programadas periódicamente, en la búsqueda de la disolución de la función totalizadora del hospital. Los usuarios tienen una autonomía restringida y apoyo de acompañamiento psicosocial con función de nexo entre el paciente y la realidad social; también se crean redes de ayuda entre los pacientes.

- *Continuum* lineal o *continuum* residencial: con el objetivo de lograr la máxima interdependencia y reinserción comunitaria. Es una estructura de tipo lineal compuesta por varios establecimientos residenciales con provisión de servicios, de supervisión y restricción de acuerdo con la autonomía de cada usuario.

Se organizan grupos según el estado clínico, niveles de discapacidad y funcionalidad similares a los Grupos Relacionados por Diagnóstico (DRG). En el caso de una descompensación son reinternados y con el alta vuelven a iniciar el proceso.

Las críticas al modelo surgido, en la década de los setenta, es la inexistencia de estudios de investigación que respalden los resultados y el escaso financiamiento para la cobertura de los individuos con posibilidades de acceso.

Otra de las críticas es que los cambios de entorno pueden confundirse con el proceso de transinstitucionalización. Los usuarios suman al estrés del cambio y la disminución del apoyo, la dificultad de ejecutar las habilidades en un sitio diferente de donde fueron aprendidas.

- Vivienda normal con apoyo especializado, en este caso soporte financiero para alquiler (*supported housing*): este modelo propone objetivos para el tratamiento y para la vivienda, solicitando la opinión del paciente para su formulación como para la evaluación de los resultados.

Sigue la filosofía de la normalización o sea la adquisición de roles sociales a través del apoyo comunitario, como principio guía de la rehabilitación psiquiátrica. Considera que los usuarios tienen el derecho de vivir y participar en integración social. (Gabay y Fernández Bruno, 2011, pp. 222-223)

Es condición de inclusión que el usuario posea bajos niveles de discapacidad y altos niveles de autosuficiencia. El apoyo se brinda en forma normalizada según la individualización de necesidades.

Si bien esta metodología mostró niveles de satisfacción aceptables con disminución del uso del hospital, se detectaron dos predictores críticos del resultado, como los síntomas y el nivel de participación del sujeto en la elección de su vivienda.

El sistema es costoso y el dinero que reciben los pacientes para su financiación habitualmente es inferior a las necesidades. Demanda un gran gasto de tiempo y energía y requiere ayuda entrenada y confiable durante las 24 horas.

Se utiliza el modelo de manejo de caso para la evaluación y la coordinación de servicios; y el tratamiento comunitario asertivo/afirmativo para el seguimiento y la prevención de las interrupciones en la provisión de servicios.

Cada paciente dispone de una persona (*case manager*) como apoyo del manejo en el sistema y orientador para la cobertura de necesidades como vivienda, medicación, consultas, movilidad, etc. Otra modalidad es la intervención familiar, con una duración de nueve meses para proporcionar al paciente y a su familia información sobre su enfermedad y su manejo.

Se proveen empleo y vivienda protegidos a partir de grupos de autoayuda. Otra modalidad utilizada es el empleo competitivo asistido, en el cual un entrenador con conocimiento y habilidades para determinado trabajo entrena a un paciente.

Este entrenamiento asistido asegura ante el empleador que el puesto de trabajo no quedará vacante, ya que, ante una eventualidad, el entrenador realiza la cobertura del paciente, mantiene la continuidad de los beneficios de la seguridad social. La experiencia laboral previa es un predictor de los resultados.

El entrenamiento de habilidades sociales, la terapia cognitiva de síntomas psicóticos y los tratamientos integrados (en pacientes con patología dual: psicosis más adicción) son otras de las modalidades descriptas.

Estos modelos inicialmente produjeron una considerable reducción de camas psiquiátricas en los nosocomios y disminución de la dependencia de los servicios psiquiátricos convencionales. La población institucionalizada disminuyó a razón de 6 % anual y en la década de los ochenta los valores decrecieron a 132 000, con una tasa de 0.5 internados por cada 1000 habitantes. (Thornicroft y Bebbington, 1989)

La inadecuada gestión de sistemas de cuidados alternativos produjo consecuencias que causaron daños, según lo registran diferentes investigaciones. (Geller, 1982; González Duro, 2009)

Entre otras se observó:

- Desamparo de la población adulta con problemas mentales severos
- Alta rotatividad de los pacientes por falta de asistencia médica e inexistencia de estructuras de servicios para el tratamiento y apoyos para el paciente y su familia, situación que aumentó la reinternación (*revolving door*)

- Importantes negociados inmobiliarios que acompañaron a una inserción social no sustentable

La deshospitalización durante la administración Reagan, en California (1966) provocó externalización de pacientes resultando ahorros de alto impacto para el Estado. Los pacientes sin ocupaciones ni medios de integración y sin vivienda y la falta de control judicial legalizaron la virtual exclusión.

Este modelo provocó nuevas formas de cronicidad, situación que fue descrita por algunos autores como “desastre de la desinstitucionalización”. (Talbot, 1985)

Los diferentes tipos de instituciones existentes en la comunidad fueron agrupados en: geriátricos o gerontopsiquiátricos, casas de medio camino (*group homes*), hostales y residencias (*personal care homes*) y las familias sustitutas (*foster homes*), para aquellos pacientes que pueden manejarse socialmente en la comunidad pero no pueden vivir solos; residencias satélite, casas de tres cuartos de camino (*satellite housing*) con menor supervisión y la reubicación familiar (*natural family placement*) con familias continentales. (Gabay y Fernández Bruno, 2011, pp. 225-227)

Empresas privadas como Beverly Enterprises, abrieron en California 38 *board-and-care homes*. En Nueva York y Washington, los pacientes vivieron aislados, desnutridos y sin soporte en hoteles del *welfare* o sistema de atención pública (Medicaid, ayuda al indigente) financiado con fondos federales para la estructura extrahospitalaria. (Castell *et al.*, 1980, p. 96)

Las pensiones y las habitaciones de alquiler para personas solas (SRO, *single room occupancy*), que por un pago semanal o mensual brindan alojamiento, comida, lavadero y servicio de mucama eran utilizadas por aquellas personas de niveles socioeconómicos bajos sin padecimientos mentales o como estilo de vida transitorio.

De esta manera, surgieron nuevas figuras como guetos psiquiátricos para pacientes que, por no tener antecedentes laborales, no son exigibles para recibir dinero del seguro social de discapacidad (*SSD, Social Security Disability*) y reciben un subsidio mensual en concepto de ayuda para los discapacitados (*ATD Aid to the Disabled*).

El acceso al tratamiento tiene un rango de variabilidad desde los servicios en la propia casa como institución de tratamiento, al uso de programas externos en forma regular o el hecho de obligar al paciente a abandonar el sitio durante el día, se trate en otro lugar o no.

Las familias sustitutas o las posadas, como las de California, se utilizan de manera transicional en el paso del hospital a la vida independiente a largo plazo. Se idearon opciones residenciales para las personas que participarían de estos servicios. Los modelos de vivienda incluyeron:

- Hogares adoptivos compartidos: los usuarios conviven con un casero residente, se realiza el seguimiento, rehabilitación y entrenamiento, con reuniones mensuales de apoyo y planificación de períodos de descanso para el casero
- Complejo de departamentos supervisados comunitarios supervisados: para una persona o compartidos por dos personas
- Viviendas grupales: para convivencia de hasta seis usuarios, supervisados por personal del Centro de Salud Mental Comunitario local

Estas viviendas son de dos tipos: un programa residencial intensivo, con equipo profesional permanente en relación de un profesional por cada tres pacientes, y viviendas grupales transicionales para pacientes con crisis o necesidad de asistencia durante la transición.

- Hospitales de larga estadía para los pacientes que no pueden ser externados

Las dificultades observadas en el proyecto fueron las actitudes de competencia entre los equipos hospitalarios y los comunitarios. Se observó una disminución de los fondos provistos por el Estado.

En ausencia de control judicial queda virtualmente legalizada la exclusión y degradación de personas con padecimientos mentales. Batallas judiciales en beneficio de los sectores afectados y sucesivas formulaciones de derechos humanos hicieron surgir la reforma psiquiátrica donde la doctrina judicial tuvo una función relevante mediante fallos referidos a el debido proceso en juicios por internación, tratamiento en comunidad, estándares mínimos para los tratamientos y el derecho de rechazar un tratamiento.

La actual legislación referida a la atención de las personas con padecimientos mentales en Estados Unidos, inspirada en un paradigma paternalista, obliga a los pacientes a elegir entre las siguientes opciones:

- Libertad total derivada del rechazo de la internación involuntaria
- Encierro absoluto en un sistema manicomial restrictivo y opresivo
- Confinamiento en la comunidad en “guetos”

Desde 1974, estas prestaciones por organizaciones privadas provienen del *security supplementary income* (asignación suplementaria de seguridad) para evitar los negocios y desmanes en torno a ex pacientes que eligen libremente su residencia al salir del hospital. En 1978, un nuevo interés presidencial ocurrió con la presidencia de Jimmy Carter.

La desigualdad de las políticas y legislación en salud mental en los diferentes Estados sin establecimiento de alternativas criteriosas, determinaron disímiles experiencias tanto asistenciales como legales que economizaron el dinero público y aumentaron los beneficios privados, lo cual no favoreció la postura desmanicomializadora.

Durante las administraciones de John F. Kennedy, Carter y George W. Bush se iniciaron experiencias desinstitucionalizadoras; autores como Graham Thornicroft, Paul Bebbington, Leona L. Bachrach y John A. Talbott señalaron cambios significativos en el estilo de vida de los usuarios externados exitosamente.

Otros autores señalaron aspectos negativos de la reforma como resistencia de los Centros de Salud Mental para la admisión de enfermos con patologías severas, existencia de alojamientos precarios y ausencia de dispositivos alternativos. (Lamb, 2000)

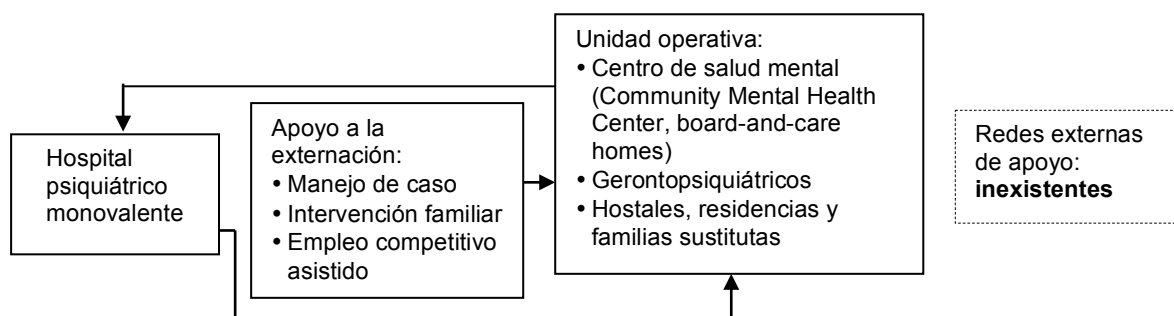
El cambio demográfico y social requiere una redefinición de los modelos de externación y la disponibilidad de las alternativas pertinentes al nuevo contexto cultural y socioeconómico dominante en tiempos posmodernos. (Insel, 2005)

La actividad en los centros de externación introdujo con los equipos multidisciplinarios un nuevo modelo de intervención de los problemas psicosociales de la comunidad y las políticas de salud mental tenían el propósito de operar sobre los conjuntos sociales y reforzar el compromiso comunitario.

Se realizó una distribución de la capacidad instalada y de los recursos humanos profesionales y auxiliares no profesionales con un Centro de Salud Mental por cada 200 000 habitantes.

Para que estos modelos resultaran sustentables requerían ser construidos alrededor de proyectos de vivienda con provisión de apoyo y supervisión necesarios para mantenerse en la comunidad. (Curlee *et al.*, 2001)

Gráfico N° 2. Modelo americano: estructura organizacional y trayectos del paciente



(Fuente: elaboración propia)

La inexistencia de redes externas y unidades de apoyo a los Centros Comunitarios de Salud Mental provocaron una alta rotatividad de los usuarios o exclusión del sistema de externación pasando a la categoría de indigentes.

Coordinación

Descentralización vertical: a nivel ejecutivo, estos procesos se posibilitaron porque las leyes de internación autorizaban al director médico la internación o externación involuntaria de pacientes. Hasta los años setenta regía la *hands off doctrine*: los jueces consideraban que los problemas internos de las instituciones eran competencia de la administración.

Recursos humanos

Profesionales: médicos psiquiatras, clínica médica y especialidades médicas, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales.

Auxiliares no profesionales: enfermeros auxiliares, mucamas, personal cocina, limpieza y mantenimiento.

Financiamiento

Fondos estatales federales para la estructura extrahospitalaria (Medicaid) y de la asignación suplementaria de seguridad.

Italia

La postindustrialización produjo en Italia la expulsión de las personas no consideradas aptas por su enfermedad para el crecimiento social productivo. El director del hospital tenía el poder de decisión, de fijar la ley y de actuar según su criterio para ingresar, incapacitar o externar a los enfermos.

La experiencia italiana de desinstitutionalización se concretó en torno a la figura de Basaglia, en 1961 en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia y en 1969 en Parma, con una formación de los movimientos de crítica institucional, filosófica y social sobre la psiquiatría y la diversidad.

Todo el sistema ligado a los enfermos psiquiátricos previo a la reforma atravesaba la idea generalizada de peligrosidad, incapacidad para los actos de la vida y escándalo público como presupuesto para la internación psiquiátrica, sin ninguna referencia a razones sanitarias.

Desde una posición diferente a la antipsiquiatría inglesa de Laing y David G. Cooper, mientras éstos trataron de destruir la institución asilar a partir de la escuela inglesa del psicoanálisis, Basaglia con una trayectoria inscripta en la filosofía marxista y comunista, inspirado en el psiquiatra angloamericano Jones sobre las comunidades terapéuticas, consideró a la enfermedad mental como resultado de la marginación económica.

Partiendo de su posición de psiquiatra introduce sistemáticamente sus ideas en discusiones, aprovechando el momento de renovación cultural en Europa para extenderlas a un plano más general, incorporando los efectos de los estímulos que llegaban desde la reflexión histórica, filosófica y sociológica.

En 1971, en el *Ospedale Psichiatrico Provinciale* de Trieste cristalizó la negación del hospital monovalente y la idea que la función custodial a la que la psiquiatría no puede renunciar si está confinada al hospital. Reemplazó el encierro con ubicaciones terapéuticas en ambientes abiertos (departamentos y lugares de ubicación colectiva).

Demostó su hipótesis de inutilidad del asilo clásico como del encarnizamiento farmacológico en el tratamiento de la locura y apuntó así a definir un modelo teórico cultural y organizacional desde un encuadre general nuevo: trabajar con los pacientes como personas y con la institución. (Basaglia, 2008, p. 46)

La estrategia del modelo incluyó tres niveles: 1. cultural-científico; 2. organizacional; 3. relaciones humanas. Esta estrategia es la verdadera especificidad técnica en salud mental, y en menor medida los diferentes enfoques terapéuticos.

Su modelo incluyó la reorganización, favoreciendo las relaciones personales y sociales entre los usuarios, agrupando por nacionalidad y costumbres con la posibilidad de recuperar parte de su historia y por lo tanto de sus identidades. Al compartir nacionalidades, los internados disminuían prejuicios, mantenían idioma y costumbres que les permitía una discusión desde una misma perspectiva cultural.

La transformación del hospital psiquiátrico se hizo mediante la redefinición de nuevas relaciones, nuevos espacios y en esa mutación veía la única posibilidad de dimensión terapéutica para reconstruir contactos humanos, sobre todo la identidad perdida y el estímulo de la confianza comunicativa.

Para lograr proyección externa o visibilidad del problema de las instituciones psiquiátricas, favoreció un movimiento en dos sentidos: acercamiento de la sociedad al hospital y salida de los pacientes a la comunidad.

Propició subsidios para que los pacientes pudieran salir a vivir en comunidad. Modificó la función de los actores institucionales, con un cambio fundamental en el rol del enfermero de la posición de custodia al de asistencia y acompañamiento. En cuanto al trabajo modificó las relaciones laborales transformando el concepto de ergoterapia en el de cooperativas sociales donde pacientes asistidos pueden desempeñar un rol activo socialmente con otros miembros de la comunidad. La colaboración y trabajos compartidos es considerada una actividad terapéutica.

Siguieron a la experiencia de Trieste, en 1975 el primer Centro Comunitario de Salud Mental (CSM) en, Auricino, y el segundo en Barcola.

En 1978, Italia sanciona las leyes 180 y 833 de reforma y supresión de hospitales psiquiátricos y restitución de los enfermos con padecimientos mentales a hospitales generales o a comunidades terapéuticas. Constituye el marco general para:

- el cierre gradual de hospitales psiquiátricos, la prohibición de nuevos ingresos y la construcción de nuevos hospitales;
- la apertura de Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), ejes del nuevo modelo asistencial;
- sesiones de psiquiatría en hospitales generales con un máximo de 15 camas (a fin de que no vuelvan a la atmósfera manicomial), para los pacientes que no pudieran ingresar a los CSMC;
- conexiones con otros sectores de la medicina dentro del Sistema Nacional de Salud;
- la voluntariedad de los tratamientos y excepcionalidad de los tratamientos sanitarios obligatorios (TSO) que deberán tener una extensión de 7 días renovables con garantías específicas (firmas de dos médicos, ratificación del alcalde como representación ciudadana y control formal del juez).

En 1980, en Trieste existieron siete CSMC y, en 1992, los mejores programas de salud mental comunitarios en Trieste y Arezzo, donde Basaglia los había iniciado años antes de la sanción de la ley.

Con posterioridad, la *Tutella Della Salute Mentale*, Plan Objetivo de Salud Mental (POSM) 1998-2000 del Ministerio de Salud de la Nación, llenó el vacío normativo desde la reforma, proveyó rutinas respecto a los servicios y definió el cierre definitivo en todo el territorio italiano. (Evaristo, 2011)

Define indicaciones precisas:

- Organiza el Departamento de Salud Mental, red única de servicios públicos estructurales o funcionales con recursos específicos y dirección única dividido en unidades operativas como CSM (cantidad mínima 1 por cada 150 000 habitantes).
- Organiza en el país las estructuras necesarias para los diferentes niveles de atención de la demanda: Servicio hospitalario para agudos, CSM como eje central de programas y acciones terapéutico-rehabilitadoras, con 8 a 12 horas laborales, una minoría con 24 horas y abiertos en días festivos; otros ambulatorios, centro de día para postcrisis, hogares protegidos para discapacitados, cooperativas de trabajo para rehabilitación laboral.
- Define estándares de servicios cada 10 000 habitantes (1 cama para agudos, 1 cama de día para subagudos, 1 cama en hogares protegidos) y de profesionales (1 cada 1500 habitantes).
- Aclara funciones asistenciales: continuidad terapéutica con actitud activa, plan terapéutico individual, integración entre Servicios de Salud Mental y otros Sanitarios

Regionales, Sociales Municipales con deberes a nivel de subsistencia y vivienda para usuarios vulnerables.

- Capacita profesionales
- Organiza sistemas de evaluación de servicios

Según Basaglia, la desintitucionalización, define un modelo teórico, cultural, organizacional con una posición más bien antiinstitucional que antipsiquiátrica y ubica a la psiquiatría como un subsistema de la política y de la economía.

El propósito de su modelo fue descentralizar las decisiones del Ministerio de Salud, que las consideraba políticas; reubicar los médicos transfiriéndolos desde los hospitales y oficinas a centros en la comunidad; desarrollar una psiquiatría en zonas de influencia cercanas a los pacientes que aseguraran la continuidad del tratamiento.

El elemento central de su modelo bio-psico-social se concentró en tratamiento sociopolítico de los enfermos mentales incluyendo a la familia, más que en el psicológico o biológico individual.

La modalidad de red única de servicios públicos de salud mental (DSM) es integradora de diferentes áreas y competencias, impide estrategias conflictivas con abandono de pacientes y la reconversión de los recursos hospitalarios a la atención comunitaria y nuevas necesidades de los usuarios.

La inclusión del trabajo como estrategia de rehabilitación se construye con otras muchas habilidades como higiene, autonomía, con el resultado de una relación con alta recuperación de valores sociales, creando productos de calidad y no meros pasatiempos. Una investigación llevada a cabo en el Instituto Nacional M. Negri sobre 2000 pacientes esquizofrénicos después de 5 años de tratamiento en CSM mostró valores de 62 % de los individuos con trabajo. (Evaristo, 2011)

Como otras experiencias del movimiento antipsiquiátrico la gestión de Basaglia, producto psiquiátrico, ideológico, social, cultural y jurídico con repercusión en Alemania y Francia, suscitó polémicas y cuestionamientos, que aún hoy continúan entre defensores y detractores del modelo italiano y por las tesis organicistas y farmacológicas.

La situación conflictiva se produce con motivo de la Ley 180 por la cantidad de pacientes que tienen que desenvolverse en un mundo de rivalidad ampliada en cuanto a sus relaciones laborales y establecer vínculos sociales, familiares y conyugales a la par de los restantes ciudadanos.

A pesar de los avances hacia la desinstitucionalización, mudar la cultura de la expulsión es difícil y largo, persiste la tendencia a reproducir la situación de separación y aislamiento en nuevos guetos, residencias para mayores o centros de acogida forzosa para inmigrantes.

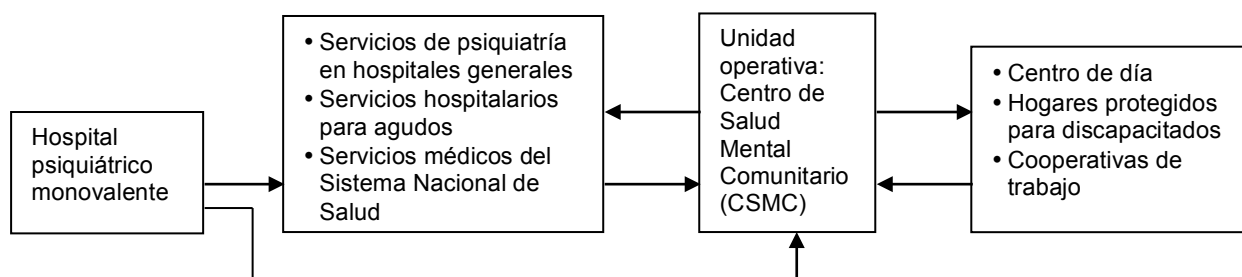
La sanción de la ley no logró transformar el sistema italiano impulsado por Basaglia, tanto es así que los mejores programas comunitarios de salud mental se encontraban en servicios

ya reestructurados antes de la sanción de la ley, como los de Trieste y Arezzo, reconocidos por la OMS por su planeamiento, coordinación y administración.

Es así que el sistema codificado italiano requiere modificaciones para evitar que el paciente con padecimientos mentales desinstitucionalizado pase de un modelo de sumisión a otro de abandono y exclusión por parte del derecho privado, y de una situación de incapacidad de hecho absoluta a convertirse en ciudadano jurídicamente apto para contraer obligaciones en el marco de un país altamente competitivo.

El punto crítico del modelo es la subestimación en los diseños de los programas de la intención política del gobierno, de la cantidad presupuestada para la subvención de los programas, la insuficiencia en los sistemas de evaluación *ex post*, la capacitación de los profesionales así como la competencia desventajosa con otros grupos para la asignación de vivienda, empleo y seguridad social.

Gráfico N° 3. Modelo italiano: estructura organizacional y trayectos del paciente



(Fuente: elaboración propia)

Coordinación

Red única de servicios públicos estructurales o funcionales, Departamento de Salud Mental, con dirección única dividido en unidades operativas como CSM (cantidad mínima 1 por cada 150 000 habitantes). Estos servicios públicos de salud mental (DSM) con descentralización horizontal, son integradores de diferentes áreas y competencias, con otros centros sanitarios regionales y sociales municipales.

Recursos humanos

Profesionales: médicos psiquiatras, otras especialidades médicas, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales

Auxiliares no profesionales: enfermeros auxiliares, mucamas, personal cocina, limpieza y mantenimiento

Financiamiento

Fondos del Estado

Francia

En el año 1945, se revisa en Francia la situación de la atención y se introduce una política psiquiátrica a la que se denominó *psiquiatría del sector*. Se organiza la asistencia de la salud mental en sectores determinados geográficamente que acerque la atención a la población.

Cada sector cubre una media de 70 000 habitantes y en el sector trabaja un único equipo profesional que cuenta con diversos centros asistenciales, con una técnica organizacional de estructura multidivisional y enlaces matriciales según mercado atendido.

Se realiza un reconocimiento administrativo de la nueva política sanitaria, se asumen postulados de la Jornadas Nacionales de Psiquiatría de 1945, a partir de una Circular Gubernamental en marzo de 1960.

En esta concepción confluyen la psicoterapia institucional con Francesc Tosquelles Llauradó y Georges Daumezon en sus inicios y Jean Oury con el psicoanálisis lacaniano, que plantean una asistencia más comunitaria, descentralizada y cercana a la población. (González de Chaves, 2009)

La evolución política y del poder social en Francia hacia una concepción capitalista hace que la psiquiatría del sector fracase al no estar apoyada por la administración ni por el núcleo técnico, que tienden a la actividad privada.

La línea innovadora surgida sólo se mantiene en centros aislados en París, Villeurbanne y Marsella. En la mayoría de los casos sin poder llevar a cabo una auténtica política del sector progresista; el cierre del Hospital Psiquiátrico en Francia se debió más a una política económica que a una necesidad asistencial.

Así, el Hospital Saint-Anne en París, baluarte de la psiquiatría francesa, siguió en las mismas condiciones de deficiencia y el 80 % de los sectores de psiquiatría permanecieron dependiendo para su funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. (Foucault, 2005, p. 125)

En 1960, se estableció “la política del sector”, con unidades geográficas llamadas *sectores* que abarcan cantidades preestablecidas de población, alrededor de 70 000 habitantes. En ellas un equipo multidisciplinario, con la dirección de un psiquiatra brinda la totalidad de servicios requeridos.

Cada sector tiene unidades de internación y centros de crisis para la atención de urgencias con cuidados intensivos con internación por períodos breves. También hay hospitales de noche para alojamiento, cuidados nocturnos y de fin de semana y departamentos terapéuticos para permanencia limitada con tareas intensivas de rehabilitación y de reinserción social. (Gabay y Fernández Bruno, 2011, pp. 229-230)

En los centros de postcura, luego de una fase aguda, la permanencia es más prolongada con la finalidad de continuar los cuidados activos para lograr la readaptación y la autonomía.

Servicios de ubicación familiar terapéutica, integrados en la estructura de esta política, dan tratamiento y ubican a los pacientes en familias sustitutas.

Contemporánea a la ley del 30 de junio de 1838, con el nacimiento del alienismo institucionalizado y el sistema manicomial francés que legitimaba los encierros con las llamadas *lettres de cachet* (órdenes reales) para preservar el orden público, se sancionó en 1990 la Ley 527.

La nueva ley establece dos tipos de internación involuntaria:

- 1) cuando es el médico el que toma la decisión de internar coercitivamente al enfermo mental;
- 2) cuando el prefecto de policía decide la reclusión porque el enfermo constituye una amenaza para sí, para los demás o para el orden público.

En el primer caso, la familia solicita por escrito la internación y dos médicos deben examinar al paciente en no más de 24 horas de producida la internación; pasadas 24 horas de permanencia en la institución, un médico psiquiatra deberá emitir un informe que confirme la necesidad.

El hospital no podrá retener al enfermo por más de siete meses y una comisión integrada por dos personas, un psiquiatra independiente y otro representante de una organización de familiares de los enfermos mentales, supervisarán la aplicación de normas legales y después de tres meses deberá iniciar una investigación para determinar la necesidad o no de la institucionalización.

En el segundo caso, la internación de oficio deberá requerir al menos 24 horas antes de la internación, un examen y certificado de un psiquiatra que se reitera a los 15 días y a partir de ese momento, confirmar mensualmente la necesidad de institucionalización.

La Ley 90/527, del 26/6/1990, siguiendo recomendaciones de la Corte Europea de Derechos Humanos, si bien se refiere a internados involuntarios, es protectora de sus derechos y deberá velar por las libertades individuales y la dignidad de las personas; regula el derecho a la información, al debido proceso, a la apelación; determina plazos máximos para internaciones de urgencia y establece por pedido de terceros salidas a prueba para los pacientes.

En 1992, el Informe Massé hizo un relevamiento de la situación de la atención psiquiátrica en Francia, describiendo tres tipos de estructuras:

1. Estructuras neosilares replegadas sobre si mismas con servicios intrahospitalarios con ocupación plena, con predominio del acompañamiento a largo plazo por sobre los cuidados.

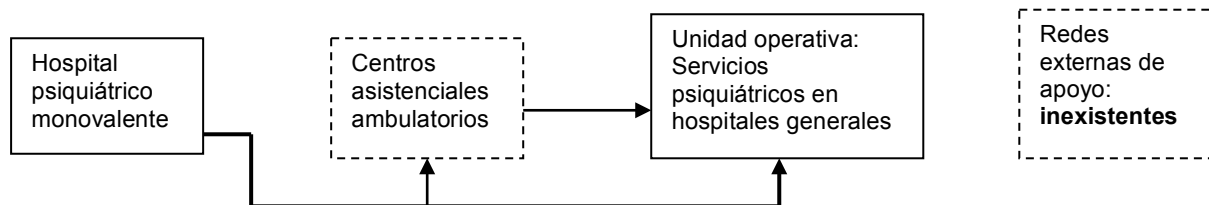
2. Estructuras semiabiertas que constituyeron una moderna solución alternativa para aquellos que requerían seguimientos prolongados.

3. Estructuras abiertas implantadas en el hospital general, con interrelación con los servicios médico-quirúrgicos, que resolvían las urgencias. (Gabay y Fernández Bruno, 2011, p. 230)

En psiquiatría se autorizan medidas de coerción (tratamiento en unidades cerradas); de allí que, en 1995/1997, organizaciones profesionales y sindicales sugieren distintas modificaciones. (Kraut, 2006, p. 383)

El Sistema Nacional de Salud que cubre a la mayoría de la población sigue manteniendo una asistencia curativa, con predominio del hospital como institución central y su financiación va en detrimento de la creación de servicios ambulatorios.

Gráfico N° 4. Modelo francés: estructura organizacional y trayectos del paciente



(Fuente: elaboración propia)

Coordinación

Descentralización vertical limitada a nivel del Sistema Nacional de Salud con el hospital como institución central.

Descentralización horizontal en servicios y centros asistenciales con organizaciones de estructura multidivisional y enlaces matriciales según mercado atendido.

Los agentes internos de las nuevas ORG no lograron un control del entorno, ante una coalición externa activa.

Recursos humanos

Profesionales: médicos psiquiatras, otras especialidades médicas, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales

Auxiliares no profesionales: enfermeros auxiliares, mucamas, personal cocina, limpieza y mantenimiento

Financiamiento

Recursos del Estado

España

El proceso español de reforma psiquiátrica tomó características propias a partir de la Constitución de 1978, influido por la experiencia italiana, momento en que inició un proceso tendiente a reformar el modelo hegemónico asilar español, legítimamente institucionalizado a personas que la sociedad relegaba.

Los aspectos jurídicos de la asistencia psiquiátrica sufrieron una evolución que acompañó, desde el derecho, los cambios que se produjeron en la atención en diferentes comunidades.

El modelo organizacional se basó en el reconocimiento de la autonomía regional. Desde el marco autonómico la descentralización de competencias ha permitido que las diferentes comunidades autónomas hayan dictado normas, incluidas las de sanidad, con diferente planificación y tránsito de experiencias disímiles.

Se definieron y unificaron modelos de trabajo, ante dispositivos muy heterogéneos en su cantidad y distribución geográfica con las siguientes características:

- Multiplicidad de redes de atención y servicios paralelos en cada comunidad
- Una red de hospitales psiquiátricos, varios con situación de precariedad, como oferta monopólica de sanidad pública para los enfermos mentales con patologías crónicas
 - Escaso número de unidades psiquiátricas en hospitales generales o universitarios
 - Redes de AP con historias clínicas negligentes o inexistentes, sin posibilidades de tiempo suficiente para un diagnóstico inicial en la primera consulta

Se demostró una demora financiera de la transferencia de recursos sanitarios, incluso fondos económicos provenientes de INSALUD a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas para adecuarse al nuevo sistema. (Fernández Liria y Dieguez Porrez, 2005)

La reforma psiquiátrica se inicia en 1985, a partir de recomendaciones y propuestas de una comisión ministerial creada al efecto, cuyo centro no estuvo en la reordenación de recursos existentes ni en la reducción de la coordinación e integración de acciones en el

marco de la asistencia psiquiátrica, sino en un cambio epistemológico en el modo de entender y abordar los problemas de salud mental y sobre todos aquellos que son crónicos. (Lafuente Lázaro, Santos Francisco González, Criado Martín y Covarrubias Fernández, 2007)

Se organizó la atención en la comunidad en instituciones con diferente tipología:

- Miniresidencias: estructuras con una capacidad de 20 a 30 camas con ambiente de tipo hogareño, con participación de los usuarios en la organización y en el funcionamiento. El equipo asistencial está integrado por monitores con atención durante las 24 horas y la duración y permanencia de los usuarios es flexible.

- Pisos supervisados: son departamentos que permiten la convivencia de tres o cuatro personas como máximo. El apoyo y la supervisión externa es periódica y flexible a cargo de un equipo de monitores y profesionales de la salud mental.

- Pensiones supervisadas: son instituciones para usuarios estabilizados en las que se brindan apoyo y supervisión periódicos. (Pérez, 2003)

La atención y el desarrollo de un sistema para la salud mental están previstos en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad 14/1986, Decreto 394/94, desarrollo del artículo 43 (protección de la salud) y concreta la integración de la asistencia sanitaria dentro de la salud pública, al configurar el Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986)

Esta ley expresa que la atención de los problemas de salud mental se resolverá en el ámbito comunitario potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y atención a domicilio, reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización. Deberán desarrollarse servicios de rehabilitación y reinserción social adecuados para la atención integral y la coordinación con servicios sociales. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran deberá hacerse en unidades psiquiátricas de hospitales generales.

Sin embargo en la AP, primer eslabón de ingreso al sistema, queda excluida la atención psiquiátrica. (Salvador, 2005)

Se organizaron Unidades de Salud Mental en los Centros Periféricos de atención, externos al hospital con un equipo profesional básico (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) cada 50 000 beneficiarios que deberán actuar en los niveles primarios de atención. Se estimaron tiempos operatorios de 45 minutos para la primera consulta y 20 para las consultas de seguimiento. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)

Establece la necesidad de crear Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día, Unidades de Apoyo Comunitario y Unidades Residenciales.

La administración andaluza desarrolló un programa de transformación de estructuras tradicionales por una red de servicios con rutinas centralizadas en su propia comunidad

(Gisbert Aguilar, 2003, pp. 209-215). La creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) y del Servicio Andaluz de Salud (SAS), sustituyó las estructuras tradicionales (8 hospitales públicos) por una red de dispositivos comunitarios articulados en niveles:

- programa residencial: con cobertura de las necesidades básicas como vivienda, manutención, cuidados básicos, autocuidados que incluyen el aseo, organización cotidiana y apoyo en las relaciones interpersonales;
- recursos supervisados: departamentos con menos de 10 pacientes, con presencia discontinua del grupo de apoyo;
- pisos autónomos: departamentos en donde reciben una visita de control periódica, mensual o a demanda.
- recursos asistidos para 10 a 20 usuarios, con presencia permanente del equipo de apoyo durante las 24 horas.

El modelo incluye además un programa de apoyo domiciliario, uno de ayuda a las familias, visitas periódicas, centros de día, pensiones y se brinda asistencia en la propia vivienda del paciente.

Dispositivos no específicos como residencias para gerentes y centros para deficientes mentales son añadidos al sistema.

España es uno de los pocos países que en su Constitución se recoge el derecho explícito de los enfermos mentales a recibir protección, tutela asistencial y jurídica de la administración pública.

En su artículo 49 entre otros derechos constitucionales reconocidos a los enfermos mentales señala “la atención especializada que requiera” para la prevención de la afección y su tratamiento y rehabilitación e integración.

Sin embargo el Tribunal Constitucional hace propio el arraigo social de la asociación locura y peligrosidad y curación/cordura con inocuidad y ordena el ingreso forzoso a hospitales psiquiátricos ante conductas consideradas inapropiadas de los pacientes, responsabilizando a la psiquiatría comunitaria por las conductas inadecuadas de pacientes que se encuentran externados.

Ante casos extremos el recurso de amparo es el instrumento para la protección de los derechos subjetivos de los pacientes como ciudadanos, ya que otros derechos constitucionales no tienen la misma protección jurídica.

El enfermo mental carecería del derecho subjetivo de esta prestación exigible a los tribunales y a pesar de la existencia de leyes y normativas, su aplicación era nula frente a la falta de decisión política (Kraut, 2006, pp. 384-391).

Las disposiciones del capítulo III deben articularse con la Constitución española de 1978 y con lo dispuesto por la Ley de Enjuiciamiento Civil, artículo 763, habiendo perdido vigencia el artículo 211 del Código Civil desde el año 2000, por sustitución por la Ley 1/2000 que

establece en el artículo 763 “internamiento no voluntario por trastorno psiquiátrico” marca diferencia con el anterior sistema. (Ley 1/2000, artículo 7)

Así mismo, la norma indica que en todas las actuaciones la persona involucrada podrá disponer de representación y defensa, así como apelar la decisión del tribunal.

La sentencia de internación debe obligar a los médicos a informar periódicamente al personal sobre la necesidad de mantener la medida de excepción. La internación de urgencia es realizada por el médico con posterior consolidación por el juez.

El reconocimiento de la autonomía por las comunidades, ha determinado un esquema variado de programas con un común denominador que son las insuficientes asignaciones presupuestarias para estas alternativas al modelo hospitalario.

Hasta 1997, ocho Comunidades Autónomas disponían de un Plan de Salud Mental, a saber: Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla León, Cataluña, Navarra y Valencia. Estos planes son un subsistema ubicado en el nivel de atención especializada.

En el informe de la Subdirección de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (Sistema de Información en Salud Mental, 1998) se observó:

- un aumento de la tasa de psiquiatras y psicólogos de 3.9 a 5.2 y de 2.0 a 2.64 por cada 100 000 habitantes respectivamente;
- 519 Centros de Salud Mental;
- 10 camas de internación psiquiátrica breve cada 10 000 habitantes;
- reducción del tiempo de internación en hospitales generales a 30 días (estas camas representaban el 53 % del total de camas psiquiátricas);
- reducción de camas de larga estadía (mayor a 6 meses) en el período 1980-1994 de 40 000 a poco más de 12 000.

El total de internados psiquiátricos crónicos en España, en 1974, era de 42 858 en una población de 35 millones de habitantes, con una tasa de uso de 22 internados crónicos por cada 1000 habitantes.

En el período 1991-1996, se produjo un aumento del 65 % de las consultas por primera vez y seguimiento posterior en centros ambulatorios y en las estancias intermedias de un 25 %. (Salvador-Carulla *et al.*, 2002)

La reforma española encuentra su punto de rivalidad entre el sistema médico y el sistema judicial en cuanto la norma amplía las facultades de los médicos y diluye la inmediata fiscalización judicial.

El modelo evidencia problemas de coordinación entre los niveles de Atención Primaria de la Salud (APS) y salud mental que alteran la comunicación entre ambos niveles asistenciales que, vista en perspectiva, demuestra que se está remediando problemas sin planificación estructural que conduzca a una atención comunitaria más eficaz y eficiente.

Los profesionales de AP no contaban con habilidad tecnológica necesaria para la atención de los pacientes con problemas de salud mental, no se estandarizaron las habilidades, tiempo ni disposición necesaria para la atención de estos pacientes.

No se regularon explícitamente los términos de coordinación entre AP y salud mental, por lo que ésta quedaba supeditada al buen entendimiento y disponibilidad de profesionales de ambos niveles.

Uno de los principales problemas a abordar fue el papel de la AP en la atención de la salud mental y su relación con los recursos de atención especializada. Los profesionales de ésta se encuentran saturados de pacientes, por lo tanto el excedente es asumido por la AP.

Por otra parte, los médicos de AP refieren un volumen de demanda difícil de manejar y por la problemática emocional del paciente puede resultar incómodo y consumir tiempo de consulta, con lo que origina retrasos y malestar por la espera de los pacientes generales sin diagnóstico de padecimientos mentales.

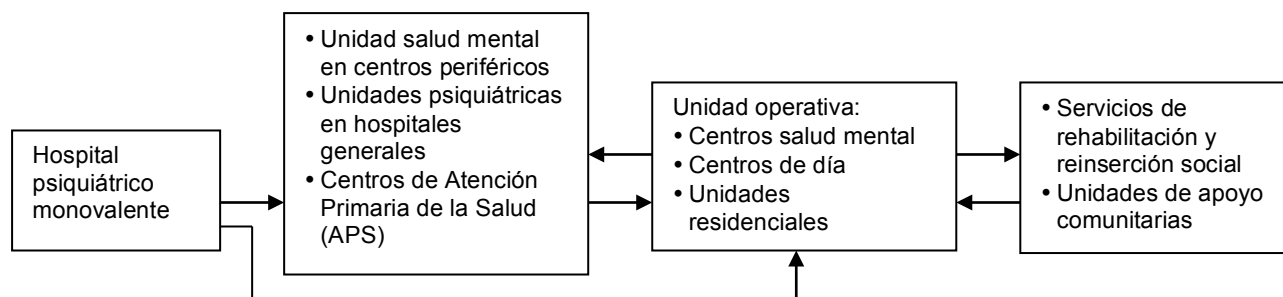
Los criterios de derivación no son claros; con frecuencia un paciente derivado a salud mental después de una consulta retorna a AP y así los pacientes van y vienen entre uno y otro nivel asistencial y generan una clara disputa interpersonal sin que las partes puedan ajustar sus expectativas respecto al otro.

La falta de fluidez de esta comunicación puede ser un factor importante para entender que los niveles de AP y salud mental funcionan en paralelo y centrados cada uno en sí mismo.

La evaluación del proceso de cambio es difícil de realizar, son escasos los trabajos de investigación que evalúan en forma sistemática el proceso de reforma psiquiátrica en España. Los objetivos propuestos en el proyecto inicial fueron muy generales, no se plantearon en forma operativa y no se ha desarrollado un sistema de recolección de datos unificado que permita la monitorización de los mismos y el establecimiento de indicadores de actividad, que en una situación de autonomía regional tiene políticas sanitarias diferentes.

A pesar de las transformaciones realizadas por el modelo español, se observan insuficiencias como un abordaje excesivamente biológico, ausencia de mecanismos de coordinación entre niveles, falta de criterios en la formulación de objetivos y metas, debilidades en la integración con la red sanitaria general, ausencia de registros unificados que permitan diseñar respuestas para responder a las demandas, precariedad en la implementación de residencias, inadecuación de programas para la población psicogerítrica, adolescente y de la niñez. (AEN. Profesionales de la Salud Mental, 2001)

Gráfico N° 5. Modelo español: estructura organizacional y trayectos del paciente



(Fuente: elaboración propia)

Coordinación

Descentralización vertical: Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986) – Plan Nacional de Salud Mental.

Descentralización horizontal: descentralización de competencias en las diferentes Comunidades Autónomas que hayan dictado normas, incluidas las de sanidad, servicios de rehabilitación y reinserción social adecuados para la atención integral, coordinación con servicios sociales con diferente planificación y tránsito de experiencias disímiles.

Cada comunidad autónoma realiza la transferencia psiquiátrica de manera desigual. Usaron diferentes mecanismos administrativos de auspicio y gestión, estándares de asistencia y tiempo de aplicación para los distintos programas.

La administración andaluza desarrolló un programa de transformación de estructuras tradicionales por una red de servicios con rutinas centralizadas en su propia comunidad.

Recursos humanos

Profesionales: médicos psiquiatras, otras especialidades médicas, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales.

Auxiliares no profesionales: enfermeros auxiliares, mucamas, personal cocina, limpieza y mantenimiento.

Financiamiento

Fondos económicos provenientes de INSALUD a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Algunos modelos en Latinoamérica

Chile

En Chile, la prevalencia de trastornos mentales es de 36 %, situación que explica el 15 % del total de años de vida saludable perdidos por discapacidad (AVAD).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud para el sistema público, como parte del Modelo General de Atención en Salud, desde el año 2000 establece un modelo de enfoque comunitario en red con integración a servicios de salud generales.

El desarrollo del modelo de atención comunitaria permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada, dando prioridad a estrategias comunitarias y participativas, según las realidades de cada grupo sociocultural.

Según este modelo, el eje organizacional es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria, coordinada en red con los servicios de psiquiatría en hospitales generales, servicios de mediana estadía, hospitales de día, centros de AP, hogares protegidos, programas de rehabilitación, agrupaciones de familiares y agrupaciones de usuarios.

Esta red de salud mental y psiquiatría funciona por territorios y tiene responsabilidad sobre la atención de usuarios del sistema de seguridad pública de salud, las emergencias y los servicios convenidos para los afiliados de los sistemas privados de seguros de salud, así como las acciones de salud pública dirigidas a toda la población. El objetivo de la red es facilitar el acceso a los servicios y acciones sanitarias en instalaciones más cercanas a la residencia de los usuarios.

La mayoría de los usuarios tanto del sistema público como privado son tratados en forma ambulatoria con una tasa de 1.272 personas por 100 000 habitantes comparado con 67 personas por 100 000 habitantes para los servicios de psiquiatría en hospitales generales y clínicas privadas y 33 por 100 000 habitantes para los hospitales psiquiátricos.

Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) se diferencian de los otros tipos de centros ambulatorios por tener menos recursos humanos, un número de intermedio de consultas por año, tiempo de espera bajo para la primera consulta con un psiquiatra e intervenciones psicosociales.

Los cuatro hospitales psiquiátricos y la Clínica Gaete (dispositivo de larga estadía privada pagada por seguro público) han disminuido un 22 % el número total de camas durante los primeros cinco años de implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, determinado por la disminución de camas de larga estadía (valor promedio de 20 días), donde un número importante de sus usuarios tuvieron acceso a programas de rehabilitación psicosocial.

Después de 10 años de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se observó un incremento real y sostenido de la inversión pública y la asignación

de recursos por los Ministerios de Salud y de Hacienda, según las prioridades definidas para el presupuesto de la Nación, con un aumento sostenido y significativo de 1.2 % para el año 1999, hasta llegar a 2.4 % en el año 2003; aunque resultaron menores a la meta de reducción de 5 % planificada por el Plan Nacional de salud mental para el 2010.

El 33 % del gasto en salud mental es asignado a hospitales psiquiátricos, con una reducción significativa referida al 57 % en el año 1999, con valores inferiores a los encontrados en países desarrollados de otros continentes como Australia (9.60 %), Reino Unido (10 %), Suecia (11 %) y Nueva Zelanda (11 %).

Se observó un cambio en la redistribución de los recursos que en 1990 concentraba el 74 % del presupuesto de salud mental los hospitales psiquiátricos, mientras que en el 2002 sólo el 43 % correspondió a éstos y el 46 % se dedicó a los centros comunitarios. Solo tres de las prioridades programáticas —la esquizofrenia, la depresión y la dependencia del alcohol y de las drogas— tienen financiamiento seguro por estar entre las 56 enfermedades del programa de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

No existen disposiciones legales y financieras en Chile para la protección de los usuarios ante la discriminación en el trabajo a causa de trastornos mentales ni facilidades de acceso a viviendas. Sin embargo, el 15 % de las personas que reciben pensión asistencial lo hacen debido a su discapacidad mental. En 2001 se puso en marcha una nueva reglamentación de internación en establecimientos psiquiátricos con muchas limitaciones debido a las restricciones.

La estructura organizacional tiene su órgano rector y normativo en la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud y 28 servicios de salud con unidades de salud mental que funcionan desconcentrados y encargados de la gestión descentralizada de los programas y a la toma de decisiones en sus respectivas zonas geográficas.

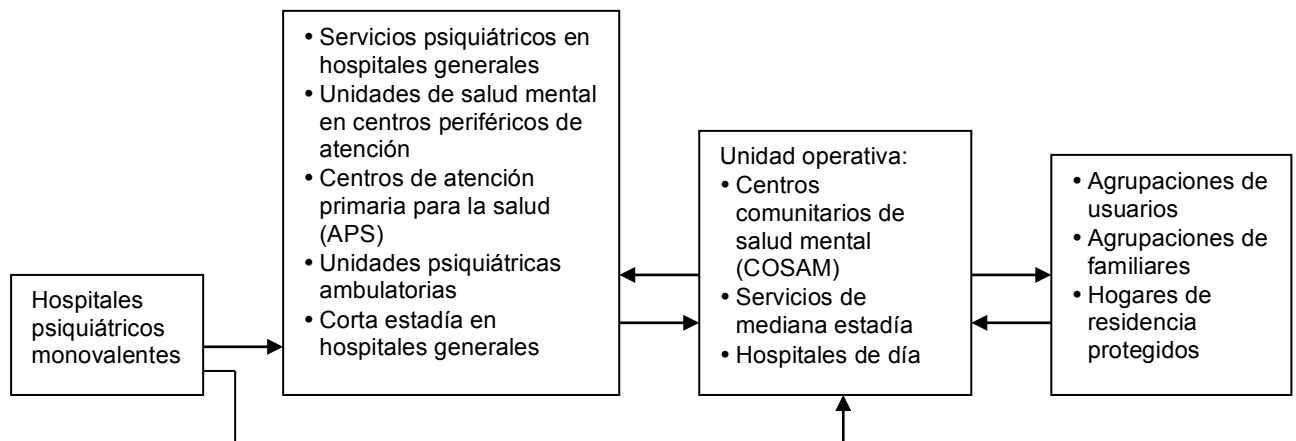
Su principal función es la puesta en marcha de los programas locales, coordinar las redes locales y la relación con otros sectores y actores locales para dar respuesta a las necesidades de la población en su área de acción:

- Centros APS
- Centro Comunitario
- Unidades psiquiátricas ambulatorias
- Hospital de día
- Corta estadía en hospital general
- Centro diurno
- Hogar residencia protegida

La Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud cuenta con un equipo interdisciplinario con la responsabilidad de asesorar a las autoridades en temas de política y legislación, y de diseñar y apoyar la implementación de planes y programas del sistema público.

Además de los servicios de salud, existe un referente local: la Unidad de salud mental (cuando el lugar contara con un equipo interdisciplinario) o Encargado de salud mental (si sólo disponía de un profesional del tema) con funciones de planificación, gestión, coordinación, monitoreo y evaluación de los Servicios de salud mental del sector público.

Gráfico N° 6. Modelo chileno: estructura organizacional y trayectos del paciente



(Fuente: elaboración propia)

Coordinación

Descentralización vertical escasa: La estructura organizacional tiene su órgano rector y normativo en la Unidad de salud mental del Ministerio de Salud.

Descentralización horizontal: Los 28 servicios de salud con unidades de salud mental que funcionan desconcentrados y encargados de la gestión descentralizada de los programas y a la toma de decisiones en sus respectivas zonas geográficas.

Recursos humanos

Profesionales: médicos psiquiatras, otras especialidades médicas, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales

Auxiliares no profesionales: enfermeros auxiliares, mucamas, personal cocina, limpieza y mantenimiento

Financiamiento

Fondos estatales: la inversión pública y la asignación de recursos se operan por los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Recursos físicos privados (Clínica Gaete) pagada por seguro público.

Brasil

En la década de los setenta, Brasil inició un proceso de revisión del modelo asistencial médico-psiquiátrico hospitalocéntrico considerado inoperante y costoso. La reforma surge como un movimiento sociopolítico en el ámbito de la salud pública, y desde el punto de vista de la gestión de políticas públicas se une estrechamente a la legislación en salud mental iniciada en 1990 con la Declaración de Caracas.

La reforma constitucional de 1988 es un fundamento inductor de normas inferiores para permitir la protección efectiva de los derechos de los pacientes. En el artículo 203 inciso IV asume “la habilitación y rehabilitación de personas portadoras de deficiencias y la promoción de su integración a la vida comunitaria”.

En 1989, en Santos se inicia una experiencia liderada por David Capistrano Filho y se entrega al Congreso un proyecto de Ley de Reforma Psiquiátrica, antecedente de la actual.

En el proyecto de ley 8/91, Paulo Delgado proponía instalar un nuevo paradigma en el cuidado del paciente psiquiátrico y neutralizar la normativa del Código Civil brasileño de 1916, referido a la inexorable y absoluta incapacidad y al peligro potencial. Este intento legislativo propone el establecimiento gradual, paulatino y moderado de una estrategia política indicativa para las distintas legislaciones de los Estados.

Apunta a la progresiva desaparición de los hospitales monovalentes y hacia la desinstitucionalización desde tres líneas: 1) la prohibición de construir nuevos hospitales psiquiátricos públicos; 2) la prohibición a la administración pública de contratar o financiar nuevas camas en hospitales psiquiátricos privados, exención hecha de aquellas regiones donde no existan recursos alternativos, y 3) control judicial de internaciones coactivas.

En 1992, la II Conferencia Nacional de Salud Mental formalizó un esbozo de modelo asistencial significativamente distinto, no solo en su lógica, conceptos, valores y estructura de la red de atención, sino de concretar los derechos de ciudadanía de las personas con padecimientos mentales incluidos en la Constitución brasileña.

Se realizaron experiencias en los campos asistencial, jurídico y cultural instalando la desinstitucionalización a través de casas de medio camino, y residencias terapéuticas dependientes del Ministerio de Salud, similares a una residencia común donde los pacientes

reciben la visita de los profesionales de la salud, la administración de medicamentos y asistencia psicológica.

Brasil como país firmante adhiere a la Declaración de Caracas tras un largo movimiento de trabajadores en salud mental que resultó en la Ley 9867, de 1999. Hay una evidente analogía con las llamadas *empresas sociales* de la experiencia italiana.

En 2001, la III Conferencia de Salud Mental elaboró propuestas y estrategias para consolidar el modelo humanizado de la salud mental, normatizadas por la Ley Federal de Salud Mental 10.216/2001 que redirecciona el modelo asistencial; aunque debido al poderoso “mercado de la locura”, el modelo asilar sigue siendo hegemónico.

De su texto surgen áreas como: reorientación del modelo asistencial en salud mental, recursos humanos, financiamiento, acceso a los servicios, derechos y ciudadanía, control social.

Desde la perspectiva legal se propuso la revisión de los códigos Civil y Penal en materia de salud mental, especialmente:

1) Adecuar el Código Civil a la Ley 10.216/2001, asegurando al portador de un padecimiento mental una legislación que reconozca su cualidad de sujeto de derecho.

2) Combatir la concepción del Código Civil de considerar a la persona con padecimiento mental con incapacidad absoluta.

3) Hacer una revisión de los criterios de interdicción del Código Civil, privilegiando la voluntad y autonomía del sujeto y del carácter temporal de la medida. Se propone así mismo que el proceso de interdicción sea una especie de curatela parcial.

4) Proponer una modificación del Código Penal para excluir el concepto de presunción de peligrosidad del portador de un padecimiento mental.

El nuevo Código Civil brasileño establece avances en la supresión de hospitales monovalentes y reglamentación de internaciones involuntarias, si bien mantuvo el criterio de incapacidad absoluta en razón de la enfermedad mental (Ley 10.416, 2002).

El 31 de julio de 2003 se sanciona la Ley 10.703 que instituye el auxilio-rehabilitación psicosocial para pacientes con trastornos mentales con alta de su internación. Se establece un nuevo nivel en el proceso de reforma hacia la desinstitucionalización con la concesión de auxilio y rehabilitación psicosocial en programas extrahospitalarios de atención en salud mental. (Ley 10.703, 2003)

Desde 1992 existen ocho leyes vigentes que prevén la sustitución progresiva por otros dispositivos o servicios de la atención en el hospital psiquiátrico, inspirados en el Proyecto Federal “Paulo Delgado”. Son los de Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Río Grande do Norte y Río Grande do Sul.

Se dispusieron incentivos para los centros de atención diaria (Centros de Atención Psicosocial, CAPS), la utilización de camas en hospitales generales, la notificación de

tratamiento involuntario y se enfatizó la definición de los derechos de las personas con padecimientos mentales. La Disposición n° 336 del Ministerio de Salud del 19 de febrero de 2002 regula en la actualidad más de mil CAPS.

Una serie de resoluciones ministeriales, entre ellas la Disposición 1077 del 24 de agosto de 1999, dispone la asistencia farmacéutica en la atención del padecimiento mental.

La Disposición Interministerial n° 628 del 2 de abril de 2002, que establece el Plan Nacional de Salud en el sistema penitenciario, define mecanismos de atención de la salud que incluyen la mental, del Sistema Único de Salud (SUS) a los detenidos, extendiendo la mirada de la salud mental a las prisiones. (Tosta Berlink, 2009)

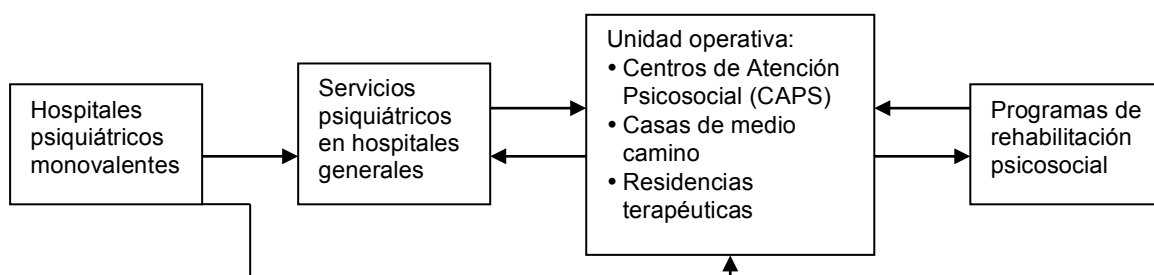
En resumen, lo que se observa desde 1999 conserva la máxima intensidad política y normativa de lo que se denomina Reforma Psiquiátrica brasileña, que se realiza por medio de una política pública compleja, sistemática y fundamentada por leyes estatales y municipales. Crea condiciones e instituye nuevas prácticas terapéuticas con la misión de incluir al usuario en salud mental en la sociedad y en la cultura.

Tras generar nuevos dispositivos y nuevas prácticas clínicas, la reforma psiquiátrica necesita crear nuevos dispositivos para que tales vivencias se transformen en experiencias o saberes socialmente compartidos.

El éxito de la reforma depende de nuevas formas de ejercicio de la actividad clínica y práctica del tratamiento y supone la preparación del trabajador en salud mental. Sin embargo la experiencia indica una distancia entre teoría y práctica que no siempre se revelan en los informes oficiales periódicos al Ministerio de Salud.

Se encontraron desfases entre la formación universitaria y los requisitos que vienen de la práctica, y se necesita que se desarrollen capacidades de investigación en salud mental.

Gráfico N° 7. Modelo brasileño: estructura organizacional y trayectos del paciente



(Fuente: elaboración propia)

Coordinación

Nivel normativo: Ministerio de Salud. Descentralización horizontal en unidades operativas

Recursos humanos

Profesionales: médicos psiquiatras, otras especialidades médicas, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales

Auxiliares no profesionales: enfermeros auxiliares, mucamas, personal cocina, limpieza y mantenimiento

Financiamiento

Fondos del Estado

Uruguay

La realidad con que comienza la reforma era una población institucionalizada asilar de 2300 pacientes, de los cuales alrededor de 2000 eran crónicos, con una tasa de utilización de 0.62 internados psiquiátricos crónicos por cada 1000 habitantes, sobre una población total de 3.2 millones de habitantes. (Arduino, Ginés y Porciúncula, 2000)

Una modificación funcional y de redistribución de la internación psiquiátrica, dispersando los servicios de internación, concluyeron en el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) que converge en el Sistema Integrado de Salud con tres estrategias:

- Primer nivel de atención en y con la comunidad y concentración de la internación
- Creación y desarrollo de unidades de salud mental en hospitales generales
- Asistencia de personas con padecimientos mentales invalidantes

Para abordar la externación se desarrollaron estructuras intermedias asistenciales en la comunidad, centros diurnos, hogares protegidos. Se realizó intervención al paciente en su domicilio, psicoeducación a las familias mediante el programa de Asistencia de Crisis Psiquiátricas (ACRI). (Acuña, 2004)

Se agregaron salas de emergencia y recursos terapéuticos en la asistencia de pacientes ambulatorios. En los centros diurnos se constituyeron espacios grupales de autoayuda y programas de rehabilitación.

Estos cambios se desarrollaron en el sector público, que cubre el 50 % de la población, pero no alcanzaron al sector de las Dirección de Unidades Asistenciales Especializadas ASSE, que cubre el resto de la población.

A la oferta pública se deben agregar al sector privado con una tasa de uso de 0.20 camas para internación corta por cada 1000 habitantes.

La prevalencia histórica de la salud mental incluye:

- Marginación masiva de enfermos mentales

- Retraso en la incorporación de recursos psicosociales y de la psicoterapia a los servicios públicos y a las Instituciones de Asistencia Médico Colectivas (IAMC)

- Redistribución de los pacientes internados en hospitales generales con un mejoramiento en los episodios críticos y el desarrollo de la Psiquiatría en Centros de Salud Mental en diversos departamentos del país.

Las normas y estructuras operativas del modelo en los lineamientos del PNSM son:

- PNSM de la Dirección General de Salud (DIGESA-MSP) con una comisión asesora técnica de trabajo

- Dirección de Unidades Asistenciales Especializadas ASSE (Colonia de Alienados, Hospital Vilardebó, unidades de salud mental en hospitales generales, 11 Centros de Atención de Salud Mental en Montevideo, 24 Centros de Salud Mental departamentales, algunos con Centros de Rehabilitación

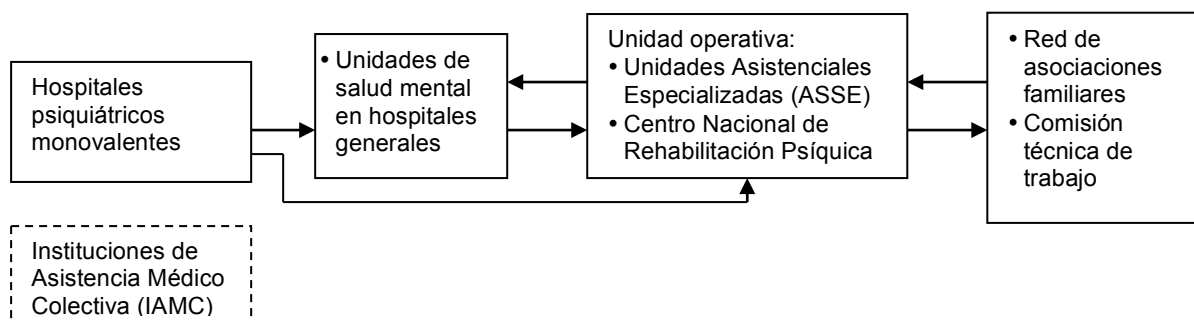
- Patronato del Psicópata (Ley 11.139) y su Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica integrados por un Director del Plan Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública, el Inspector General de Psicópatas, los directores de los hospitales Vilardebó y Colonia de Alienados, el profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, un representante de la Sociedad de Psiquiatría a propuesta de ésta, 3 representantes de la comunidad (1 abogado y 1 contador), los 4 últimos designados por el Poder Ejecutivo

- Ley sobre la asistencia de enfermedades mentales de 1936 (Ley 9581)

- Red de asociaciones de familiares que coordinan a la familia de los usuarios en Montevideo y en diversos departamentos. (Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay, 2005)

En el año 1999 se firmó un convenio de salud mental entre el Ministerio de Salud y la Universidad de la República del Uruguay, para la investigación y complementación de las actividades del proyecto de reforma.

Gráfico N° 8. Modelo uruguayo: estructura organizacional y trayectos del paciente



(Fuente: elaboración propia)

Coordinación

Ministerio de Salud, Sistema Integrado de Salud, Programa de Salud Mental de la Dirección de Unidades Asistenciales Especializadas (ASSE)

Descentralización horizontal en las unidades Operativas

Recursos humanos

Profesionales: médicos psiquiatras, otras especialidades médicas, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales

Auxiliares no profesionales: enfermeros auxiliares, mucamas, personal cocina, limpieza y mantenimiento

Financiación

Fondos del estado

Fondos privados: Dirección de Unidades Asistenciales Especializadas ASSE

Argentina

En Argentina, se ha desarrollado desde el inicio de la antipsiquiatría en los años sesenta, alineados en lo que se denomina *reforma psiquiátrica* una multiplicidad de abordajes, políticas públicas y tratamientos implementados de manera irregular y discontinua desde diversas instituciones del Estado, movimiento de profesionales o trabajadores relacionados a las prácticas de salud mental, que resultaron experiencias aisladas de desinstitucionalización.

Se describirán aquí las experiencias paradigmáticas de este proceso en orden de aparición temporal y los avances jurídicos, facultades legislativas en lo relativo a las regulaciones vinculadas con la salud mental.

Es evidente la insuficiencia legislativa respecto de la salud mental en Argentina. A nivel provincial, sólo seis provincias tuvieron ley de salud mental: la 2440 en octubre de 1991, de Río Negro; la 10.772 en diciembre del mismo año, en Santa Fe; la Ley 8806 en julio del 1994, en Entre Ríos; la Ley 6976 en enero del 2000, de San Juan; la 9848 en octubre de 2010, de Córdoba.

En 2010, se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, y en febrero de 2014 la provincia de Buenos Aires adhiere a la ley nacional con la sanción de la 14.580.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley 448 en septiembre de 2000 de Salud Mental refiere favorablemente la desinstitutionalización y la reinserción social de los internados.

En 2001, un proyecto de ley parcialmente promulgado, aunque no reglamentado, previó la creación de un Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental (APSM), designando al Ministerio de Salud de la Nación como órgano de aplicación.

La Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación, publicada el 20 de enero de 2014 en el Boletín Oficial, aprobó el Plan de Salud Mental 2013-2018 como herramienta operativa para favorecer la inclusión social.

Este plan contiene los lineamientos claves del nuevo paradigma: del encierro a la integración social, del saber hegemónico al abordaje plural y del menosprecio a la ciudadanía. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, dependiente de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del programa, será la encargada de ejecutar, instrumentar y conducir dicha estrategia. (Ministerio de Salud de la Nación, 2014)

La primera experiencia en Argentina es la que se denominó “Experiencia del Lanús” que constituyó el antecedente más importante de las comunidades terapéuticas en la dirección del servicio de salud mental, en el Policlínico “Evita”, en Lanús institución que cambiara su nombre en 1955 por el de Policlínico “Gregorio Alfaro”, nominación que alude al primer Servicio de Psicopatología en un hospital general en América Latina y que creara su primer director, Mauricio Goldemberg, en 1956. (Alberdi, 2003, p. 173)

El modelo psicológico se oficializa en el ámbito hospitalario y asistencial del hospital general compartiendo el poder oficial y también iniciando la rivalidad con la Psiquiatría. (Kraut, 2006, pp. 377-399)

En 1964 se llevó a cabo en Mendoza, en el hospital El Sauce una experiencia que incluyó un cambio en el trato con los pacientes y en la concepción manicomial hegemónica de las cátedras de Psiquiatría. Esta propuesta de un nuevo modelo determinó que quien fuera nombrado director, Horacio Etchegoyen, renunciara a su cargo al cabo de un año.

En 1985 los principios básicos de la experiencia italiana son retomados en la reforma psiquiátrica de Río Negro. Hugo Cohen inicia un proceso de transformación que incluye el cierre de la institución total en 1988 y sanción de la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental en 1991, considerada como primera ley de este tipo en el país. (Ley 2440, 1991)

La asistencia psiquiátrica se realizaba en un único hospital neuropsiquiátrico de Allen que acumulaba el 90 % de los recursos humanos disponibles en salud mental. Para el cierre de la institución se inicia en forma sistemática el corte de la entrada al sistema. En 1985 el 65

% de los pacientes derivados provenían de localidades cercanas donde existían psiquiatras y psicólogos trabajando en hospitales generales.

La elaboración de normas de intervención en crisis y la conformación de equipos multidisciplinarios fueron fundamentales para la transformación que culminó con el cierre del hospital monovalente y la decisión política de internar a las personas con padecimientos mentales en hospitales generales, compartiendo con clínica médica el sector de camas.

El hospital rural y el de mayor complejidad fueron las bases de operaciones desde donde los equipos de salud mental intentaron reconstruir la red social que incluye centros periféricos y su personal como primer eslabón en la cadena de consultas y seguimiento de la persona externada o que estuviese internada en su propia vivienda.

El Instituto Provincial del Seguro de Salud, IPROSS, como obra social de la provincia, como ente financiador de la asistencia médico psiquiátrica, acompañó la transformación con la adecuación de las normas y la cobertura económica de las prácticas alternativas a la internación institucional (acompañamiento terapéutico, subsidios para los afiliados, internación domiciliaria, hostales u hogares de tránsito, centros de día). (Ley 8687/1973; IPROSS, 1993)

El modelo estableció estructuras intermedias entre la internación y la externación o el afuera; se posibilitó la asistencia de personas internadas por episodios críticos. La paulatina transformación, por reducción de camas de los hospitales, fue un proceso realizado por planificación estratégica con inclusión simultánea de la comunidad, los profesionales y los pacientes. El pensamiento filosófico que acompañó el proceso fue la recuperación de los vínculos sociales donde no se aborda al sujeto desde sus conflictos intrapsíquicos, sino desde la situación susceptible de atravesar múltiples crisis a lo largo de su vida y desde la concepción de multideterminación del proceso salud-enfermedad mental.

Aspectos operativos

Equipos de salud mental (ESM) con base en los hospitales generales son los ejes de la red de servicios. La habilitación de camas psiquiátricas en hospitales generales, sin número fijo, sino requeridas según demanda, hizo posible hacer internaciones cortas en salas de otras especialidades.

La integración de la red se conformó con personas provenientes de sectores convencionales como el de salud y otros no convencionales como justicia, vivienda, secretarías de trabajo, iglesias y no solamente con los recursos materiales que les sirven de instrumentos.

Se promovió el acompañamiento permanente de familiares, amigos u operadores de salud mental. Las visitas domiciliarias constituyeron un instrumento terapéutico que promovió una relación de cercanía que aumentó la adherencia al tratamiento. (Cohen, 2009)

La habilitación de dispositivos laborales de acuerdo con la cultura y disponibilidad de recursos —entre otros, granjas de producción agrícola, concesión de confitería, servicios de comida y dieta hospitalaria, cooperativas de comidas a domicilio, albergue de alta montaña— promovió la adquisición de habilidades para la vida cotidiana, el intercambio cultural y la formación laboral.

Estrategias de externación

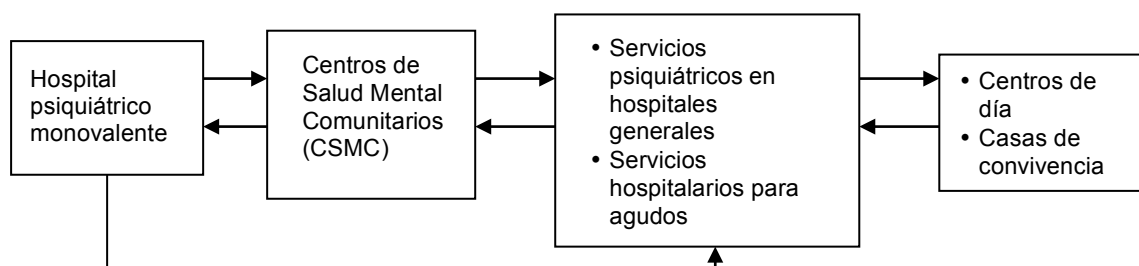
El proceso de salida de pacientes con larga internación se realizó en paralelo con la consolidación de los nuevos operativos:

- a) evaluación con la finalidad de adoptar una estrategia de atención y reintegración individual;
- b) traslado de algunos pacientes a los hospitales generales de sus localidades de origen, como actividad previa a los procesos de reinserción;
- c) regreso de otros pacientes a su hogar o alojamiento de manera transitoria en albergues intermedios de instituciones religiosas y de bienestar social;
- d) práctica intersectorial encaminada a la provisión de alimentos, vivienda, capacitación laboral, alfabetización, escolarización, medicamentos, transporte, documentos, trámites y resolución de conflictos;

Las reacciones habituales de la familia y vecinos frente a la persona en crisis fueron miedo, desconcierto y rechazo, actitud adversa de las fuerzas de seguridad, contención químico-física y traslado al hospital psiquiátrico.

El trabajo intersectorial y con las familias fue determinante para la aceptación del cambio por parte de la comunidad. Se intentó modificar el concepto de familia que abandona al enfermo mental por el de abandonada por falta de información y seguimiento que reforzaran su potencial reparador al hacerse cargo de su familiar enfermo.

Gráfico N° 9. Modelo argentino: estructura organizacional y trayectos del paciente



(Fuente: elaboración propia)

En 1993, Jorge L. Pellegrini, en San Luis, implementó modelos de transformación institucional. Inicia un Plan Provincial de Salud Mental con el propósito de reformular integralmente la atención psiquiátrica en el sistema público de la provincia hacia la transformación del Hospital Psiquiátrico de San Luis en un hospital de agudos, Hospital Escuela de Salud Mental. (Pellegrini, 2009)

La transformación institucional implica fortalecer la desvalorización del hospital psiquiátrico, entender el papel simbólico de las instituciones sobre la subjetividad humana. El hospital público era y es el escenario del proceso de conocimiento y práctica científica.

Pellegrini no demoniza al hospital. Considera que la internación no debe sostenerse indefinidamente o hasta la curación de la enfermedad, sino que debe ser parte de una estrategia general que encuentra su sentido en la compensación del paciente, en la salida de la crisis y la continuidad del tratamiento con otros dispositivos como el hospital de día, de noche, atención ambulatoria, domiciliaria, entre otros.

El modelo creó estratégicamente en el hospital el Instituto de Estudios Económicos, Sociales y Psicosociales (IESP) con actividades de atención donde se disputan los saberes y de producción de conocimiento.

El IESP realizó convenios con el Ministerio de la Cultura del Trabajo, intentando dar respuesta a los conflictos desde lo académico con medidas concretas:

- impedir la internación de pacientes cronificados;
- transformar la institución en un hospital de agudos;
- concientizar que las técnicas llamadas “calabozos” o el electroshock producían daño;
- contener la crisis con el contacto, reduciendo la medicación;
- instalar un sistema en red de atención domiciliaria;
- formar en trabajo social al personal hospitalario,
- construir un sistema de puntos de apoyo social con visita periódica del equipo del hospital con alguna forma de contención social.

La planificación para terminar con las instituciones monovalentes con internación respetando los puestos de trabajo implicó aceptar, como cualquier proceso modificador, que los profesionales y el resto de trabajadores no profesionales tuvieran resistencias al cambio. Por lo tanto era necesario interpretar y mover resistencias propias del conflicto y, por otro lado, librar la discusión política, ideológica, cultural para la transformación del hospital psiquiátrico.

Si el personal era el instrumento principal para el cambio, era evidente que ese instrumental debía cambiar para no ser un instrumento obstaculizador o impedimento de la transformación institucional.

La decisión de cambiar adentro/afuera la relación del hospital detonó fuertes conflictos en el propio personal del hospital, en los familiares y en los pacientes. El hospital y su comunidad sufrieron el impacto de su práctica. Cada acción institucional en el medio social generaba más situaciones y con cada salida diaria se forzaba un contacto para el que ni la institución asilar ni la población de la comunidad estaban preparados.

Al efecto se debió definir un plan de externación y reinserción de quienes se encontraban internados y, a la vez, normalizar futuras internaciones dentro del programa.

Algunos pacientes continuaron internados; otros encontraron reinserción en hogares que recibían asistencia del Estado provincial, ayuda municipal o de juntas vecinales o centros de salud.

Se reorganizó el presupuesto hospitalario, se hicieron reasignaciones y se redujo en 70 % el gasto en medicamentos, que sigue proveyendo igual que ropa y en algunos casos materiales de construcción.

Los proyectos renovadores existentes en esta época planteaban una dicotomía entre dos sistemas sanitarios —el trabajo hospitalario y el trabajo en la comunidad— que impidieron una acción conjunta, complementaria para que potenciara las acciones entre las instituciones hospitalarias y las conducidas en la sociedad.

Si el personal era el instrumento principal para el cambio, era evidente que ese instrumental debía cambiar para no ser un elemento obstaculizador o que impidiera la transformación institucional.

Una característica de la Institución era trabajar sobre las consecuencias y no sobre las causas. Las normas institucionales de uso y costumbres, la rutina de iniciación incluían rapar el cabello, cambiar las ropas de los internados incluido el calzado, con lo que se lo despojaba de todo atisbo de privacidad e intimidad. Estas prácticas se transformaron en un modo de control, de pérdida con el límite exterior que es destructiva de la identidad del sujeto. (Pellegrini, 2009)

Esta transformación en San Luis evidenció una falla en los mecanismos de descentralización, con un sistema unitario cerrado donde la coparticipación federal tiene un reparto inequitativo.

Modelo de desinstitucionalización en la provincia de Buenos Aires

En esta sección se describirá la trayectoria de la reforma institucional en los hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, desde su fundación hasta su situación actual, relevando el impacto de la gestión de la reforma en la condición de vida actual de los pacientes allí institucionalizados.

La población asilar forma parte de la masa humana sobre la que intervienen el Poder Judicial, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Educación, aunque pocos pueden dar cuenta de las personas allí institucionalizadas como sujetos de derecho. (Galende, 2006)

La provincia de Buenos Aires está integrada por 135 municipios que el Ministerio de Salud divide en 12 regiones sanitarias. Se describe a continuación la situación de los hospitales interzonales de las regiones sanitarias XI, VII y VI siguiendo un orden cronológico según su fundación.

El Hospital Neuropsiquiátrico Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”, ubicado en la región sanitaria XI, se fundó el 1ro. de abril de 1884 por decreto orden del entonces Gobernador de la provincia de Buenos Aires, con el nombre de “Melchor Romero”, quien fuera su compañero de armas en la Guerra de la Triple Alianza.

En 1954, cambia el nombre por el de Hospital Neuropsiquiátrico “Melchor Romero” y en 1973 finalmente por el de Hospital Neuropsiquiátrico de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”, de Melchor Romero, La Plata, quien fuera su director durante el período 1897-1916 y centro de la actividad científica.

La Colonia Melchor Romero, se instaló en la ciudad de La Plata, con el modelo *open door*, cuando en la ciudad el 40 % de la población eran italianos, y el 28.6 argentinos. (Bellomo, 2011, pp. 69-72)

La estructura edilicia inicial tipo “barraca” era de madera para evitar infecciones, reproducción de las usadas en la guerra franco-prusiana de 1870. Se levantaron edificios con un esquema del tipo de los usados en el norte de Italia, en Milán, de dos grupos de alas separadas por patios centrales, para el emplazamiento del cruce principal para las salas del hospital.

La población institucionalizada inicial se constituyó con 53 varones y 7 mujeres trasladadas de la Convalecencia, que aumentó progresivamente; en 1934 residían 2100 pacientes en 25 pabellones. A partir de esta fecha existió una inflexión negativa a causa de la saturación y hacinamiento de pacientes, que en los años ochenta alcanzó a tener una población de 2800 personas alojadas.

Desde su inicio, los internos realizaban tareas de labranza de la tierra, se formaron pequeñas chacras, granjas donde se cultivaban frutas y verduras. Para el trabajo de

explotación forestal y agrícola la Colonia tuvo 150 empleados. La laborterapia en la tierra prosperó de forma exponencial, creando una colonia agrícola por excelencia, cuatro de tipo antiguo y dos de tipo moderno.

Durante la administración de Alejandro Korn, éste vivió de manera casi permanente en la Colonia e incorporó a su hermano menor Mauricio Ascanio Korn, quien compró un lote frente al hospital donde construyó su casa y convivía naturalmente con los internos. La formación que Korn le dio al hospital fue de tipo biológico, positivista y determinista al haber sido médico de la Penitenciaría Nacional. Como médico experto en psiquiatría forense impulsó la construcción de un pabellón —el Lombroso— al que posteriormente se agregaron dos más destinados a encausados considerados peligrosos, que luego dependieron del Servicio Penitenciario Federal.

La reforma contenida en el plan Kennedy y las nociones teóricas de Jones con comunidades terapéuticas en Inglaterra fue retomada en la década de los sesenta en la provincia de Buenos Aires por Goldemberg. El antecedente más importante de las comunidades terapéuticas fue la experiencia en la dirección del servicio de salud mental del Hospital “Evita”, en Lanús, desde 1956. La experiencia, que se discontinuó en los años setenta, marcó grandes innovaciones, permitió el acceso de otros encuadres terapéuticos como el psicoanálisis y constituyó el marco teórico para los diferentes proyectos de ley que se dieron a posteriori.

Se crearon centros de salud mental y los servicios de psicopatología en hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Esta forma organizacional insertada en el ámbito del hospital general marcó un cambio en las políticas de salud mental y como hecho deja instalada la internación psiquiátrica en hospitales polivalentes.

Se propuso el trabajo en equipos interdisciplinarios (enfermeros, psicólogos, médicos y asistentes sociales) en un marco de relación horizontal, de manera individual y grupal. El centro piloto trabajó con 68 camas y 74 agentes de salud, cuando el total del hospital eran 2091 camas y 338 agentes técnicos; es decir: para 3.25 % de las camas se contaba con 21.8 % de los agentes de salud. (Golcman, 2012)

La asamblea conformó el dispositivo central de trabajo con los pacientes con el propósito de crear relaciones horizontales profesional-paciente. Se realizaron trabajos con la comunidad externa al hospital (maestros, padres, policías, asistentes sociales de la zona) como psicología preventiva y con un cambio de enfoque: el trabajo con el sano.

La experiencia, que se discontinuó en los años setenta, marcó grandes innovaciones, permitió el acceso de otros encuadres terapéuticos como el psicoanálisis y constituyó el marco teórico para los diferentes proyectos de ley que se dieron a posteriori. Ocurrieron posturas en tensión entre los diferentes agentes, resistencia de los demás pabellones,

aunque en su inicio el centro contó con el apoyo de la Subdirección de Salud Pública de la Nación, de la Provincia de Buenos Aires y del Instituto Nacional de Salud Mental.

El hospital "Alejandro Korn" se compromete en la década de los setentas y ochentas a iniciar un proceso de reforma que culmina con la creación, en 1987, del primer Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) que se lo denominó Casa de Pre Alta. En su inicio se proyecta con la finalidad de alojar pacientes con padecimientos mentales severos para lo cual el Centro disponía de 20 camas para pacientes varones.

En el año 2010, el número total de camas era de 940, valor que indica una reducción del 67 % de la población institucionalizada y que permitió el cierre de 11 salas de estadía prolongada. De esta forma, el hospital inició la transferencia de recursos a la comunidad.

El CSMC toma como paradigma el trabajo interdisciplinario e interinstitucional e implementa como nueva modalidad de trabajo los talleres artísticos y productivos, con prioridad al seguimiento comunitario y a la adhesión al tratamiento. De forma conjunta, el usuario y el equipo interdisciplinario elabora un plan personalizado y flexible de rehabilitación. Al tratarse de patologías crónicas, el plan debe acompañar los diferentes momentos vitales del usuario en un intento de prevención de recidivas.

La persona así desinstitucionalizada entra en el mundo laboral, de educación, social, recupera la posibilidad de decisión sobre su vida y sus proyectos. Esta situación genera la necesidad de apoyos variables de acuerdo a los acontecimientos que transitan.

En la década de los noventa, se implementa como parte del programa de reforma comunitaria un Dispositivo Residencial no hospitalario con diferentes opciones:

- 1) Casa de Convivencia, para cubrir una necesidad de alojamiento en una zona céntrica de la ciudad de La Plata, a 12 km del hospital. Estas casas, durante los inicios del CSMC, se organizaban a partir de la propiedad de uno de los usuarios (la mayoría de las casas eran recuperadas de alguna intrusión) donde se incluía un grupo de convivientes para lograr sostener las exigencias de la vida en comunidad.

- 2) Pensiones, opción no hospitalaria y transitoria, dependiente del sector privado, donde la persona alquila una habitación y comparte espacios comunes comunitarios con el resto de los inquilinos. El pago del alquiler se realiza con subsidios y pensiones por discapacidad. En general, es población heterogénea y cambiante, como estudiantes, trabajadores del sector informal producto de migración interna o externa. Los usuarios que deciden esta opción tienen un rango etario entre 30 y 45 años.

En la actualidad el Hospital Korn, luego de la gestión del equipo del Centro, posee dos propiedades y cuatro en alquiler con presupuesto hospitalario para un máximo de 5 convivientes. Este dispositivo no tiene un máximo de estadía, ya que cada usuario con un proyecto personal de trabajo puede decidir cambios en el alojamiento. Estas casas alquiladas por el hospital pasaron a ser contratadas por los mismos usuarios.

En el año 2007, se inauguraron dos centros, “Pichon Rivière” y “Franco Basaglia” y en la Casa de Pre Alta, desde el año 2011, se habilitaron consultorios externos, los cuales disponen de medicación que los usuarios anteriormente retiraban en el hospital. (López Santi, 2009)

En la segunda mitad del siglo XIX, Domingo Cabred importa de la experiencia inglesa el sistema de puertas abiertas, y funda la Colonia de Alienados en Open Door, partido de Luján.

El 21 de agosto de 1889 se funda la Colonia de Alienados “Dr. Domingo Cabred” (Open Door) por Ley 3548 del 2 de octubre de 1897, bajo el modelo del Asilo de Alt-Scherbitz en la Sajonia prusiana, en una extensión de 600 hectáreas en el partido de Luján. Hoy lleva el nombre de Hospital Interzonal Psiquiátrico “Dr. Domingo Cabred”.

En 1901, se trasladaron del Hospicio de Mercedes los primeros 11 enfermos con sujeción a las normas del nuevo sistema escocés de hospitalización y asistencia médica a alienados en los asilos de puertas abiertas (*open door*), para alcanzar a 1250 camas en 1995.

Las instalaciones eran pequeñas casas, tipo chalé, diferentes entre sí para evitar la monotonía. La planificación edilicia tenía el objetivo de adquirir un aspecto tipo villa o pueblo pequeño, al estilo europeo de la época.

Disponían de criadero de aves, talleres de labranza donde el enfermo trabajaba 5 horas diarias con descanso de 3, asueto dominical y en días feriados. Las actividades y horario de trabajo eran indicados y graduados por el médico, quien lo prescribía con anuencia del paciente. Se priorizó la labor productiva sobre el tratamiento médico.

En Argentina, hacia 1890 creció significativamente el número de inmigrantes, situación que repercutió con un incremento de la internación psiquiátrica que condujo al hacinamiento.

Durante la década de los setenta, con la firma del Pacto de San José de Costa Rica, el trabajo productivo de los enfermos es anulado por ser considerado una forma de esclavitud. Esta situación condujo al abandono de una rutina establecida, con lo cual aumentó la indolencia y el vagabundeo. Se incrementaron las prescripciones de psicofármacos que provocaron la típica akinesia e inercia producto de la marcada dosificación realizada en el período inicial de los antipsicóticos.

En abril de 1999, Carlos Wertheimer llevó a cabo su experiencia respecto del llamado Hospital Interzonal Psiquiátrico “Dr. Domingo Cabred” desde 1995. La situación planteaba una fractura interna y falta de integración de médicos, enfermería, personal técnico y administrativo, con aumentado ausentismo laboral injustificado y falta de actualización de las historias clínicas.

En este momento se comenzó a cultivar trigo, maíz y soja en una superficie de aproximadamente 250 hectáreas; se instaló una ordeñadora eléctrica de ocho bajadas, para 100 vacas productoras de leche, y se alcanzó una producción láctea para abastecer el

consumo interno de la Colonia. La explotación agropecuaria con una producción promedio diaria de 987 litros de leche dio resultados exitosos, así como la huerta, apiario con una producción de hasta 2500 kilos de miel por cosecha. (Bellomo, 2011, pp. 66-67)

El dinero conseguido por la Cooperadora de la institución, resultado de la venta de esas cosechas y de comida —como pan fabricado en el hospital— era reinvertido y dirigido a la manutención de nuevos emprendimientos.

En 1997, el hospital fue descentralizado por la ley de descentralización hospitalaria. A partir de allí el hospital contaba con fondos propios, producto de la recuperación financiera de las obras sociales, por acción del Sistema Médico de Organizado. (Ley 11.072/1991; Ley 8801/1977)

En este proyecto de reforma se propusieron 13 programas de rehabilitación, los más relevantes se citan a continuación:

- 1) Programa de pacientes en obra, que exigía la incorporación de una cifra no menor al 10 % de los enfermos en el pliego de toda obra inherente al hospital
- 2) Programa agropecuario, con actividades en chacra, apiario, tambo, huerta, tala y poda
- 3) Programa de radio, FM 89.3 MH2 (Puertas Abiertas) que incluía pacientes capacitados en operación técnica
- 4) Programa casa protegida, para enfermos que una vez externados no podían insertarse en la sociedad
- 5) Programa coro, expresión musical, iniciado con 20 pacientes, con el que ofrecían conciertos
- 6) Programa adopción, pacientes adoptados por familias al estilo de lo que ocurría en la Aldea Gheel
- 7) Programa fábrica de mosaicos
- 8) Programa fábrica de zapatillas, sandalias y otros calzados para uso de los usuarios
- 9) Programa cursos de capacitación, con 5 horas diarias de entrenamiento

En el año 2002 se implementó el programa de externación “Vuelta a Casa” que estipulaba el otorgamiento de un subsidio económico para los pacientes internados y sus familias. Este es un modelo de gestión asociativa (Plan estratégico 2006-2010), que incluye los siguientes dispositivos organizacionales:

- Internaciones breves
- Atención por redes de complejidad creciente
- Asistencia ambulatoria y descentralizada
- Dispositivos de comunicación horizontal
- Convocatoria a organizaciones sociales y de familiares de los pacientes

En ella se promovían las actividades productivas al aire libre. La filosofía estaba relacionada en favorecer la recuperación de la alteración mental por el contacto con el trabajo, la producción y la naturaleza. El deterioro de la corrupción burocrática, la indiferencia de funcionarios y el deterioro del financiamiento transformaron el modelo inicial.

De todas las actividades programadas solo perduró la fabricación de pan; el resto fueron desactivadas y quedaron sin tareas específicas.

Alrededor de 2009 existían 3 áreas delimitadas:

1. Área de agudos con 55 camas (incluye servicio de atención en crisis)
2. Área de subagudos con 200 a 250 camas
3. Área de crónicos con 740 camas
4. Servicio N° 1 para adictos a drogas que provienen de la Secretaría de Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, con 45 camas.

En la mayoría de los servicios de crónicos se realiza muy poca actividad de tarea comunitaria, se trabaja con la herramienta PREA.

Existen 2 casas alquiladas para albergar a 10 pacientes y sólo el alquiler de 1 de ellas puede ser solventado por la Cooperadora del hospital.

En 2011 la población de la Colonia eran 1040 pacientes del sexo masculino, en su mayoría pobre y con una estructura edilicia prácticamente en estado de completo abandono. Se ha observado un retroceso en los objetivos planteados por su fundador. (Bellomo, 2011, pp. 63-69)

En 1994, se fundó una Unidad de Internación en el H.I.G.A.C. Mayor "Dr. D. Paroissien", en Isidro Casanova, partido de La Matanza, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La definición de *unidad* marca un lugar de asignación dentro de la estructura hospitalaria y la proximidad de alcanzar la categoría de servicio de salud mental que fuera consolidada legal y formalmente por un decreto ministerial en 1994. El servicio cuenta con 12 camas de internación de toda la VII Región Sanitaria de la provincia (municipios de La Matanza, Ituzaingó, Hurlingham, Morón y Tres de Febrero).

El servicio se destina a personas con padecimientos psíquicos severos, que en un 80 % tienen un promedio de tres internaciones manicomiales y pertenecen a una franja poblacional con criterios de vulnerabilidad social (desocupación o subocupación, violencia familiar, pobreza extrema). La alteración mental y la vulnerabilidad social son determinantes de la máxima exclusión y marginalidad retroalimentando el ciclo de la enfermedad.

El modelo de abordaje terapéutico fue la "internación familiar" para aquellas personas que jurídicamente se consideran "peligrosas para sí o para terceros", involucrando en el proceso terapéutico al grupo familiar o conviviente en el que se desencadenó la crisis. Se observaron

reducciones importantes en el tiempo de internación, en la reinternación (valores 8 veces menores) y en la dosis media de psicofármacos.

Acompañando este modelo de internación se desarrolla el Programa de Rehabilitación y Reinserción Social del Paciente Crónico creado en 1995 con el abordaje de tres dimensiones:

- 1) psiquiátrica, prevención secundaria de la enfermedad instalada: red para la supervisión del tratamiento psicofarmacológico y psicoeducación del núcleo conviviente;
- 2) dinámica: abordajes psicoterapéuticos individuales, familiares y multifamiliares;
- 3) prevención terciaria o rehabilitación: talleres recreativos y de capacitación (artesanías, deportes, reciclado de papel, literatura), salidas con acompañamiento terapéutico, capacitación para la reinserción laboral a través de convenios interinstitucionales.

En 1999, se pone en funcionamiento en el Hospital “José Esteves” de Temperley el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) para promover la reintegración a la comunidad de pacientes internados sin razones clínicas que lo justifiquen y carencia de recursos financieros o de familia que acompañen la integración. (Ministerio de Salud, Pcia. de Buenos Aires, 1999, Resolución Ministerial N° 001832).

Su diseño original preveía la instalación en todos los hospitales monovalentes de la provincia, bajo la responsabilidad de la dirección ejecutiva de cada hospital. Una premisa era “utilizar los recursos del sistema de salud para una construcción colectiva orientada a la restitución de derechos”.

El PREA supone reasignación de recursos financieros y humanos, donde aquellos utilizados en la internación deben ponerse al servicio de la externación. El hospital no tiene una partida específica para el programa, por lo que intenta lograr una reconversión del propio presupuesto. Equipos integrados por enfermeros y acompañantes comunitarios, de supervisión domiciliaria aseguran la continuidad del tratamiento. La continuidad del tratamiento está garantizada por el equipo de médicos y psicólogos que atienden periódicamente en los centros de día que funcionan fuera de la institución.

La externación asistida implica el pasaje de estos pacientes a una vida social con ejercicio de derechos ciudadanos como derecho al trabajo, a la vivienda, a proyectar sus vidas, con la asistencia del equipo técnico de profesionales que integran el programa como obligación por parte del Estado.

Promover la externación asistida dentro de un proceso de rehabilitación implica un posicionamiento ético-clínico respecto de los derechos de los ciudadanos en situación de internados.

Al determinar la internación se fundamentan como razones la “peligrosidad” —bajo el criterio de prevenir que el enfermo atente contra sí mismo o contra terceros y no

necesariamente por haber cometido actos de naturaleza peligrosa— el estado patológico del individuo y la necesidad de tratamiento.

Esta internación o detención de carácter civil, como acción preventiva de algo que no sucedió, es de mayor gravedad que una detención de orden penal. Se garantiza de esta forma a los otros ciudadanos que van a estar protegidos de la supuesta “peligrosidad” de estos pacientes; aunque no está contemplado que quien padece no solo es paciente sino sujeto de garantías, situación que supondría una externación sin restricciones en el momento que remitiera el estado crítico que hubiera generado la internación.

No obstante se observan fallas en el proceso de externación, ya que requiere un procedimiento muy complejo en el marco de un desamparo social y abandono familiar que padecen estas personas.

El PREA inscribe sus prácticas y actividades siguiendo los lineamientos y principios de la Declaración de Caracas, así como diferentes declaraciones, tratados y recomendaciones internacionales a los que Argentina adhiere. (Ley 26.378, 2008)

Estas prácticas se posibilitan a partir de la instalación de dispositivos de base habitacional y comunitaria:

1. Intrahospitalarios

a) Dispositivo de admisión, realizado a pacientes propuestos por profesionales, por equipos en las salas de internación. Se evalúan las necesidades, la predisposición y las potencialidades. Este proceso tiene una duración aproximada de dos meses y culmina con la firma de un contrato de admisión.

b) Dispositivo de talleres para la externación, que constituye el núcleo del programa. El concepto de rehabilitación trasciende a la recuperación, reaprendizaje o aprendizaje de habilidades.

c) Los talleres funcionan dentro de las instalaciones de la institución de internación, si bien hay actividades fuera de la misma, en íntima relación con el Centro de Día, externo al ámbito hospitalario. Se realizan salidas progresivas a los nuevos domicilios o casas, hasta lograr una apropiación del nuevo espacio para vivir hasta la externación definitiva.

2. Extrahospitalarios

a) Centro de día “Libremente”, red de sostén de la externación, donde se realizan actividades asistenciales como supervisión domiciliaria, continuidad de tratamiento y actividades comunitarias como talleres expresivos, de aprendizaje laboral, culturales y recreativas.

La tarea domiciliaria —realizada por enfermeras y acompañantes comunitarias con una frecuencia semanal promedio, en espacios de la vida cotidiana de mujeres en proceso de desinstitucionalización— intenta producir efectos subjetivantes como desanudar la red de dependencia con la institución y personal creada durante la internación prolongada a la vez

de construir nuevas redes de sostén y contención que resultan decisivas en el trabajo por la autonomía personal.

Las competencias de las visitas domiciliarias es constatar el estado general de las usuarias, colaborar en la resolución de los problemas de convivencia, así como apuntalar actividades que puedan presentar algún grado de dificultad como el cuidado personal, la confección de algún menú o la planificación de gastos grupales o particulares.

Como actividades comunitarias se mencionan las siguientes:

- Talleres artísticos y expresivos: guitarra, fotografía, plástica, narrativa, poesía, tejido, folclore, historia del arte, cestería ecológica, construcción de máscaras
- Espacio de trabajo corporal y cuidados para la salud: gimnasia, yoga, comida saludable
- Espacio de aprendizaje laboral: peluquería, modista, microemprendimientos
- Actividades para chicos y adolescentes: plástica, juegos teatrales, teatro
- Grupo comunitario de familias (GCF): familias en las que alguno de sus miembros padece trastorno mental severo
- Encuentro de mujeres: grupo de conversación sobre temas vinculados al interés de la mujer

El PREA, para el año 2009, trabajaba con 84 mujeres; 55 se encontraban externadas y 29 internadas y en proceso de externación participando en talleres del Centro. El promedio de edad de las mujeres es de 52.36 años; el 62 % de las mismas se encuentra en el rango 50-69 años. El promedio de internación de internación de las pacientes externadas bajo programa fue de 8.6 años, aunque algunas han permanecido durante 35 años internadas, el 32.7 permanecieron internadas de 6 a 10 años. (Cáceres, Druetta, Hartfiel y Riva Roure, 2009)

Del total de pacientes externadas el 51 % sufrieron reinternaciones previas a la inclusión al programa, alcanzando valores máximos de 11 reingresos. En las pacientes bajo programa esos valores disminuyeron al 9 %.

Los usuarios conviven en grupos de tres a cinco personas, en casas alquiladas por el hospital o por familias alojantes que deseen alquilar habitaciones para una o dos personas.

A lo largo de las décadas de los ochenta y noventa se dieron cambios que modificaron el panorama. Los desarrollos de la neurobiología y de las ciencias cognitivas, la crisis de la teoría de los grupos y del psicoanálisis como modelos de pensamiento explicativo dominante de los trastornos mentales, las nosografías descriptivas del tipo DSM, el vertiginoso aumento en la demanda de atención de nuevas patologías (trastornos narcisistas, trastornos alimentarios y efectos traumáticos masivos) y la influencia de la

industria farmacéutica plantean nuevas complejas condiciones para diseñar y trabajar en el campo de la salud mental.

Áreas comunes críticas

Las alteraciones mentales dejaron de ser contingencias normalizadas, aunque se observa la persistencia de una situación crítica sujeta a revisión como es la pérdida de la condición de sujeto de los pacientes afectados e internados involuntariamente. Por lo tanto, la diagnosis abierta busca una solución creativa para un problema considerado único y requiere la forma innovadora de las organizaciones que operan estos modelos.

El reingreso o mantenimiento del paciente con alteraciones mentales graves en la comunidad no se limita a proporcionarle un sitio digno en donde vivir, si bien ésta es una condición *sine qua non*, sino que debe incluir mecanismos y apoyos para que los pacientes tengan un manejo de su enfermedad y la inclusión real en la comunidad.

En la nueva forma organizacional que supone este nuevo enfoque, no se puede confiar en ninguna contingencia ni programa estándar. Las fallas en la planificación como proceso central en la formulación de estrategias como patrón de acción, o en el diseño de la estructura, como paso previo para poner en práctica estas estrategias constituyen un común denominador de los modelos descriptos.

En las organizaciones descritas estos imperativos contradicen completamente la evidencia y permiten concluir que o bien éstas no tienen claro cómo establecer las estrategias, o bien quienes las redactan no tienen claro cómo tienen que funcionar las organizaciones profesionales.

Si estas estrategias fueran formuladas de manera convencional por administradores, la tendencia indicaría planes desarrollados e integrados. Cuando los procesos son complejos, como el caso estudiado, por los múltiples factores determinantes se requiere la participación de diversos niveles constituidos por profesionales, administrativos y representantes externos gubernamentales en el proceso para la identificación de la necesidad, el desarrollo de soluciones y selección de una alternativa. Es esta la fase gestora donde se proyecta el impacto y la sustentabilidad del proyecto.

El establecimiento de la misión (productos y servicios ofrecidos) es clave en la elaboración de estrategias y en estas organizaciones está controlado por profesionales individuales desde un criterio profesional unilateral con débiles o inexistentes mecanismos reales de coordinación. Otras áreas a señalar son los *inputs* del sistema (profesionales a incluir en los programas, recursos financieros destinados), los medios para desarrollar la misión (infraestructura física), la estructura y los medios para soportar la misión.

En general los planes desarrollados estuvieron bajo control de profesionales individuales, o grupos de algunos de ellos, con un poder indirecto considerable y un encasillamiento imperfecto y se observaron disputas jurisdiccionales. Los mecanismos de coordinación son débiles y provocan grietas entre las casillas, situación que da lugar a conflictos.

Los problemas de discrecionalidad por el encasillamiento son propios de estas organizaciones. Una fuerte coalición interna entre la psiquiatría y la psicología provoca rivalidad entre el recurso humano profesional de sendas disciplinas en la disputa del poder y en lo relativo a las transformaciones producidas por sus preferencias individuales, llevando al extremo de ignorar no solo las necesidades de los demandantes sino los de la organización. A pesar de la complejidad extrema, condición de la sociedad postmoderna, en las organizaciones profesionales el encasillamiento es un proceso simplificador que estabiliza el contexto y normaliza el producto.

Si los procesos fueran extremadamente complejos, el sistema técnico reduciría la autonomía de los profesionales al obligarles a trabajar en equipos multidisciplinarios, orientándose a una estructura híbrida con características de una organización innovadora. En organizaciones de salud y en este caso de salud mental, esta tendencia está mitigada por la preocupación por la seguridad de lo probado, por los modelos mentales de los profesionales y la aversión natural hacia la configuración innovadora.

Se abrió una dura crítica a las decisiones unilaterales del Poder Judicial, y una situación confusa con oficios judiciales indicadores de la conducta médica. Esta confusión sigue hoy vigente en proyectos nacionales y provinciales, que no abordan el problema de la superación del manicomio para la real reinserción social, sino que son discursos sobre los derechos de los pacientes, que ya están previstos en otros instrumentos como leyes anteriores y textos constitucionales. (Pellegrini, 2009)

Un punto de rivalidad en los modelos de las diferentes experiencias entre el sistema médico y el judicial en cuanto la norma, amplía las facultades de los médicos y ahora del llamado *equipo interdisciplinario* y diluye la inmediata fiscalización judicial.

La cooperación es crucial para el funcionamiento de las estructuras administrativas de estas organizaciones, para apoyar estrategias globales y resolver conflictos. La norma no convierte la incompetencia en competencia y los resultados observados muestran un círculo vicioso de disfunciones. Estas estructuras profesionales con jerarquías de abajo-arriba se transforman progresivamente en organizaciones maquinales de arriba-abajo con controles tecnocráticos crecientes y centralización.

La respuesta institucional es la sindicalización, que en lugar de detener el proceso, lo acelera. Adopta una actitud tipo nosotros-ellos, que o bien rompe las uniones del núcleo de operaciones con la estructura administrativa o hace más profundas las diferencias. (Mintzberg, 1991, p. 227)

Si bien no existe un modelo universal y deben considerarse los aspectos culturales de cada comunidad, no debería ser desconocida la experiencia acumulada en el mundo desde los inicios del proceso de reforma en 1950. Aunque la decisión de implementar estos modelos de desinstitucionalización es fundamentalmente política, su diseño y su gestión deberían estar realizados por especialistas entrenados.

Las organizaciones que operan programas de externación para pacientes con alteraciones mentales necesitan responder a las variables constantes en sus entornos socioeconómicos, cambiantes e inciertos; sin embargo sus unidades no resuelven los problemas tanto de situaciones inusuales o contingentes como de las repetitivas.

La flexibilidad es, entonces, una necesidad estructural de estos modelos que las organizaciones profesionales de atención de la salud no implementaron para poder operar estos programas.

El contexto inestable provoca en el interior de la organización transformaciones en los procesos de trabajo como consecuencia del aprendizaje social de sus miembros frente a la necesidad de solucionar una contingencia. Esta situación no provoca en las organizaciones cambios en sus modelos de construcción como consecuencia del cambio en los principios de organización.

No se observó en los modelos una construcción intelectual que haya abstraído de la realidad las características de un fenómeno que provoca cambios para describirlo, analizarlo y estudiar las transformaciones para poder anticipar el cambio y orientar la práctica de los actores.

Los diferentes modelos de reforma psiquiátrica son operados por organizaciones hospitalarias integradas en un orden superior —en su mayoría el sistema público— o como una organización autómatas del sistema privado pagado por el sistema público, como lo es el caso de Chile.

Desde la perspectiva de la hipótesis de la congruencia de Mintzberg, se puede reconocer en las ORG que operan programas para la desinstitucionalización psiquiátrica una estructura divisional y como burocracias profesionales y desde la tipología de síntesis tiene características funcionales y matriciales. (Cfr. Mintzberg, 1991; Koontz y O'Donnell, 1985)

La agrupación por mercado geográfico como principal parámetro de diseño, es la configuración adoptada legalmente por la organización, estructura adoptada por casi todos los modelos, especialmente España y Chile.

El reconocimiento de la autonomía regional del modelo español con descentralización de competencias, diferente planificación y, en algunas regiones, con red de servicios con rutinas centralizadas en su propia comunidad condujo a una disparidad de resultados.

La solución técnica organizativa es utilizar la estructura matricial en su forma federativa como estructura de enlace entre el personal de dos líneas jerárquicas diferentes; en algunos casos se observó aplicado a los aspectos técnicos y estuvo ausente en los organizativos.

La estructura matricial sacrifica el principio de unidad de mando por un doble flujo de autoridad donde un trabajador depende al mismo tiempo de un jefe orgánicamente y de otro de manera funcional. (Knight, 1896)

No se observó en las experiencias descritas el carácter temporal de la forma matricial y los problemas de la distribución del poder derivan de la característica de permanencia de la estructura. (Luthans, 1980)

La configuración de estructura multidivisional de la mayoría de los modelos consisten en entidades semiautónomas, los hospitales y otros centros sanitarios que operan los programas de externación, acoplados a través de una estructura administrativa central como los ministerios dependientes del Poder Ejecutivo, en algunos compartidos con el Poder Judicial.

La estructura central asume no solo la alta dirección sino la mayor parte de las funciones de la tecnoestructura, situación que condiciona el escaso desarrollo de esta parte de la organización en los hospitales y centros de atención.

Los sistemas de planificación-control intentan lograr coordinación mediante la normalización del resultado que, en el proceso de producción de las diferentes experiencias, es la desintitucionalización del paciente con alteraciones mentales, con resultados disímiles.

La línea intermedia de autoridad, directores de divisiones, hospitales, centros comunitarios, a pesar de la descentralización horizontal, tiene una escasa descentralización vertical y paralela que limita su autonomía.

Se observa una contradicción en los modelos al compatibilizar el control del rendimiento con la autonomía de las diferentes divisiones, situación que induce a continuar con estas divisiones como sistemas cerrados, instrumentales de la sede central. (Mintzberg, 1991, pp. 200-222)

Los responsables de las actividades dependen de más de un coordinador y se desempeñan en más de un subproyecto (rol) al mismo tiempo con funciones simultáneas.

El jefe de servicio o de las unidades donde se operan los proyectos asume la autoridad que atañe a la línea de dicho producto o sobre las personas que trabajan en su unidad, independientemente de la función o la línea jerárquica a la que pertenezcan.

Aunque esta forma de trabajo con predominio de la modalidad operativa es relativamente descentralizada, estos modelos registran problemas de autonomía y requisitos de compleja articulación con otros subsectores internos de la organización (diferentes especialidades del sector salud) o externos a la organización (educación, trabajo, vivienda).

El modelo de descentralización de las organizaciones profesionales con predominio de relaciones horizontales, donde es el conjunto el que toma las decisiones necesarias respecto de las tareas de cada uno, encuentra en cada una de las experiencias fuertes rivalidades dentro del sistema o con otros sistemas intervinientes, como el judicial.

El sistema de funcionamiento de las organizaciones horizontales, normalmente creativo y eficiente, alcanza en los modelos revisados mediana creatividad con alta ineficiencia y ambigüedad entre las personas y los puestos de trabajo.

La forma divisional adoptada por los diferentes modelos no es una estructura completa y funcional. La configuración del poder de este tipo de organizaciones es la meritocracia en que su distribución está dada por un sistema de conocimientos y habilidades, donde no se acepta la distribución equitativa de la influencia o poder que conlleva a la división de la función asistencial.

Las diferentes funciones dependen de líneas jerárquicas situadas en paralelo. El desempeño de una función por dos departamentos paralelos, como muestran los antecedentes descritos, supone la introducción de un elemento extraño en la cultura de las organizaciones, que conlleva a la ocurrencia de disfunciones.

Esta división del desempeño crea problemas tanto en el núcleo técnico como en la línea media y, a pesar del grado de descentralización alcanzada, necesita una mayor coordinación entre los directivos de las unidades.

Las desventajas observadas derivadas del doble flujo de autoridad son agravadas porque no se ha determinado en forma explícita que la estructura matricial es el dispositivo de enlace entre los departamentos paralelos que cumplen la misma función, como la experiencia española entre otras.

En este tipo de estructura la formulación de la estrategia es un proceso ascendente, porque la parte clave de la configuración es el núcleo de operaciones. Está controlada en primer lugar por el núcleo técnico y luego por el aparato administrativo. Sin embargo esta secuencia de decisiones contradice el proceso de formulación de las estructuras multidivisionales que, en las experiencias observadas con escasa autonomía real, están dirigidas desde el ápice estratégico de la sede central.

Desde una perspectiva de gestión es difícil comprender estas dependencias que parecerían responder más a argumentos políticos que a criterios de organización.

Las hipótesis de congruencia, de configuración y de configuración extendida de la teoría de ORG, explicarían la supervisión funcional por la naturaleza del trabajo de los médicos, del personal multidisciplinario y las relaciones entre los procesos de trabajo de unos y otros.

Las ORG que operan modelos de desinstitucionalización mostraron el inicio en forma artificial de la transición de la configuración profesional a las políticas en situación de total confrontación.

La segunda configuración, que pudo ser reconocida en las experiencias de desinstitucionalización integradas en un orden superior como es el sistema sanitario público, es el sistema cerrado cuyo objetivo es el crecimiento, alrededor del cual se alían de forma natural los agentes internos (recurso humano profesional y de apoyo). Este crecimiento beneficia tanto a los directivos como los mandos medios y también al núcleo técnico.

En contraposición, la eficiencia es una restricción más que un objetivo principal para acompañar al crecimiento. Se observó en los diferentes modelos un cierto grado de divorcio entre los directivos y el núcleo técnico de operaciones respecto a los objetivos planteados, cuando éstos fueron explícitos; los primeros, por la escasez de los recursos, centran su preocupación en la eficiencia y los segundos, en la eficacia.

La supervivencia es el objetivo preferente de estos sistemas cerrados porque interesa a todos los agentes internos, no por el mantenimiento de la ORG sino por perpetuar la configuración del poder.

El control del entorno es clave en estos sistemas cerrados, por lo tanto se busca mantener una coalición externa pasiva y pacificada. El análisis de los agentes que la integran muestra que puede estar dominada porque los agentes externos están dispersos y excesivamente politizados sin coincidencia de intereses. Esta situación dispersa la polaridad y aleja al propietario, el Estado, de la actividad de la ORG, disminuyendo su influencia. (Mintzberg, 1992, pp. 347-376)

La escasa influencia de los proveedores provoca morosidad de los pagos, que se traduce en una financiación indirecta de la institución pública.

Los clientes (pacientes con alteraciones mentales y sus familias aunque ausentes) deberían tener mucha influencia, pero en estos grupos sociales el sistema sanitario público se transforma de hecho en un monopolio natural, de forma que la relación de dependencia que se establece los convierte en una clientela cautiva.

Los competidores privados son irrelevantes y centran su actividad fundamental en el segmento de mercado con poder adquisitivo suficiente y en usuarios, que con estas características, estuvieran descontentos con el sistema público.

El Consejo de administración en las ORG para la atención de pacientes con alteraciones mentales, como característica de las ORG sanitarias, no ejerce plenamente su función; tiene poca capacidad de control porque gran parte de sus miembros forman parte de la coalición interna. Son nombrados, según la norma, por la máxima autoridad sanitaria y no tienen la facultad de elegir al director ejecutivo, aunque formalmente el consejo es el agente que domina la coalición externa. (Mintzberg, 1992, pp. 455-491)

El poder de la coalición interna en el Sistema Sanitario en la mayoría de los modelos estudiados, se encuentra en los directivos superiores, que con una designación política, asumen facultades en ausencia de un fuerte control externo.

Los directivos de segundo nivel, los administradores, tienen un poder delegado por el director general y los analistas de la tecnoestructura, jefes de unidad, deben su influencia a la información que manejan.

Por ser burocrático, el sistema de planificación-control, las actividades de los directivos intermedios se institucionalizan. Cada uno de los hospitales o centros que operan programas de externación para la reinserción social ponen a su ORG burocrática como instrumento de la dirección general y hacen operativos los objetivos impuestos por aquella. No se miden los resultados en términos del producto real del trabajo profesional realizado (incidencia en el estado de salud de los pacientes) sino en términos del producto nominal (los servicios prestados).

Si bien no existe un modelo de desinstitucionalización universal, la rehabilitación psiquiátrica y la reinserción social de los pacientes con alteraciones mentales tienen bases científicas que los planificadores no deberían desconocer.

Tampoco debe desconocerse la experiencia mundial acumulada, y la consideración de las variaciones culturales de cada comunidad, para no replicar proyectos que demostraron fracasos y generar expectativas irreales, por ejemplo, que la transferencia de recursos a la comunidad y la reinserción social cura las psicosis.

El énfasis de una transformación exitosa debe trasladarse de los lugares y programas de tratamiento a los pacientes. El foco de la rehabilitación deberá estar en la recuperación y desarrollo de habilidades y capacidades remanentes.

Muchas reinternaciones se producen por discapacidades sociales, laborales y a la falta de motivación de los pacientes, lo que les genera dificultades laborales como conseguir y mantener un empleo.

No es posible la “desinstitucionalización” sin la “desestigmatización”. Son variables claves la vivienda, la toma regular de medicación, la continuidad de los cuidados, el lugar de internación, la psicoeducación del entorno del enfermo.

No deberían intentarse proyectos que hubieran demostrado fracasos, generar expectativas irreales con la transferencia de recursos a la comunidad, cuando la reinserción aislada tampoco cura la psicosis, si no estuviera económica ni psíquicamente preparada.

Los proyectos deberían enfatizarse en los casos individuales y no en los lugares, no confundiendo la localización con la calidad del mismo. (Bachrach, 1978)

La rehabilitación y reinserción social del paciente psiquiátrico deberá hacerse sobre bases firmes que aseguren la cobertura de necesidades personales y materiales insatisfechas de cada paciente individual.

Los procesos de externación dinámicos deberán considerar el ofrecimiento de vivienda, la toma regular de medicación, la psicoeducación de las familias y la continuidad de los cuidados que incluyan el lugar de internación como elemento importante del sistema. Una

cuidadosa evaluación *ex ante* de las necesidades y de los recursos disponibles y una evaluación continua que incluya modificaciones para las desviaciones negativas del proceso son actividades facilitadoras del éxito de la gestión.

CAPÍTULO V

DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN DE LA EXTERNACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

METODOLOGÍA

Este capítulo intenta describir la dinámica de la situación del proceso de externación para la desinstitucionalización que se da en algunas organizaciones del sistema público de la provincia de Buenos Aires, que son el objeto de este estudio con el fin de poder realizar un diagnóstico y sobre la base de su funcionamiento poder formular estrategias de intervención para mejorar el proceso de externación. El abordaje se realizará con técnicas empíricas tanto cuantitativas como cualitativas. A continuación se describen los datos de la primera y luego se completa la caracterización con la restante aproximación. Sus resultados permitieron identificar y confirmar datos contextuales para contrastar hipótesis con hechos reales.

El proyecto incluyó dos fases:

a) Diagnóstico *ex ante*: estudio exploratorio, descriptivo transversal

a.1 situación de la organización

a.2 situación de los usuarios

a.3 diagnóstico

b) Propuesta de intervención: diseño de un modelo de gestión que aumente el rendimiento marginal de los programas, medido por la disminución del período de permanencia y la inserción sociolaboral sustentable. Esta reducción y su resultado, unidades marginales externadas y con inserción sociolaboral sustentable, permitirá la disminución de reingresos y la admisión de nuevos pacientes al sistema. (Ver descripción en capítulo VI)

Universo de estudio

La población estudiada fueron las organizaciones para pacientes con alteraciones de la salud mental, en la provincia de Buenos Aires, que operan programas de externación y la documentación biomédica (historias clínicas) pertenecientes a los usuarios en proceso de integración social durante el período 2008-2014.

Fase a)

Diagnóstico *ex ante*

a.1. Situación de las ORG que operan programas de desinstitucionalización. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave y se obtuvieron datos de información secundaria.

Las entrevistas fueron realizadas a personal profesional responsable del centro, el día de la toma, y a personal de enfermería.

a.2. Situación de los usuarios de los programas

Se seleccionó, por muestreo sistemático, una muestra de la documentación biomédica de los usuarios del programa de externación.

Criterios de exclusión

- Pacientes que en el momento del estudio no estuvieran incluidos en el programa
- Usuarios que padecieran además de la alteración mental, otras enfermedades en grado terminal

Unidades de análisis

a.1. Organizaciones que operen programas de desinstitutionalización

a.2. Documentos biomédicos de pacientes con alteraciones mentales usuarios de los programas

Variables

a.1. Factores situacionales, con las siguientes dimensiones: localización, edad, tamaño, configuración, descentralización

a.2. Se aislaron variables cualitativas como sexo, edad, patología psiquiátrica según diagnóstico médico (transcriptas de las historias clínicas y categorizadas según criterios DSM-IV), procedencia como lugar de residencia previa a la internación. La evolución de estas variables no se ve afectada por las otras estudiadas, por lo tanto se consideraron independientes, aquellas que por la interacción con las anteriores permiten cuantificar la relación estudiada se consideraron dependientes: tiempo de permanencia en sistema de internación psiquiátrica, tiempo de permanencia a partir de la fecha de ingreso al programa (valores giro proceso), número de reingresos al sistema de internación, actividades realizadas, nivel educativo, condición laboral, recursos financieros, disposición de vivienda, relación familiar.

Se describió la relación universo institucionalizado/universo en proceso de desinstitutionalización, frecuencia de pacientes en programas/pacientes empleados y con vivienda.

Para generar la variable procedencia, las localidades de residencia previa a la internación de los usuarios fueron homologadas como Gran La Plata (GLP), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Primer, Segundo y Tercer Cordón del Conurbano Bonaerense (1, 2, 3 CGBA), resto de la provincia de Buenos Aires (RBA), resto del país (RP), otros países (EXT).

Se asignó un valor numérico a las diferentes categorías de la variable nivel educativo y se generó la variable “nivel educativo2”.

Nivel educativo2 = 0 = analfabeto

Nivel educativo2 = 1 = primario incompleto

Nivel educativo2 = 2 = primario completo

Nivel educativo2 = 3 = secundario incompleto

Nivel educativo2 = 4 = secundario completo

Nivel educativo2 = 5 = terciario incompleto

Nivel educativo2 = 6 = terciario completo

Nivel educativo2 = 7 = universitario incompleto

Los antecedentes y la condición laboral actual fueron categorizados como:

Dependientes (Dep)

Independientes (Indep)

Sin antecedentes laborales (No)

Desocupados (Des)

Los recursos financieros se categorizaron como:

- Permanentes
- No permanentes

Los datos inexistentes en la historia clínica fueron considerados como perdidos (*missing*) y valorados como cero (0).

Para el cálculo de la tasa de institucionalización en la provincia de Buenos Aires, se restó a los valores total provincia el porcentaje de población de 0 a 14 años, por no ser población objetivo de los hospitales monovalentes.

Los datos que describen la situación de los usuarios obtenidos por observación directa de la historia clínica así como los de la entrevista serán inscriptos en una ficha individual estandarizada. (ver Anexo II)

Política general, marco jurídico

Se describieron leyes, decretos reglamentarios y resoluciones vigentes.

Análisis estadístico

Las observaciones fueron presentadas como datos de enumeración en escala ordinal.

Se estimaron como datos de tendencia central, media aritmética y mediana y de dispersión desviación estándar y rango.

Se analizó la distribución de los datos mediante análisis gráficos, Box Plot y numéricos de simetría – Kurtosis, prueba Shapiro Wilk, Shapiro Francia.

Como prueba de hipótesis se usó ANOVA y análisis de regresión de las variables, coeficiente de correlación r de Pearson. Como alternativa no paramétrica, las pruebas Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y el coeficiente no paramétrico de Spearman.

RESULTADOS

DIAGNÓSTICO EX ANTE

La provincia de Buenos Aires está estructurada geopolíticamente en 135 municipios. Tiene una población de 15 625 084 habitantes y una densidad de 50.8 h/km² (Fuente INDEC, IGN)

La Región Sanitaria (RS) constituye el ente rector de la gestión de políticas, planes y programas de salud dispuestos por el nivel central del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSBA), en forma conjunta con los municipios, hospitales provinciales y nacionales de su área geográfica.

a.1 Situación de las organizaciones

La provincia está dividida en 12 RS y cuenta con 3 hospitales interzonales monovalentes para la atención de la salud mental:

- RS VI el Hospital José A. Esteves, Temperley, partido de Lomas de Zamora
- RS VII el Hospital Domingo Cabred, Open Door, partido de Luján
- RS XI el Hospital Alejandro Korn, Melchor Romero, partido de La Plata

Se describe a continuación la cantidad, tipo de pacientes institucionalizados y su evolución en los años 2008, 2011 y 2013. (Fuente MSBA)

RS VI

Hospital José A. Esteves (población femenina)

Año	2008	2011	2013
N	853	1004	623

Rango 2008-2011 incremento 17.70 %

Rango 2011-2013 reducción 37.95 %

Rango 2008-2013 reducción 26.96 %

Se determinó una tasa de institucionalización, para el último año estudiado, de 4.04 adultos psiquiátricos por cada 100 000 habitantes de la provincia de Buenos Aires.

RS VII

Hospital Domingo Cabred (población masculina)

Año	2008	2011	2013
N	1100	1008	945

Rango 2008-2011 reducción 8.36 %

Rango 2011-2013 reducción 6.25 %

Rango 2008-2013 reducción 14.09 %

Se determinó una tasa de institucionalización, para el último año estudiado, de 6.05 adultos psiquiátricos por cada 100 000 habitantes de la provincia de Buenos Aires.

RS XI

Hospital Alejandro Korn (población mixta)

Año	2008	2011	2013
N	1048	957	728

Rango 2008-2011 reducción 8.68 %

Rango 2011-2013 reducción 23.93 %

Rango 2008-2013 reducción 30.53 %

Se determinó una tasa de institucionalización, para el último año estudiado, de 4.66 adultos psiquiátricos por cada 100 000 habitantes de la provincia de Buenos Aires.

Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC)

En la RS XI existen 3 CSMC, dependientes del Hospital Neuropsiquiátrico Interzonal de Agudos y Crónicos "Alejandro Korn".

a.1.1 Factores situacionales

Se describe a continuación el nombre de la organización y fecha de fundación y localización:

1897. Casa de Pre Alta*, calle 56 N° 707 (entre 9 y 10), La Plata, Buenos Aires
2007. Centro Pichon Rivière**, calle 37 N° 573 (entre 6 y 7), La Plata, Buenos Aires
2007. Centro Franco Basaglia, calle 49 N° 1114 (entre 16 y 17), La Plata, Buenos Aires

* Primer Centro de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires

** En diciembre de 2014, el centro fue trasladado a Calle 2 esquina 62, La Plata, Buenos Aires

La configuración de estos centros es de una burocracia profesional, la parte clave es la estandarización de habilidades, se categoriza la necesidad del usuario en función de las contingencias que indica la rutina o programa estándar a aplicar y se aplica o ejecuta ese programa. El tipo de descentralización es horizontal.

Estructura del sistema

Actores externos al CSMC

- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSBA)
- Subsecretario coordinación de la salud
- Director provincial de hospitales
- Director de salud mental
- Director Hospital Neuropsiquiátrico Interzonal de Agudos y Crónicos “Alejandro Korn”
- Coordinadora de los CSMC (psicóloga)
- Ministerio Público de la Defensa
- Defensoría General de la Provincia de Buenos Aires
- Curaduría Oficial de Alienados

Actores internos del CSMC

Centro Pre Alta

- Dirección (directora: trabajadora social)
- Médica clínica (1), médica psiquiatra (2), psicóloga (3), trabajadores sociales (1), terapeutas ocupacionales (1), acompañante terapéutico (1)

Total = 10 profesionales

- Enfermería

Total = 6

- Profesores a cargo de los talleres

Total = 8 (3 internos y 5 externos a la institución)

Centro Pichon Rivière

- Dirección (Psicóloga)
- Médicos psiquiatras (2), psicólogas (3), trabajador social (1), terapeuta ocupacional

(1)

Total = 8 profesionales

- Enfermería

Total = 5

- Cocinero (1)
- Profesores a cargo de los talleres (8)

Centro Franco Basaglia

- Dirección (directora: médica psiquiatra)
- Médica psiquiatra (1), psicólogas (1), trabajadora social (1)

Total = 5 profesionales

- Enfermería

Total = 6

- Camarera (1)

Recursos voluntarios: pasantías de las facultades de Psicología, Bellas Artes, residentes de hospital, estudiantes de Educación Física

Profesores a cargo de los talleres = 7

Usuarios admitidos y concurrentes a los CSMC dependientes del Hospital Alejandro Korn

Año	2008	2011	2013
N	230	206	345

Rango 2008-2011 reducción 10.43 %

Rango 2011-2013 incremento 67.47 %

Rango 2008-2013 incremento 50.00 %

Incluye los tres CSMC

(Fuente: MSBA)

Tabla N° 1

Relación pacientes institucionalizados/en proceso de externación

Año	CSMC	Hospital A. Korn	Relación institucionalizado/proceso de externación
2008	230	1048	21.946 %
2011	206	957	21.526 %
2013	345	728	47.39 %

(Fuente: MSBA)

Año 2014

Metodología para la obtención del dato de la variable: entrevista directa realizada al recurso humano profesional de nivel directivo y de enfermería en el nivel núcleo de operaciones.

Tabla N° 2

Pacientes concurrentes a los CSMC, según informante clave

	Nivel directivo	Núcleo operaciones
Centro Pre Alta	98	70
Centro Pichon Rivière	65-70	65-68
Centro Basaglia	70	65-70
Total CSMC	238 ±5	205 ±5

(Fuente: elaboración propia)

a.2 Situación de los usuarios**Tabla N° 3**

Composición de la muestra

	Varones	Mujeres	Total
Centro Pre Alta	46	26	72
Centro Pichon Rivière	47	10	57
Centro Basaglia	37	18	55
Total CSMC	130	54	184

(Fuente: elaboración propia)

Variable: edad de los usuarios**Tabla N° 4**

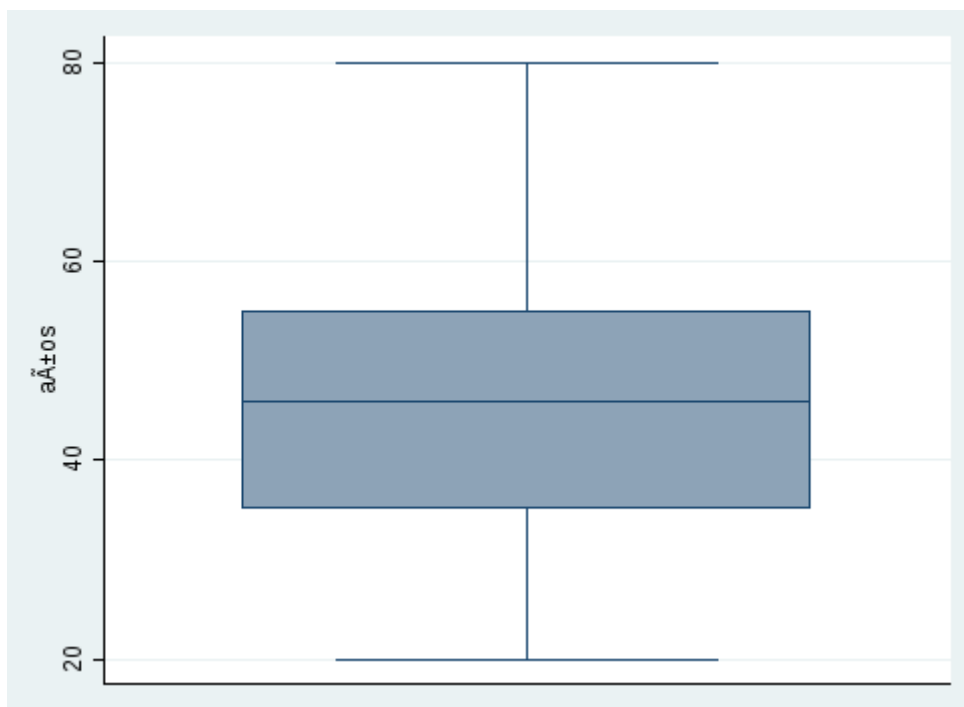
Edad de los usuarios, distribución por CSMC

	Media aritmética (SD)	Mediana (rango)
Centro Pre Alta	50.278 (11.210)	51 (20-77)
Centro Pichon Rivière	40.351 (12.692)	38 (21-71)
Centro Basaglia	45.291 (13.424)	44 (20-80)
Total CSMC	45.711 (12.978)	46 (20-80)

(Fuente: elaboración propia)

El gráfico N° 10 muestra la edad de los usuarios concurrentes a los CSMC. La distribución en los diferentes centros se encuentra disponible en anexo III, gráficos 10.1, 10.2 y 10.3.

Gráfico N° 10. Edad de los usuarios, todos los CSMC. 2014



Variable: Procedencia

Tabla N° 5

Procedencia, distribución por CSMC

Procedencia homologada	F. Basaglia	Pichon Rivière	Pre Alta	Total
GBA1	5	2	8	15
GBA2	11	7	21	39
GBA3			1	1
0	2			2
CABA	1	1	3	5
GLP	25	43	19	87
RBA	5	2	11	18
OP	3	1	6	10

EXT	3	1	3	7
TOTAL	55	57	72	184

(Fuente: elaboración propia)

El 47.28 % de los usuarios proceden de localidades homologadas como Gran La Plata y el 21.19 % (39 personas) del Segundo Cordón del GBA. (Ver lugar de procedencia: partidos localidades en Anexo III)

Variable: Patología psiquiátrica

Tabla N° 6

Patología psiquiátrica, distribución por CSMC

Patología principal	Otras patologías	Centro			Total
		F. Basaglia	Pichon Rivière	Pre Alta	
Alcohol	Drogas, psicosis		1		1
Alcohol		1	1		2
Bipolar	Drogas	1			1
Bipolar		3		2	5
Drogas	Alcohol		1	2	3
Drogas		1	7	1	9
Esquizofrenia	Alcohol, drogas	1			1
Esquizofrenia	Alcohol	2			2
Esquizofrenia	Drogas	2	3	1	6
Esquizofrenia		22	26	41	89
Esquizofrenia	Psicosis		1	1	2
Psicosis	Drogas	2		1	3
Psicosis		4	2	9	15
Retraso mental	Alcohol, drogas	1			1
Retraso mental	Alcohol			1	1
Retraso mental	Epilepsia		1		1
Retraso mental		11	3	11	25
Retraso mental	Psicosis			1	1
Trastorno específico de la personalidad	Bipolar		1		1
Trastorno específico de la personalidad	Drogas		1		1
Trastorno específico de la personalidad		4	9	1	14
Total		55	57	72	184

(Fuente: elaboración propia)

Los datos muestrales determinaron que 86.41 % de los pacientes concurrentes a los CSMC registran en sus historias clínicas diagnóstico de una patología psiquiátrica. Se observó comorbilidad por la coexistencia temporal o permanente, sin especificar, ya que el 11.96 % tienen patologías duales y el 1.63 % tenían registradas 3 patologías. Se observó en los registros que 31 (16.85 %) consumen alcohol y drogas y que concurren al CSMC que registró la menor edad en sus usuarios.

Variable: Permanencia en el sistema de internación de salud mental

Tabla N° 7

Años de permanencia en el sistema de internación de salud mental

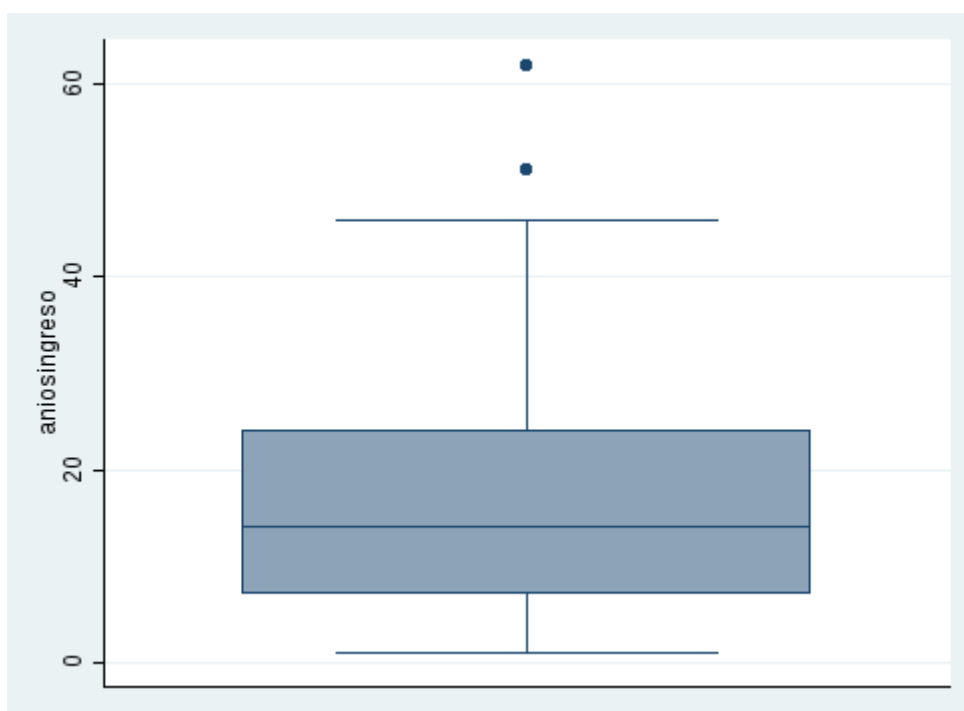
	Media aritmética (SD)	Mediana (rango)	Intervalo de confianza = 95 %	
Centro Pre Alta	19.029 (10.659)	1 (1-46)	16.449	21.609
Centro Pichon Rivière	12.367 (9.338)	2 (2-51)	9.685	15.049
Centro Basaglia	16.792 (11.861)	1 (1-62)	13.348	20.236
Total CSMC	16.400 (10.955)	1 (1-62)	-	-

(Fuente: elaboración propia)

Se determinó una relación positiva significativa entre la edad de los pacientes y los años de permanencia en el sistema de internación, previo al ingreso al CSMC. $r = 0.456$ (significatividad 5 %).

Los valores numéricos para todos los CSMC se observan en el gráfico N° 11.

Gráfico N° 11. Años de permanencia en el sistema de internación de salud mental. 2014



Variable: Permanencia en el sistema de internación de salud mental, distribución por CSMC

Tabla N° 8

Años de permanencia en el sistema de internación preingreso. Centro Pre Alta

PRE ALTA	Obs.	Media aritmética	(SD)	(SE)	Intervalo de confianza = 95 %	
Varones	44	17.364	9.007	1.358	14.625	20.101
Mujeres	24	22.083	12.816	2.616	16.671	27.495
Total	68	19.029	10.659	1.292	16.449	21.609

(Fuente: elaboración propia)

La cantidad de años de institucionalización previos al ingreso al CSMC no es significativamente mayor en mujeres que en varones. $P = 0.313$.

Tabla N° 9

Años de permanencia en el sistema de internación preingreso. Centro P. Rivière

P. RIVIÈRE	Obs.	Media aritmética	(SD)	(SE)	Intervalo de confianza = 95 %	
Varones	40	11.825	9.524	1.506	8.779	14.871
Mujeres	9	14.778	8.541	2.846	8.213	21.343
Total	49	12.367	9.338	1.334	9.685	15.049

(Fuente: elaboración propia)

La cantidad de años de institucionalización previos al ingreso al CSMC no es significativamente mayor en mujeres que en varones. $P = 0.379$.

Tabla N° 10

Años de permanencia en el sistema de internación preingreso. Centro F. Basaglia

F. BASAGLIA	Obs.	Media aritmética	(SD)	(SE)	Intervalo de confianza = 95 %	
Varones	34	17.912	12.221	2.096	13.647	22.176
Mujeres	14	14.071	10.873	2.906	8.213	21.343
Total	48	16.792	11.860	1.712	13.347	20.236

(Fuente: elaboración propia)

La cantidad de años de institucionalización previos al ingreso al CSMC no es significativamente mayor en varones que en mujeres. $P = 0.313$.

Variable: Reingresos a la institución de internación

Tabla N° 11

Reingresos a la Institución de internación, distribución por CSMC

CSMC	n	Media aritmética (SD)	Mediana (rango)	Intervalo de confianza = 95 %	
Centro Pre Alta	69	1.913 (2.577)	1 (0-11)	0.789	1.877
Centro Pichon Rivière	49	1.653 (2.673)	1 (0-15)	0.885	2.420
Centro Basaglia	48	1.333 (1.872)	1 (0-7)	0.747	1.984
Total CSMC	166*	1.668 (2.423)	1 (0-15)	-	-

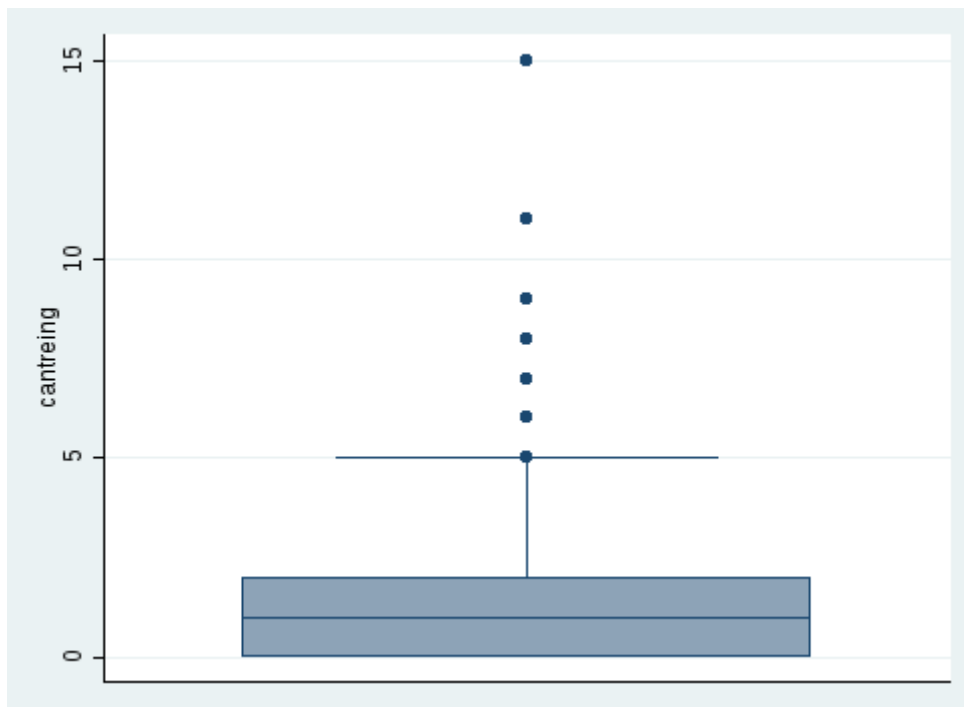
(Fuente: elaboración propia)

* Se eliminó de la muestra aquellos usuarios que ingresaron a los CSMC sin internación previa.

Existe una relación positiva significativa entre la cantidad de años de permanencia en el sistema de internación y la cantidad de reingresos. $r = 0.266$ (significatividad 5 %).

Los valores numéricos para todos los CSMC se observan en el gráfico N° 12.

Gráfico N° 12. Cantidad de reingresos para todos los CSMC. 2014



Variable: Reingresos a la Institución de internación

Tabla N° 12

Reingresos a la institución de internación. Centro Pre Alta

PRE ALTA	Obs.	Media aritmética	(SD)	(SE)	Intervalo de confianza = 95 %	
Varones	44	1.773	2.439	0.367	1.031	2.514
Mujeres	25	2.160	2.838	0.568	0.988	3.331
Total	69	1.913	2.576	0.310	1.294	2.532

(Fuente: elaboración propia)

Los reingresos al sistema de internación en las mujeres no fueron significativamente mayores que el de los varones. $P = 0.552$.

Tabla N° 13

Reingresos a la institución de internación. Centro P. Rivière

P. RIVIÈRE	Obs.	Media aritmética	(SD)	(SE)	Intervalo de confianza = 95 %	
Varones	40	1.725	2.873	0.454	0.806	2.644
Mujeres	9	1.333	1.581	0.527	0.118	2.549
Total	9	1.653	2.673	0.382	0.885	2.420

(Fuente: elaboración propia)

Los reingresos al sistema de internación en los varones no fueron significativamente mayores que el de las mujeres. $P = 0.696$.

Tabla N° 14

Reingresos a la institución de internación. Centro F. Basaglia

F. BASAGLIA	Obs.	Media aritmética	(SD)	(SE)	Intervalo de confianza = 95 %
Varones	34	1.236	1.776	0.305	0.615 1.855
Mujeres	14	1.571	2.138	0.571	0.337 2.805
Total	48	1.333	1.871	0.270	0.789 1.869

(Fuente: elaboración propia)

Los reingresos al sistema de internación en las mujeres no fueron significativamente mayores que el de los varones. $P = 0.573$.

Variable: Permanencia en los CSMC**Tabla N° 15**

Años de permanencia en los CSMC

CSMC	n	Media aritmética (SD)	Mediana (rango)
Centro Pre Alta	72	8.305 (5.388)	8.5 (0-27)
Centro Pichon Rivière	57	5.281 (3.483)	5.0 (1-17)
Centro Basaglia	55	3.964(2.487)	3.0 (0-14)
Todos los CSMC	184	6.071 (4.505)	5.0 (0-27)

(Fuente: elaboración propia)

Los valores numéricos para los centros se observan en los gráficos N° 13, 13.1 y 13.2.

Gráfico N° 13. Años de permanencia de los usuarios. Centro Pre Alta. 2014

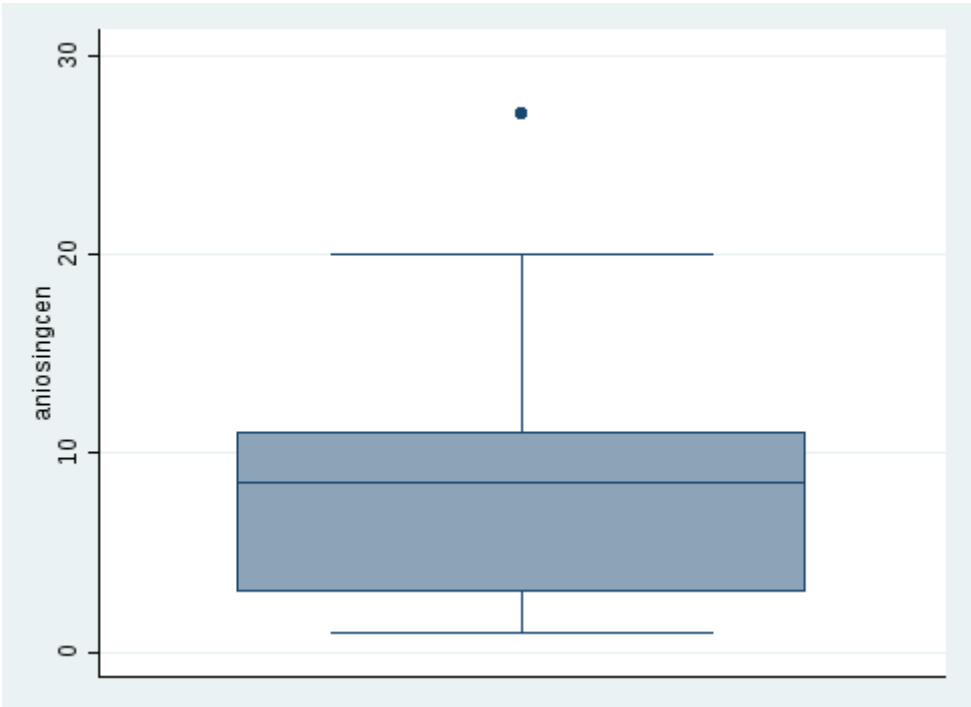


Gráfico N° 13.1. Años de permanencia de los usuarios. Centro Pichon Rivière. 2014

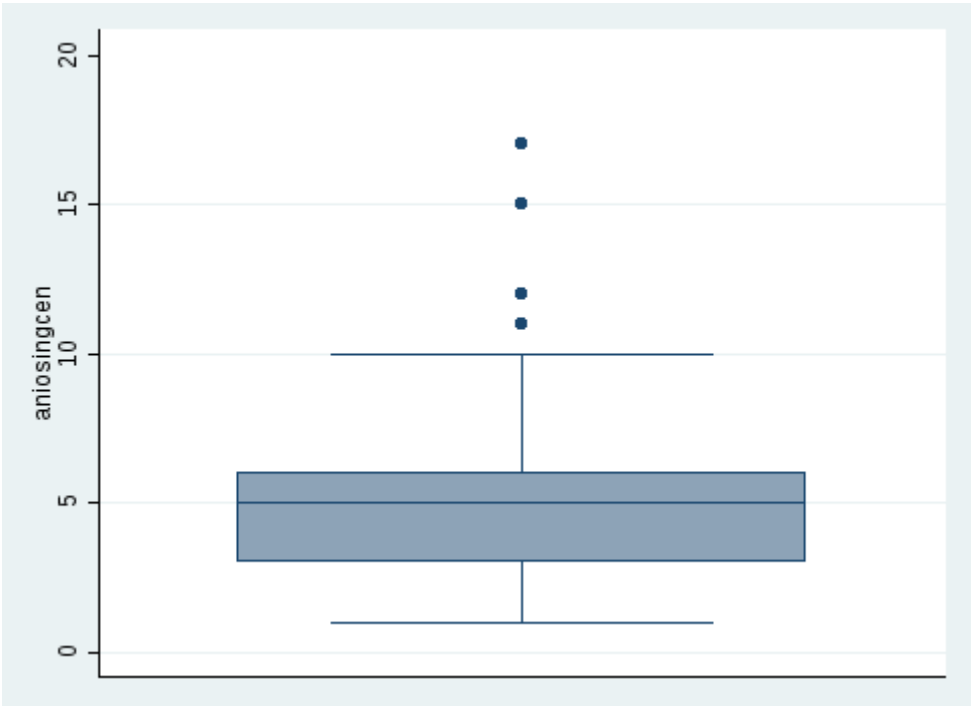
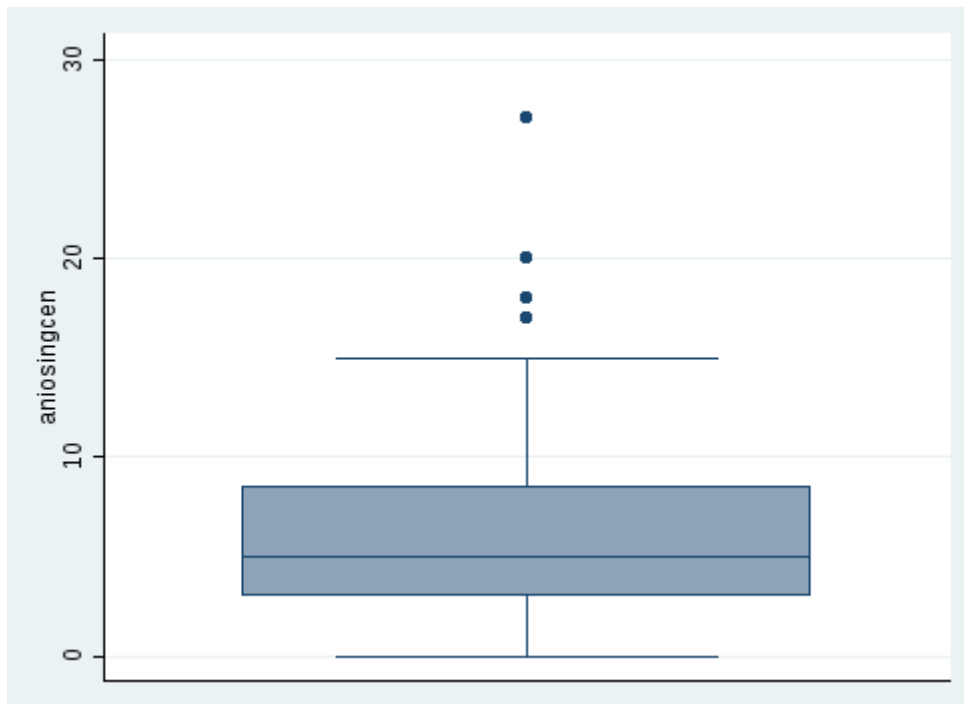


Gráfico N° 13.2. Años de permanencia de los usuarios. Centro Basaglia. 2014



Los resultados a partir de metodología cuantitativa, permiten inferir a través de la muestra aleatoria seleccionada, una permanencia en el sistema de internación previo al ingreso a los CSMC, en pacientes con una edad media aritmética (SD) de 45.71 (12.97) años, de 19.40 (10.95) años. Se observó que a mayor edad de los pacientes mayor permanencia en el sistema. Esa elevada permanencia persiste en los centros, así en el más antiguo, Pre Alta, se encuentran los pacientes con mayor edad 50.28 (11.21) y con mayor cantidad de reingresos (valor mediana 1 rango 1-15) aceptando la hipótesis de un valor giro programa para la desinstitucionalización con reinserción social muy bajo y alta permanencia, valor mediana 5 años rango 0-27.

Variable: Nivel educativo

Para el análisis cuantitativo se asignó un valor numérico a la variable cualitativa nivel educativo. Se generó la variable "nivel educativo2".

Nivel educativo2 = 0 = analfabeto

Nivel educativo2 = 1 = primario incompleto

Nivel educativo2 = 2 = primario completo

Nivel educativo2 = 3 = secundario incompleto
 Nivel educativo2 = 4 = secundario completo
 Nivel educativo2 = 5 = terciario incompleto
 Nivel educativo2 = 6 = terciario completo
 Nivel educativo2 = 7 = universitario incompleto

NIVEL EDUCATIVO	TOTAL USUARIOS
Analfabeto	3
Primario incompleto	49
Primario completo	41
Secundario incompleto	35
Secundario completo	44
Terciario incompleto	3
Terciario completo	1
Universitario incompleto	8

Tabla N° 16

Nivel educativo de los usuarios, distribución por CSMC

CSMC	n	Media aritmética (SD)	Mediana (rango)
Centro Pre Alta	72	2.430 (1.309)	2.0 (0-7)
Centro Pichon Rivière	57	3.000 (1.558)	3.0 (1-7)
Centro Basaglia	55	2.582 (1.572)	2.0 (0-7)
Todos los CSMC	184	2.652 (1.482)	2.0 (0-7)

(Fuente: elaboración propia)

Se observó que los pacientes con mayor número de años de permanencia en el sistema de internación tienen menor nivel educativo ($r = -0.1789$; significatividad 5 %).

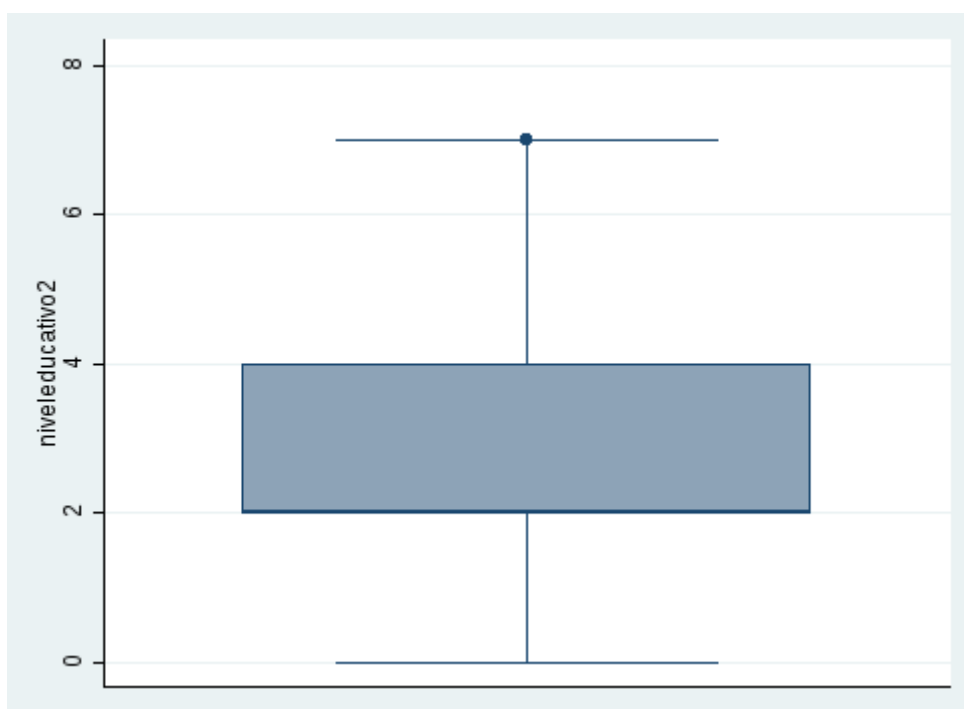
A mayor edad de los pacientes es menor el nivel educativo. Por lo tanto se podría inferir a través de los datos muestrales que los pacientes más jóvenes pudieron alcanzar un mayor nivel educativo. Relación negativa significativa ($r = -0.1905$; significatividad 5 %).

Se observó una relación positiva significativa entre los pacientes que mantienen relación con algún familiar y el nivel educativo. Quienes pueden mantener esa relación tienen mayor nivel educativo ($r = 0.2686$; significatividad 5 %).

No se encontró relación significativa entre nivel educativo y sexo de los pacientes ($r = -0.0179$; significatividad 5 %).

Los valores numéricos del nivel educativo para todos los CSMC se observan en el gráfico N° 14.

Gráfico N° 14. Nivel educativo de los usuarios de todos los CSMC. 2014



La distribución en los diferentes centros se encuentra disponible en anexo III, gráficos 14.1, 14.2 y 14.3.

Variable: Antecedente laboral-nivel educativo

Tabla N° 17

Antecedente laboral según nivel educativo, distribución por CSMC

CSMC	n	Dependiente	n	Independiente	n	S/ant. laborales
C. Pre Alta	26	2.69(1.41) 2(1-7)	17	2.59(1.23) 2(1-4)	22	1.86(1.04) 2(0-4)
C. P. Rivière	26	3.27(1.54) 3(1-7)	15	2.73(1.58) 2(1-7)	16	2.81(1.60) 3(1-7)
C. Basaglia	20	3.00(1.75) 3(1-7)	14	2.64(1.60) 2(1-7)	21	2.14(1.31) 2(0-5)

(Fuente: elaboración propia)

Referencias: Valores expresados como media aritmética (SD) y mediana (rango)

Variable: Antecedentes laborales-condición laboral actual

Tabla N° 18

Antecedentes laborales-condición laboral actual, distribución por CSMC

Antecedentes laborales	F. BASAGLIA				PICHON RIVIÈRE				PRE ALTA				Total
	0	Dep	Des	Ind	0	Dep	Des	Ind	0	Dep	Des	Ind	
0										6	1		7
Dep		3	16	1		5	13	8	1	6	13	6	72
Ind	1		11	2		2	8	5		2	14	1	46
No		3	16	2		3	11	2		2	19	1	59
Total	1	6	43	5	10	32	15	1	10	52	9	184	

(Fuente: elaboración propia)

Referencias:

- 0 = dato inexistente en historia clínica (missing)
- Dep: dependiente
- Ind: independiente
- No: sin antecedentes laborales
- Des: desocupado

El 64.13 % de los pacientes registraron antecedentes laborales previos al ingreso al sistema de atención de salud mental. En el momento de realización de este trabajo el 69.02 % de los pacientes que concurren a los CSMC son desocupados. Los valores individuales indican un nivel de desocupación del 78.18 % en el Centro Franco Basaglia, 56.14 % en Pichon Rivière y 72.22 % en el Centro Pre Alta.

El cuadro siguiente muestra la condición laboral actual según el nivel educativo alcanzado por los usuarios concurrentes a los centros que se encuentran en proceso de desinstitucionalización.

Tabla N° 19

Condición laboral actual, según nivel educativo

Nivel educativo	F. BASAGLIA				PICHON RIVIÈRE				PRE ALTA				Total
	0	Dep	Des	Ind	0	Dep	Des	Ind	0	Dep	Des	Ind	
Analfabeto			2								1		3
Primaria completa		1	10	2		1	8	5		5	14	3	49
Primaria incompleta	1		11	1		2	4	3		2	15	2	41
Secundario completo		1	6	1		3	6	4	1	3	9	1	35
Secundario incompleto		4	11			3	10	3			11	2	44
Terciario completo						1							1
Terciario incompleto			1								2		3
Universitario incomp.			2	1			4					1	8
Total	1	6	43	5	10	32	15	1	10	52	9	184	

(Fuente: elaboración propia)

Referencias:

0 = sin dato

Dep: dependiente

Des: desocupado

Ind: independiente

Política general, marco jurídico

Ley 26.657/2010 Nacional de Salud Mental

Decreto 603/2013 reglamentario de la Ley 26.657

La Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación, publicada el 20 de enero de 2014 en el Boletín Oficial, aprobó el Plan de Salud Mental 2013-2018 como herramienta operativa para favorecer la inclusión social.

Ley 14.580/2014. Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional de Salud Mental.

Información de las entrevistas según centro y tipo de informante clave

A continuación se presentará los resultados de la investigación cualitativa a través del uso de material empírico cuya fuente fue la entrevista.

Se seleccionaron informantes clave, profesionales representantes del nivel ejecutivo de la unidad que dirigen y recurso humano no profesional del nivel operativo.

Se indagaron situaciones naturales para variables que complementaron la información proveniente de la metodología cuantitativa, en los términos del significado de la experiencia de las personas que la otorgan.

Año 2014

- **Usuarios admitidos y concurrentes a los CSMC dependientes del Hospital Alejandro Korn**

	Nivel directivo	Núcleo operaciones
Centro Pre Alta	98	70
Centro Pichon Rivière	65-70	65-68
Centro Basaglia	70	65-70
Todos los CSMC	238 ±5	205 ±8

(Fuente: elaboración propia a partir de datos primarios)

- **Número de admisiones en los últimos 6 meses**

Centro Pre Alta

Responsable del centro (trabajadora social) = 11 usuarios

Enfermera 1 = 5-6 usuarios

Enfermera 2 = 4-5 usuarios (ahora está restringido)

Centro Pichon Rivière

Responsable del centro (psicóloga) = no más de 15 usuarios

Enfermera = 10-15 usuarios (“están cerradas las admisiones”)

Centro Franco Basaglia

Responsable del centro (médica generalista) = 10-15 usuarios

Enfermera = 10-15 usuarios

- **Usuarios admitidos que concurren**

Centro Pre Alta

Responsable del centro (trabajadora social) = 100 %

Enfermera 1 = 60-70 %

Enfermera 2 = 60 %

Centro Pichon Rivière

Responsable del centro (psicóloga) = 75 %*

Enfermera = 50 %

* Se observó una actitud dubitativa y agregó un poco más de la mitad

Centro Franco Basaglia

Responsable del centro (médica generalista) = 75 %

Enfermera = 60-70 %

- **Concurrencia regular a los talleres**

Centro Pre Alta

Responsable del centro (trabajadora social) = 40 %*

Enfermera 1 = 10-15 %**

Enfermera 2 = 20 %

* "De este 40 anotados, puede que asistan 1-2 veces y abandonan por circunstancias del paciente".

** "Se anotan un poco más, pero ya hay 10-15 más o menos que sólo vienen una vez por mes a retirar medicación".

Centro Pichon Rivière

Responsable del centro (psicóloga) = 50 %
Enfermera = 60-70 %

Centro Franco Basaglia

Responsable del centro (médica generalista) = 50 %
Enfermera = 40-50 %

- **Condición para la incorporación a la actividad laboral**

Centro Pre Alta

Responsable del centro (trabajadora social) = 10 usuarios*
Enfermera 1 = < al 10
Enfermera 2 = 4-5

* "Muy pocos, hay reinternaciones, no hay estabilidad".

Centro Pichon Rivière

Responsable del centro (psicóloga) = 6-7
Enfermera = 7-8

Centro Franco Basaglia

Responsable del centro (médica generalista) = 10-12
Enfermera = 9-10

- **Antigüedad de permanencia en el centro**

Centro Pre Alta

Responsable del centro (trabajadora social) = 25-26 años

Enfermera 1 = > a 20 años
Enfermera 2 = 25-26 años

Centro Pichon Rivière

Responsable del centro (psicóloga) = 6-7
Enfermera = 7-8

Centro Franco Basaglia

Responsable del centro (médica generalista) = 10 años
Enfermera = > de 10 años

• **Detección de inconvenientes en los talleres**

Centro Pre Alta

Responsable del centro (trabajadora social) = no*
Enfermera 1 = si **
Enfermera 2 = 25-26 años

* "Todos los talleres programados funcionan regularmente. El paciente es el que no concurre".

** "Vienen muy poco. Son pocos los que vienen más, dicen que no tienen ganas".

Centro Pichon Rivière

Responsable del centro (psicóloga) = no
Enfermera = no

Centro Franco Basaglia

Responsable del centro (médica generalista) = no
Enfermera = no

- **Viven de sus ingresos**

Centro Pre Alta

Responsable del centro (trabajadora social) = 10 o menos*

Enfermera 1 = 10

Enfermera 2 = 8-10

* "Se les ha gestionado desde aquí un subsidio".

Centro Pichon Rivière

Responsable del centro (psicóloga) = 10

Enfermera = 5-6

* Se observó una actitud dubitativa y agregó: "Un poco más de la mitad. La mayoría tienen pensión".

Centro Franco Basaglia

Responsable del centro (médica generalista) = 10-12

Enfermera = 9-10

La información referida a la permanencia de los pacientes en los CSMC es consistente con la que proviene de la metodología cuantitativa y revelan valores giro programas altos, con valores extremos de 20-26 años y 6-10 años coincidentes con la antigüedad de los CSMC analizados.

Análisis de situación

En esta sección se incluye un análisis predominantemente cualitativo que permitió una apreciación de lo que sucede en un determinado recorte de la actualidad que se denominó situación, integrada por quiénes están actuando, cómo han venido actuando, que no es función directa de la realidad sino de una reconstrucción a partir de los datos obtenidos, mediada por la percepción interna y externa de esa realidad, que este trabajo denominó representación, a través de las variables que se explicitan a continuación y sintetizan en el cuadro N° I.

Recursos humanos

Se consideró la importancia de la variable por ser el único factor de producción con capacidad de aprendizaje, que es consciente del proceso productivo, que disputa el control del mismo, que discute las condiciones bajo las cuales ingresa al proceso y que puede crear el proceso productivo. Incluye dos tipos de actores:

- Actores externos indirectos al subsistema CSMC del MSBA al Subsecretario de Coordinación de la salud y al Director provincial de hospitales y directos al Director de Salud Mental y a la Coordinadora de los CSMC, en el momento del estudio a cargo de un médico psiquiatra y de una psicóloga respectivamente.

- Actores internos del subsistema CSMC a quienes ocupan la dirección del CSMC, a cargo de una trabajadora social, una psicóloga y una médica psiquiátrica, según centro. El núcleo de operación de la organización está integrada por médicos clínicos, psiquiatras, psicólogas, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos y terapistas ocupacionales. Como recurso de apoyo se observó personal de enfermería, talleristas y recurso voluntario como pasantías universitarias con características de variabilidad individual según centro.

Se observó la siguiente relación recurso humano/paciente:

Centro Pre Alta*

Cantidad de pacientes por médico psiquiatra	= 35
Cantidad de pacientes por psicólogo	= 23.33
Cantidad de pacientes por personal enfermería	= 11.67
Cantidad de pacientes por equipo profesional	= 5.38

Centro Pichon Rivière*

Cantidad de pacientes por médico psiquiatra	= 35
Cantidad de pacientes por psicólogo	= 17.5
Cantidad de pacientes por personal enfermería	= 14
Cantidad de pacientes por equipo profesional	= 5.38

Centro Basaglia*

Cantidad de pacientes por médico psiquiatra	= 35
Cantidad de pacientes por psicólogo	= 70
Cantidad de pacientes por personal enfermería	= 11.67
Cantidad de pacientes por equipo profesional	= 7.00

* El dato numérico surge de las respuestas de entrevistas a personal del núcleo de operaciones y a la corroboración por observación directa.

Recursos materiales

Se relevaron las siguientes formas organizacionales:

- Servicio de psicopatología: dispositivo hospitalario para la atención de demanda de pacientes externos no institucionalizados y pacientes que permaneciendo en el hospital como internos recurren voluntariamente para la demanda de servicios o provisión de medicamentos.
- Casas de convivencia: dispositivo habitacional, con recursos del sector público, para el alojamiento de convivientes, en general 3 o 4, agrupados voluntariamente.
- Pensiones: dispositivo habitacional, opción no hospitalaria y transitoria, dependiente del sector privado, donde la persona alquila con subsidios y pensiones por discapacidad una habitación y comparte espacios comunes comunitarios con el resto de los inquilinos. En general es población heterogénea y cambiante, trabajadores del sector informal producto de migración interna o externa.
- CSMC: establecimientos o centros residenciales ubicados en la ciudad de La Plata, que dependen de la institución hospitalaria, con diferentes niveles de provisión de servicios como almuerzo en el establecimiento, vianda con alimentación para consumo en domicilio, medicamentos para el tratamiento en forma ambulatoria y supervisión de los pacientes concurren para compartir la vida diaria con otros pares con la misma condición.

Funcionan en forma diurna y la mayor concurrencia ocurre durante la mañana.

El dispositivo de talleres (artesanías, deportes, reciclado de papel, literatura como lectura de diarios, cocina, teatro) como reaprendizaje o aprendizaje de habilidades tiene la finalidad de ser una actividad que agregaría valor a los procedimientos conducentes a la rehabilitación para la reinserción sociolaboral, aunque se observó una escasa participación en talleres programados. Los talleres funcionan dentro y fuera de los CSMC.

Recursos financieros

Los CSMC están financiados por un presupuesto gestionado por el MSPBA. Por otra parte, si bien el 64.13 % de los pacientes registraron antecedentes laborales previos al ingreso al sistema de atención de salud mental, en el momento de realización de este

trabajo el 69.02 % de los pacientes son desocupados. Los valores individuales indican un nivel de desocupación del 78.18 % en el Centro Franco Basaglia, 56.14 % en Pichon Rivière y 72.22 % en el Centro Pre Alta.

Una parte de los pacientes cobran una jubilación ordinaria, otros están recibiendo subsidios de programas como “Vuelta a Casa”, de la Curaduría de la Provincia de Buenos Aires y de otros programas con características temporales.

Conocimientos técnicos

En estas organizaciones la parte clave es el núcleo donde se operan los programas a cargo de profesionales de las ciencias de la salud: médicos psiquiatras, psicólogos y en menor medida trabajadores sociales, médicos generalistas y personal de enfermería. También integran este núcleo personal con habilidades específicas, ajenas al sector salud, para los diferentes talleres.

Estrategias políticas

El concepto *estrategia* se define como la adaptación de los recursos y habilidades de la organización al entorno cambiante, aprovechando las oportunidades y evaluando los riesgos en función de los objetivos y metas planificadas para la organización para conseguir esas metas.

Implica que la organización defina su visión, su posicionamiento y un patrón integrado de comportamiento, donde todos los integrantes de la empresa deben conocer la estrategia y trabajar en función de ésta.

Los resultados indican que la estrategia de estas organizaciones es no tener estrategia, hacer siempre lo mismo repitiendo acciones del pasado, que surgen por accidente y se va adecuando con el transcurso del tiempo.

La ley es una disposición obligatoria que regula la convivencia en la vida social y puede imponer normas generales o particulares. La salud mental en los centros estudiados en la provincia de Buenos Aires tiene como marco normativo las leyes que a continuación se citan y la forma de estrategia implícita o carente:

Ley 26.657/2010 Nacional de Salud Mental

Decreto 603/2013 reglamentario de la Ley 26.657

Ley 14.580/2014. Adhesión de la provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional de Salud Mental

Organización

La configuración de estos centros es de una burocracia profesional, la parte clave de la organización es el núcleo de operaciones y el mecanismo de coordinación, la estandarización del conocimiento y habilidades normalizadas fuera de la institución. Funciona como un conjunto de programas estándar o repertorio de habilidades, aplicadas a situaciones conocidas llamadas contingencias (alteraciones de la salud mental), también normalizadas.

Los profesionales tienen dos tareas básicas:

1. Ingresar el paciente al centro a través de una actividad que se denomina *admisión*, e incluye una encuesta con el propósito de evaluar las necesidades, la predisposición y las potencialidades.
2. Aplicar o ejecutar una rutina o programa estándar.

Este encasillamiento es simplificador y hace posible que cada profesional trabaje en forma autónoma. La organización trata de acoplar una contingencia predeterminada (diagnóstico médico según clasificación CIE-10 o DSM-IV) a un programa estándar a aplicar, con mínima personalización.

La tecnoestructura es mínima y la jerarquía de línea media tiene ámbitos de control amplios sobre el trabajo profesional.

El *staff* de apoyo, centrado en atender las actividades del núcleo de operaciones, en estas organizaciones es grande y dirigido desde el ápice, coexistiendo enclaves maquinales dentro de la configuración profesional.

Aparecen jerarquías paralelas y separadas, una democrática de abajo-arriba para los profesionales y una maquina de arriba-abajo para el *staff* de apoyo. En las actividades limpieza y cocina del centro generalmente son realizadas por personal empleado para tales efectos y donde los usuarios participan en mayor o menor grado según el centro.

Los tres centros cuentan con personal de seguridad a cargo del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires.

La descentralización es horizontal. Los profesionales no solo controlan su propio trabajo sino adquieren control colectivo sobre las decisiones administrativas que los afectan. Surge entonces una estructura democrática dentro de la burocracia, pero con un requerimiento de trabajo como es la coordinación por adaptación mutua, equipos y comisiones permanentes, y en algunas organizaciones abundan las pirámides invertidas.

La base de agrupamiento de las diferentes unidades es la función favorecida por el proceso y la escala de interdependencias.

Los especialistas (psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, acompañantes terapéuticos, terapia ocupacional, profesores a cargo de los talleres), bajo la supervisión de otro de su misma clase, promueven la especialización dentro de su unidad.

Los CSMC relevados tienen entre 6 y 8 talleres anunciados aunque sólo 2 o 3 se realizan efectivamente en cada uno de ellos. Esta situación es conflictiva para la atención de la salud mental, que requiere un criterio metodológico multidisciplinario con real interdependencia de enfoques.

Estas agrupaciones limitan las perspectivas, favoreciendo el énfasis en el significado, en el paradigma científico sectorial de cada centro o unidad y no en la finalidad. Las posiciones de enlace deben usar el poder de la persuasión y la negociación para coordinar directamente las unidades involucradas y tratar las interdependencias residuales.

En general las organizaciones para el tratamiento de las alteraciones mentales describen un diseño permanente de estructura matriz, donde tanto las unidades como las personas que trabajan en ellas son relativamente estables, aunque se observaron durante la realización de este trabajo cambios importantes como personal o ubicación geográfica en alguno de los centros.

Métodos de gestión

Se observó:

- ausencia de un programa de gestión que categorice y evalúe periódicamente los resultados y se establezcan indicadores estandarizados para medir el cumplimiento de objetivos;
- falta de implementación de una historia clínica única, preferentemente digital como instrumento que permite el desarrollo y organización en red;
- dificultad en la continuidad de tratamiento;
- ausencia de análisis de factibilidad de las opciones y tratamientos aplicados.

Procesos

1. De internación voluntaria: regido por el artículo 18 de la Ley 26.654, “la persona internada bajo su consentimiento podrá decidir por si misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de sesenta (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión creado en el artículo 38 y al Juez”. El Juez deberá evaluar la situación en un plazo no mayor

a 5 días y determinar si la internación sigue teniendo carácter voluntario o si la misma pasa a tener características de involuntaria. Si esa prolongación se debiera a razones de orden social, el Juez deberá ordenar la inclusión en planes sociales y dispositivos específicos que permitan la externación a la mayor brevedad posible.

2. De internación involuntaria: regida por el artículo 20 de la Ley 26.654; será un recurso terapéutico excepcional cuando el equipo profesional agotara todas las instancias con un informe acerca de las instancias previas implementadas, o en ausencia de otra alternativa para su tratamiento o ante riesgo serio e inminente para sí y /o para terceros.

3. De alta institucional, externación o permisos de salida: son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del Juez, quienes están obligados a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria apenas cesa la situación de riesgo inminente.

4. De admisión a los CSMC: realizado a pacientes propuestos por profesionales, por equipos en las salas de internación. Se evalúan las necesidades, la predisposición y las potencialidades, este proceso tiene una duración aproximada de dos meses y culmina con la firma de un contrato de admisión.

5. De solicitud de recursos financieros: subsidios como externación, de la Curaduría de la Provincia de Buenos Aires, planes sociales como Barrios Bonaerenses, Vuelta a Casa, Trabajar; pensiones contributivas y no contributivas.

6. De pedido de insanía: se inicia el trámite en el marco del expediente judicial para obtener un certificado de actuaciones en trámite como requerimiento básico en entes municipales o provinciales que otorga un beneficio derivado de la Seguridad Social, por ejemplo una pensión por incapacidad.

7. De reinternación: son las actividades necesarias para, en situación de crisis o reagudizaciones de la patología mental, reingresar al paciente al hospital en que realizara la internación primaria.

Sistemas de control

Los sistemas de control son muy lábiles o inexistentes. La información como dato no está sistematizada, ni centralizada, cada organización o subsistema provee la información con descripciones como “el total aproximado de pacientes atendidos...”.

En general, los planes desarrollados en cada uno de los CSMC estuvieron bajo control de la coordinadora de los centros o por profesionales individuales internos a los centros, con un poder indirecto considerable y un encasillamiento imperfecto y se observaron disputas

jurisdiccionales. Los mecanismos de coordinación son débiles y provocan intercambios mínimos entre los centros.

Se observaron registros de monitoreos domiciliarios a cargo de trabajo social. La competencia de las visitas domiciliarias es constatar el estado general de los usuarios, colaborar en la resolución de los problemas de convivencia, así como apuntalar actividades que puedan presentar algún grado de dificultad como el cuidado personal, higiene y mantenimiento habitacional, alimentación o la planificación de gastos grupales o particulares.

El control del entorno es clave en estos sistemas cerrados, por lo tanto se busca mantener una coalición externa pasiva y pacificada. El análisis de los agentes que la integran muestra que puede estar dominada porque los agentes externos están dispersos o son inexistentes como la familia y excesivamente politizados sin coincidencia de intereses.

Subsistemas

Este trabajo consideró la descripción y análisis del sistema de servicios y efectores públicos.

- El subsistema de internación en un hospital interzonal neuropsiquiátrico para la atención de las alteraciones de la salud mental:

Clientes internos: todas las personas con funciones y responsabilidades dentro del proceso internación como el Estado provincial (Subsecretario de Coordinación de la Salud, Director Provincial de Hospitales, Director de Salud Mental); personal profesional a nivel de dirección médica y subdirección administrativa del hospital, médicos psiquiatras, de otras especialidades excluida la psiquiatría, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales, personal de apoyo, etc.

Clientes externos: personas con alteraciones de la salud mental, familia o grupos con personas a cargo o relacionadas con personas con estas características; proveedores externos de insumos para mantenimiento de los sectores capacidad instalada, alimentos y medicamentos; ONG en defensa de los intereses de los pacientes; gremios, etc.

- Subsistema externación en CSMC:

Clientes internos: todas las personas con funciones y responsabilidades dentro del proceso externación como el Estado provincial (Subsecretario de Coordinación de la Salud, Director de Salud Mental, Coordinadora de los CSMC); personal profesional a nivel de dirección de los CSMC, médicos psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales, profesores a cargo de los talleres, personal de apoyo, etc.

Clientes externos: personas con diagnóstico de alteraciones mentales crónicas con un tiempo de permanencia (expresado como valor media aritmética-desviación estándar) en el sistema de internación de 16.40 (10.95) años con alta institucional, pacientes que provienen del sistema de internación privado (sin información respecto a su condición de alta), ambulatorios con diagnóstico de alteraciones mentales que concurren voluntariamente a los centros o por indicación de su grupo de pertenencia; proveedores externos de insumos para mantenimiento del sector capacidad instalada, alimentos; ONG en defensa de los intereses de los pacientes; gremios, etc.

Cuadro N° I: Análisis de situación: fortaleza, impacto

ITEM	Fortaleza	Impacto	Explicación
Recursos humanos	Alta	Bajo	El producto (paciente reinsertado sociolaboralmente) es escaso aunque aumente la cantidad total expresada como actividades realizadas por cada uno de los factores trabajo incorporados. No se encontraron mediciones de la contribución individual como contribución marginal.
Recursos materiales	Media	Bajo	Los pacientes admitidos en los CSMC, revelan un valor mediana de permanencia de 5 años (rango 0-27) sin reinsertación sociolaboral, el 69.02 % son desocupados y que aquellos que están en condiciones de incorporarse a la actividad laboral o viven de sus ingresos no son más de 10 pacientes.
Recursos financieros	Media	Bajo	Alrededor del 10 % sólo dependen del presupuesto del MSPBA, no reciben recursos permanentes, ni temporarios. Revisar valor
Conocimientos técnicos	Alta	Bajo	El producto del proceso de desinstitucionalización revela un valor giro programa muy bajo, no mayor al 5 %.

Estrategias políticas	Alta	Bajo	Existe un marco jurídico normativo, aunque se detecta una estrategia implícita, repetición de actividades del pasado que surgen en forma reactiva.
Organización	Alta	Bajo	Se observó un diseño permanente tipo estructura matriz, relativamente estable. <i>Ex post</i> relevamiento de datos se observó cambio de personal y ubicación geográfica de uno de los centros.
Métodos de gestión	Baja	Bajo	Ausencia de programa de gestión, de análisis de factibilidad de las alternativas operadas.
Procesos	Alta	Bajo	Presencia formal de procesos aunque el resultado del giro programa es bajo.
Sistemas de control	Baja	Bajo	Los controles son prácticamente inexistentes.
Subsistemas	Media	Bajo	Se registraron valores con diferencias no significativas entre la permanencia en el subsistema internación y externación. Controlar significatividad.

(Fuente: elaboración propia)

Se adiciona a este análisis una descripción comparativa de las condiciones denunciadas en la intervención judicial, con carácter cautelar, solicitada para la Dirección Asociada de Psiquiatría de la institución de internación con los CSMC que dependen de este hospital y que fueran motivo de estudio en este trabajo.

- 1. Institución internación con intervención judicial: “condiciones de hacinamiento, alojamiento deficientes y riesgosas para la salud y la vida de las personas, ausencia de procesos de rehabilitación, relaciones asimétricas entre profesionales y personas internadas, ausencia de canales externos eficaces”. (ver Anexo I)

- 1.1 CSMC sin intervención judicial: alojamientos deficientes, pensiones y casas de convivencia en general compartidas por usuarios, programas de rehabilitación con problemas en la gestión, sin monitoreo o medición del impacto, elevado tiempo de permanencia en los centros. Los datos muestrales revelan un valor mediana de 5 años y un rango de menos de un año a 27, y los resultados de las encuestas a informantes clave de 6 años para los centros más nuevos a 26-27 para los más antiguos.

Existen también en los centros relaciones asimétricas entre profesionales y pacientes y los controles externos son inexistentes.

- 2. Institución de internación con intervención judicial:

Los registros clínicos (historia clínica, libros de guardia, libros de enfermería no contienen datos mínimos requeridos por la Ley 26.657 y 26.529.

No se provee el fortalecimiento y/o restitución de lazos sociales fuera del manicomio. La desvinculación familiar y la ausencia de privacidad o construcción de vínculos al interior de la institución manicomial, son denominadores comunes de la Dirección de Psiquiatría.

Ausencia del órgano de revisión provincial que pueda ejercer los controles eficaces en el interior de la institución psiquiátrica y monitorear el proceso de implementación de la Ley 26.657.

- 2.1. CSMC sin intervención judicial: las historias clínicas consultadas son deficientes por razones de legibilidad, información ausente de los sucesos a registrar durante la internación, en muchas falta la fecha de ingreso inicial a la institución de internación y/o los reingresos, no se encontró en las historias clínicas consultadas consentimiento informado para los distintos tratamientos. Mucha información que debería estar en los archivos del hospital está perdida por fallas en la tecnología informática aplicada a los sistemas de información.

No se registra la actividad ni el comportamiento de los pacientes en los talleres, ni la situación laboral.

Ausencia del órgano de revisión provincial que pueda ejercer los controles eficaces y monitoreo del proceso de implementación de la Ley 26.657.

- 3. Institución de internación con intervención judicial:

Ausencia de abordajes interdisciplinarios, siendo los tratamientos de carácter puramente médico, y más específicamente farmacológico.

Son muy pocos los pacientes que realizan talleres o actividades extra hospitalarias y, en general, el ocio parece ser la rutina diaria de estos lugares. Durante toda la diligencia, se observó que los pacientes miraban televisión, tomaban mate, ambulaban o simplemente permanecían sentados o acostados en el piso [...]

[...] la mayoría son pacientes sociales, de escasa o nula contención familiar, que si bien tienen o pueden recibir el alta médica, no es posible la externación dada las dificultades para trabajar con sus familias para su inserción en la comunidad.

- 3.1 CSMC sin intervención judicial: Los centros cuentan con profesionales de diferentes áreas para formar un equipo interdisciplinario, pero salvo reuniones periódicas comunes, se observó una real interdependencia de enfoques, los que hasta la fecha, aun con intentos aislados, suelen actuar sectorialmente desde diversos paradigmas científicos y distintos criterios asistenciales. Los especialistas (psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional), bajo la supervisión de otro de su misma especialidad,

promueven la especialización dentro de su unidad sin un criterio metodológico multidisciplinario con real interdependencia de enfoques.

La concurrencia a los talleres es escasa y no son consistentes las respuestas de las encuestas realizadas al personal directivo y de enfermería de los diferentes centros. También el ocio forma parte de la rutina diaria; algunos pacientes miran televisión, toman mate y practican el hábito de fumar.

La contención familiar es escasa o conflictiva, algunos viven en el hospital mientras integran estos programas.

- 4. Institución de internación con intervención judicial:

[...] la boca inflamada y ausencia de varias piezas dentarias.

[...] Ninguno de los pacientes había sido entrevistado interdisciplinariamente en el ingreso al Servicio de Atención en Crisis. [...] La vida en la sala se caracteriza por la colectivización colectiva de lo cotidiano: todos comen, todos toman mate, son medicados a la misma hora.

- 4.1 CSMC sin intervención judicial: Los pacientes que se encuentran bajo los programas de reinserción sociolaboral tienen 15 (80.00 %) piezas dentarias perdidas a una edad promedio (SD) 48.02 (9.02) años; los pacientes institucionalizados registraron valores de 15.95 (81.12 %) piezas dentarias perdidas a una edad promedio (SD) 49.69 (10-90) años. (Morasso, Pozzo, Pérez-Meyer y Cobanera, 2012).

- Si bien los centros tienen un equipo interdisciplinario, las admisiones son realizadas por una psicóloga, coordinadora de los CSMC. Respecto a la colectivización de lo cotidiano, aquí también todos comen en similar horarios, toman mate, reciben la medicación con cierto grado de automatismo y sin conocimiento.

ANÁLISIS DE LOS AMBIENTES INTERNO Y EXTERNO DE LOS CENTROS DE EXTERNACIÓN PARA LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

Esta sección del análisis se realizó usando metodología FODA para la descripción de los factores intervinientes en el diagnóstico de la situación interna y evaluación externa de los CSMC.

FORTALEZAS

- El recurso físico edilicio donde se operan los modelos de desinstitucionalización está ubicado en lugares céntricos y estratégicos de la ciudad de La Plata y se encuentran en buen estado estructural.
- Cobertura de medicamentos: los usuarios reciben la medicación prescrita en forma gratuita.
- Cobertura alimentaria: posibilidad de concurrir a comedores que funcionan en los centros Pre Alta, Pichon Rivière y Basaglia.

DEBILIDADES

- Necesidad de elaborar protocolos de actuación
- Las fallas en la planificación como proceso central en la formulación de estrategias como patrón de acción, o en el diseño de la estructura, como paso previo, para poner en práctica estas estrategias constituyen un común denominador como en los modelos descriptos.
- Los programas son operados por equipos interdisciplinarios, con una fuerte coalición interna entre la psiquiatría y la psicología; ésta última junto con trabajo social ejercen un poder indirecto considerable. Los mecanismos de coordinación entre los diferentes centros son débiles.
- Conflictos generados por la falta de adecuación del Órgano de Revisión de la Ley Provincial 14.580 (de adhesión a la Ley Nacional de Salud Mental) con la normativa del Órgano de Revisión de la Ley Nacional 26.657, de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional.
- Se determinó una escasa inserción laboral. Si bien los informantes clave relataron, en uno de los centros la existencia de un taller de búsqueda laboral y en los restantes la actividad de seguimiento realizada por trabajadores sociales, la inserción laboral alcanza niveles del 10 a 15 % de las personas con cobertura del programa. Esta situación es generadora de dependencia con el centro.
- Los procesos y las actividades en los talleres para el desarrollo de habilidades y competencias para la reinserción social no son iguales en los centros de rehabilitación estudiados. La concurrencia de los usuarios reveló valores irregulares entre el 40 y 60 % de presentismo.

- Las reinternaciones se producen, en general, por discapacidades sociales, dificultades laborales como conseguir y mantener un empleo, lo que genera reagudizaciones de la alteración mental.
- Las relaciones con familiares, en general con criterios de vulnerabilidad social (desocupación, subocupación, violencia familiar, alcoholismo, pobreza extrema) son conflictivas o inexistentes, registrándose valores de 40.43 % de usuarios provenientes de internaciones por patologías agudas, y el 66.94 % por patologías crónicas. Existiría entonces una correlación inversa entre relación familiar y período de internación.
- La permanencia de los usuarios en los programas desarrollados en los centros estudiados es mayor a los 10 años, con un rango 6-24 años.

OPORTUNIDADES

- Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en el ámbito de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud con la función de desarrollar políticas, planes y programas acordes a la Ley 26.657.
- Sanción y promulgación de la Ley 26.657, Nacional de Salud Mental, que prohíbe la creación de nuevas instituciones de internación monovalentes y promueve la creación de dispositivos de atención comunitaria.
- Sanción y promulgación de la Ley 10.592 en la provincia de Buenos Aires sobre empleo para personas con discapacidad. En el artículo 8, indica que el Estado provincial y sus organismos descentralizados, las empresas estatales, las municipalidades, las personas jurídicas de derecho público no estatal creado por ley, empresas subsidiadas por el Estado, las privadas concesionarias de servicios públicas tienen la obligación de emplear personas con discapacidad, incluida la mental con idoneidad para el puesto a ocupar, no inferior al 4 % de la totalidad de personal y establecer las reservas de puestos de trabajo a ser ocupadas por ellas.

AMENAZAS

- Los derechos de los usuarios a una atención social integral y humanizada, plantea un control legal de las internaciones de las personas con problemas mentales para evitar la mala praxis con el resultado de confinamiento y segregación.

- Una de las principales barreras estructurales al avance de la implementación de la Ley de Salud Mental es que la autoridad de aplicación, el Ministerio de Salud y la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, no tienen capacidad de gobierno ni estructura para llevar a cabo la reforma planificada.

- Las intervenciones del Ministerio de Salud Nacional dependen de la gestión y presupuestos de los Ministerios de Salud provinciales. Se observó precariedad de las capacidades estatales y fragmentación en los movimientos sociales de trabajadores y usuarios comprometidos con las reformas.

- Las organizaciones que operan programas de externación para pacientes con alteraciones mentales necesitan responder a las variables constantes en entornos socioeconómicos cambiantes e inciertos, sin embargo sus unidades no resuelven los problemas tanto de situaciones inusuales o contingentes como de las repetitivas.

- Los recursos para la atención de la salud mental son escasos, en la región alrededor del 2 % del presupuesto. El 90 % del presupuesto para salud mental se destina al modelo hospitalario y solo un 10 % o menos es destinado a los servicios comunitarios que incluyen los modelos de externación.

- El contexto inestable provoca en el interior de la organización transformaciones en los procesos de trabajo como consecuencia del aprendizaje social de sus miembros frente a la una contingencia. Esta situación no provoca en las organizaciones cambios en sus modelos de construcción como consecuencia del cambio en los principios de organización. No se observó en los modelos una construcción intelectual que haya abstraído de la realidad las características de un fenómeno que provoca cambios para describirlo, analizarlo y estudiar las transformaciones para poder anticipar el cambio y orientar la práctica de los actores.

- La inexistencia de datos —si bien la ley establece la realización de un censo nacional a 180 días de la sanción— no permite la construcción de un diagnóstico serio de los patrones epidemiológicos dominantes así como el cálculo de los recursos necesarios para la demanda.

- El crecimiento o eclosión demográfica actual origina una concentración de individuos y cambios sustanciales en el estilo de vida. La población crece a una velocidad mayor que la producción de bienes. Esta situación, en terrenos demográficos inestables, lleva consigo el peligro no sólo de aumentar las enfermedades transmisibles sino de aquellas de carácter no contagioso, como las alteraciones mentales.

Las necesidades per cápita se diversifican, aumenta la brecha socioeconómica entre la franja poblacional ubicada en los estratos más pobres y los más ricos, situación variable entre países desarrollados o en vías de desarrollo.

Naciones Unidas estimó que para el período 2005-2025 la población mundial aumentará un 23 % (de 558 a 688 millones de personas). Estas proyecciones que el crecimiento poblacional más alto se registrará en personas de 50 a 64 años, cuyo crecimiento alcanzará el 76 %. La de 19 a 49 años, con mayor riesgo de sufrir alteraciones mentales en la edad adulta, aumentará un 19 %. (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009, pp. 19-32)

- La Ley de Salud Mental vigente prohíbe la creación de nuevos hospitales para internación de pacientes con alteraciones mentales y promueve la externación y la atención comunitaria, las instituciones que operan programas para la desinstitucionalización revelaron cierre o restricción temporaria en la admisión de usuarios.

Los factores intervinientes en la evaluación interna y externa se resumen en el cuadro N° II.

Cuadro N° II: Diagnóstico de situación interna y evaluación externa de los CSMC

<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recurso físico edilicio • Cobertura de medicamentos • Cobertura alimentaria 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de protocolos de actuación • Fallas en la planificación y formulación de estrategias • Coalición interna entre operadores del programa • Falta de adecuación del Órgano de Revisión de la Ley 26.657 • Escasa reinserción laboral • Baja e irregular concurrencia a talleres • Alta frecuencia de reinternaciones • Relaciones familiares conflictivas o inexistentes • Bajos valores giro programa
--	--

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Dirección nacional de Salud Mental del Ministerio de salud. • Sanción y promulgación de la Ley 26.657 • Sanción y promulgación de la Ley Provincial 10.592 empleo y discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente estructura y capacidad de gobierno del Ministerio de Salud y Dirección Nacional Salud Mental • Entorno socio económico cambiante • Precariedad en movimientos sociales comprometidos con la reforma • Escasez presupuestaria • Información incompleta para la construcción de patrones epidemiológicos. • Crecimiento poblacional

(Fuente: elaboración propia)

El diagnóstico de situación interno y la evaluación externa realizada en los CSMC así como la información empírica obtenida por pruebas cuali-cuantitativos permitió inferir una alta vulnerabilidad del sistema.

Este trabajo propone la reestructuración de la atención psiquiátrica en la provincia de Buenos Aires que aumente los valores giro programa, disminuya el reingreso al sistema manicomial en busca de una externación sustentable hacia la desinstitucionalización.

CAPÍTULO VI

MODELO DE GESTIÓN DE LA EXTERNACIÓN PARA LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Modelo de gestión de externación para la desinstitucionalización

La intervención, del tipo de una tecnología social fragmentaria, propone un rediseño de los procesos en el contexto actual y con la revisión de los recursos disponibles para alcanzar mejoras en medidas críticas como la disminución del valor giro-paciente en el programa para la externación con reinserción social. Esta supone cambiar en tal grado que el cambio se pueda implementar, controlar y evaluar.

La nueva organización Centro de Salud Mental para la desinstitucionalización (CSMD) se refiere a un patrón de comunicación y relación entre los procesos de los actores involucrados en la toma e implementación de las decisiones.

Las alternativas seleccionadas fueron consideradas como la mejor solución disponible en la situación actual. La condición bio-psico-social, como la condición de los pacientes y ambiental del universo de trabajo, referido a la situación de las organizaciones, limita inevitablemente las alternativas disponibles y establecen un límite máximo posible para el alcance del propósito establecido.

Las funciones y procesos propuestos en las diferentes subunidades de los niveles Prealta y Alta fueron consideradas como elementos relativos de la decisión en la búsqueda de un denominador común, concebido como medio para el logro del objetivo final, la rehabilitación para la reinserción social. La decisión final dependerá del peso que se dé a estos elementos relativos como del juicio crítico aplicado en la evaluación. (Simon, 2011, pp. 7-8)

La parte clave de los CSMD es el personal operativo; sin embargo, el personal no operativo participa en el objetivo buscado por este estudio en la medida que influye en las decisiones del personal operativo y no sólo en la distribución de funciones y autoridad. El éxito en la estructura y funcionamiento de la organización dependerá de la manera en que las decisiones y el comportamiento se ven influenciados dentro de la organización hacia un modelo coordinado y efectivo.

La especialización horizontal, como división del trabajo es una característica básica del diseño. Sin embargo, la división de las funciones de la toma de decisiones entre el personal operativo y el directivo permite una mayor pericia, coordinación de los empleados que operan el proyecto y comunicación de los efectos de las decisiones al director, dado por la especialización vertical.

El personal de apoyo, encargado del trabajo no profesional del modelo a aplicar (limpieza, vestimenta, alimentación, reparaciones) es importante en este tipo de

organizaciones y responde a una jerarquía administrativa paralela descendente, más parecida a la estructura de las organizaciones maquinales.

Para este modelo de gestión el Director Administrativo o Consejo de Administración deberá gestionar las anomalías de la estructura. El proceso de encasillamiento es imperfecto por problemas de coordinación por disputas interdepartamentales o entre los niveles.

Cobra importancia aquí el directorio o consejo donde se negocian las soluciones del proyecto en nombre de sus representados para que surja la solución. Así mismo los administradores desempeñan un rol importante en los límites de la organización, entre los miembros internos y las partes de alcance fuera de la organización, en este proyecto Ministerio de Educación, Desarrollo Social, Trabajo, Vivienda, para proteger la autonomía de los profesionales, mantener los contactos de enlace, controlar las presiones externas y favorecer el desarrollo del proyecto.

Por otra parte se reformulará la coordinación de los CSMD como puesto de enlace para resolver situaciones complejas, algunos aspectos de los procesos de decisión y negociación interministerial en conjunto con el Director Administrativo.

El poder formal del directivo integrador, comprende ciertos aspectos de los procesos de decisión que corresponden a ciertos departamentos, sin autoridad formal para el resto de los mismos, aquí llamados subunidades. (Gilli *et al.*, 2007, p. 69)

Por lo tanto, el proceso administrativo en estas organizaciones deberá establecer un grupo de personal operativo y designar un grupo que supervise, capaz de influenciar en el grupo operador en busca de un modelo de comportamiento coordinado y efectivo con diferencias con el modelo actual, donde sólo se observa asignación de funciones y distribución de autoridad.

La selección de esta cadena de actividades o diseño de intervención, implicó la selección consciente o inconsciente de las acciones determinadas por la planificación entre todas aquellas posibles, que incluyen los cursos de acción anteriores, para los diferentes actores sobre los cuales ejerce influencia o autoridad como límite o guía de las actividades de quienes efectivamente deberán operar el modelo.

Este proceso busca reemplazar una parte de la autonomía de la decisión basada en la costumbre o en la tradición por un proceso de decisión organizacional para: a) especificar funciones o sea la naturaleza y el alcance de sus actividades y b) determinar que recurso humano tendrá poder para tomar nuevas decisiones y coordinar las actividades de los individuos en la organización.

Cada una de las funciones (subunidades en las Fases I y II) se concibieron como un repertorio de programas normativos o conjunto de habilidades del recurso humano experto

que integra cada proceso de la función, que se aplica a una contingencia también normalizada.

Para esa normalización, en el caso de la alteración de la salud mental, se aplica la reorganización de la patología en los grupos de personas relacionadas a partir del diagnóstico de la alteración mental.

Este encasillamiento reduce los recursos y la toma de decisiones continuas que se necesitarían para el tratamiento de cada caso singular. Este proceso permite separar las tareas de las operaciones para asignarlos a recurso humano individual experto relativamente autónomo. Este proceso de encasillamiento reconoce, así mismo, la característica de incertidumbre típica en las ciencias de la salud y en la administrativa —lo que Simon denomina desconocimiento del detalle en el puesto de cada profesional—, ante la variabilidad de la respuesta en este tipo de pacientes. (Mintzberg, 2000, pp. 397-398; Simon, 1979)

Las interdependencias en la corriente de trabajo determinada por los diferentes procesos son producto de las relaciones naturales entre las actividades involucradas. Los participantes tienen sentido de integridad territorial, controlan los procesos de su unidad y el personal responsable controla los conflictos internos que se planteen. (Gilli *et al.*, 2007, p. 76)

El resultado de los procesos que integran cada una de las funciones es más difícil de medir que en una organización con un diseño estructural tipo máquina, es por ello que el modelo incluye un sistema de evaluación del desempeño en los distintos niveles y fases con base en el establecimiento y cumplimiento de objetivos verificables en tiempos significativos y alcanzables. Cada una de las funciones que se desarrollan en las subunidades ordena sus actividades y cuidados de manera que encajen en una categoría de comportamiento que previamente es definida como *normalidad* para la función y el nivel. Para la normalización de los *outputs* se usaron indicadores cuali-cuantitativos y sus valores fueron transcritos a una escala tipo Likert de 4 opciones.

El evaluador deberá tener en cuenta factores como si las metas eran razonablemente alcanzables, si el o los individuos a cargo fueron facilitadores del cumplimiento así como los motivos para la obtención de resultados. Así mismo, el responsable de la evaluación deberá determinar si los responsables de operar el nuevo modelo persistieran en la consecución de actividades o funciones del modelo anterior, aun frente a situaciones que demandaran su modificación.

Se adoptará una evaluación exhaustiva formal anual complementada e integrada por revisiones periódicas o de avances semestrales en cada una de las subunidades. Estos informes breves permitirán la identificación de problemas o barreras que impidan un desarrollo eficaz. De igual forma contribuyen a mantener una vía de comunicación entre el

operador y su responsable superior para hacer posible una inmediata reorganización de prioridades y reorganización de objetivos ante cambios inesperados de situación.

Ambas evaluaciones se entregaran en informe escrito, a cargo de la Coordinación de los CSMD, al Director provincial de salud mental y éste al Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Así mismo, las diferentes jefaturas a cargo de los departamentos competentes en la operación serán los responsables de la vigilancia permanente del desempeño. Ésta permitirá agilizar los procesos permitiendo no esperar la revisión periódica semestral para corregir posibles desviaciones del desempeño respecto de los planes.

El personal operativo y el responsable del área abordan la situación de inmediato para emprender correcciones y actuar proactivamente para evitar un problema de mayor dimensión. El marco de participación del personal integrante de las diferentes subunidades permite que la evaluación de su desempeño sea percibida como una retroalimentación de las metas obtenidas y no solamente como un proceso de control administrativo. Constituye una metodología adecuada para que el recurso humano involucrado, de acuerdo con sus funciones, tomen ciertas decisiones, considerando las deficiencias técnicas y administrativas para replantear objetivos en su área así como los medios y acciones para alcanzarlos.

La evaluación contemplará aspectos de la estructura (tecnología física de los lugares de emplazamiento del proyecto), de los procesos de implementación y de los resultados obtenidos a través de indicadores cuali-cuantitativos:

Los datos serán transcritos siguiendo una escala tipo Likert de 4 opciones:

- 0 = Mala
- 1 = Regular
- 2 = Buena
- 3 = Muy buena

La evaluación, el diagnóstico interdisciplinario e integral y los motivos que justifican las decisiones para el ingreso a los niveles y fases del modelo será confeccionada por lo menos por dos profesionales del equipo, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.

Destinatarios: Pacientes con internaciones de mediano y largo plazo en el sistema público de la provincia de Buenos Aires que no padezcan inhabilidades extremas o que impliquen factores de riesgo conductuales para sí o para terceros.

Criterios de inclusión

- Carencia de ingresos
- Dependencia total con la institución
- Pacientes adultos que estén comprendidos en el rango etario equivalente al de la población económicamente activa (15-65 años)

Criterios de exclusión

- Pacientes que provengan de instituciones privadas

El diagnóstico de situación *ex ante* determinó que los integrantes del modelo observado tienen una edad (expresada como valor mediana) de 46 años y un rango de 20-80 años. El perfil de esta población se caracteriza por ser un conglomerado integrado por adultos jóvenes con patologías agudas; personas con patologías crónicas que residen en la comunidad sin lograr reinserción socioeconómica; pacientes ancianos con un largo historial de hospitalización psiquiátrica (se registraron valores media aritmética y desviación estándar de 16.40 (10.95) años y los que se denominan nuevos crónicos o adultos jóvenes que presentan serios problemas de ajuste, integración y participación social, con alto riesgo de reinternación (valores mediana de 1 reinternación con un rango que va de personas que tienen una permanencia prolongada en el programa pero nunca se reinternaron a personas con 15 reingresos).

Objetivo: lograr la externación del paciente con alteraciones mentales en el sistema público diseñando una alternativa que disminuya el valor giro programa y propicie la reinserción social.

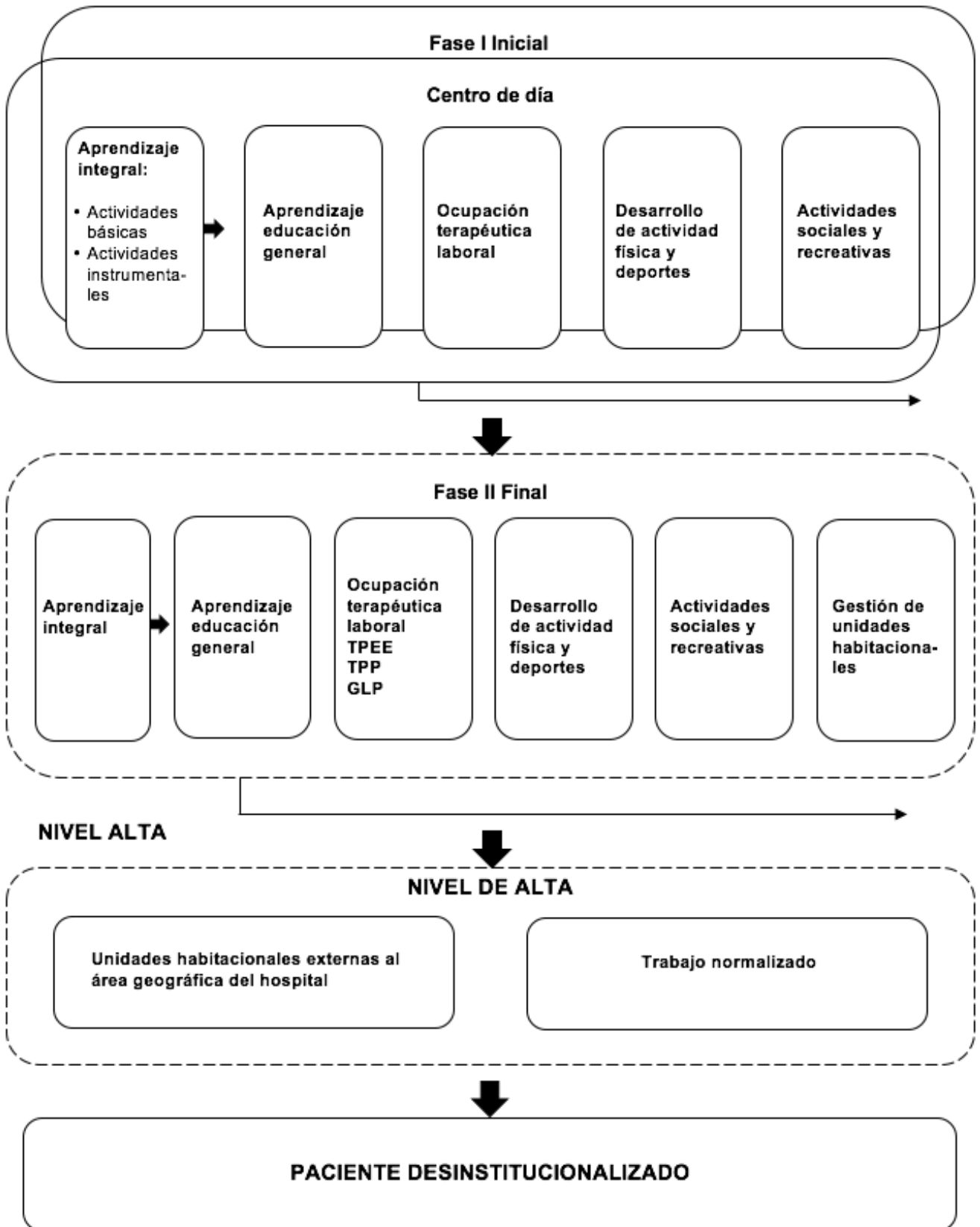
Tecnología de operación: Atención semiambulatoria programada

Función: Tratamiento y rehabilitación psicofísica de pacientes institucionalizados con alteraciones mentales en el sistema público de la provincia de Buenos Aires

Producto: Paciente desinstitucionalizado (externado y con reinserción socioeconómica)

Gráfico N° 15. Propuesta de intervención, niveles y fases

NIVEL PREALTA



(Fuente: elaboración propia)

Nivel Prealta

I. Fase inicial: el paciente institucionalizado ingresa a la fase inicial del Nivel Prealta previa condición de aptitud para el ingreso. Esta condición surgirá de la formulación del diagnóstico y pronóstico interdisciplinario.

El diagnóstico en psiquiatría es un elemento esencial en la práctica clínica, que permite mejorar el abordaje terapéutico, la evolución y el pronóstico, no sólo para los médicos psiquiatras sino para todo el equipo interdisciplinario de la salud mental.

La definición precisa de los niveles de funcionamiento cognitivo de las personas y de las limitaciones asociadas con las condiciones médicas, así como las capacidades conservadas relacionadas con los patrones de conducta intervinientes en las tareas cotidianas, deberán estar explicitados. Éstos serán insumos útiles para la planificación individual ya que afectarían la resolución de problemas de la vida diaria y serían causales de la restricción de las acciones motoras voluntarias que producen la limitación de la conducta rutinaria asociada a la realización de las tareas. (Brown, Tellefson, Dunn, Cromwell y Filion, 2001)

De manera operativa se propone agrupar los pacientes con las mismas características clínicas (Grupos relacionados de diagnóstico, DRGs) y en consecuencia procesos asistenciales similares para la finalidad que se persigue. Los DRGs constituyen un sistema de clasificación de pacientes similares, tanto en términos clínicos como de consumo de recursos hospitalarios productivos.

Como es esperable para cualquier enfermedad, los individuos que son diagnosticados dentro de un corto período luego del inicio de los síntomas, tienen muchas mayores probabilidades de recuperación que aquellos que hubieran entrado en una fase crónica del trastorno. Sin embargo, investigaciones clínicas de base empírica mostraron una alta tasa de remisión sintomática tanto en la esquizofrenia de reciente inicio como en la crónica, con capacidad de tener vidas productivas no agobiadas por síntomas psicóticos ni discapacitantes. (Lieberman y Kopelowicz, 2005)

Los datos muestrales determinaron que 86.41 % de los pacientes concurrentes a los CSMC registran en sus historias clínicas diagnóstico de una patología psiquiátrica, el 11.96 % tienen patologías duales y el 1.63 % tenían registradas 3 patologías. Se observó en los registros que 31 (16.85 %) consumen alcohol y drogas y que concurren al CSMC que registró la menor edad en sus usuarios.

Emplazamiento: la Unidad de Prealta (UPr) estará radicada en el área geográfica de la Institución donde el paciente se encuentra internado. Los ingresados deberán ser redistribuidos a un nuevo espacio físico tipo "Centro de día" que formará parte de la UPr Fase I inicial y será el Centro Operativo del modelo en esta fase.

Inicialmente la superficie donde se radicó el hospital tenía 80 hectáreas, cuando cumplió 50 años de su fundación ocupaba 180 y en la actualidad, aunque con una superficie disminuida, cuenta con espacio suficiente para la redistribución de los pacientes, o edificación de nuevas unidades habitacionales afectadas al programa de rehabilitación. Los pacientes deberán cohabitar estos espacios, exclusivamente con otros integrantes del sistema de rehabilitación para la desinstitucionalización.

La institución deberá proveer vestimenta diferencial al efecto e insumos para el ejercicio y actividades de autocuidado.

Recursos humanos

Personal responsable de la supervisión: director de salud mental, director del hospital, Coordinadora de los CSMD como directivo integrador, jefaturas de los departamentos o subunidades competentes en la operación.

Tiempo aproximado de permanencia en el Nivel de Prealta: 2-3 años

Función A: Subunidad aprendizaje integral

Procesos: Aprendizaje integral, con dos espacios de abordaje:

A1: espacio subjetivo y singular: la tarea se inicia acompañando al paciente a organizar su propio tiempo dentro de normas preestablecidas y su propio espacio de identidad y singularidad perdido o deteriorado por el periodo de internación, construyendo un hacer significativo.

A2: espacio comunitario: con la superación de la etapa anterior se podrá iniciar el espacio común, cuando las acciones personales puedan abrirse a una dimensión social con un tiempo compartido y un intercambio con otros sujetos con pautas, reglas de convivencia, de acuerdos, de horario de reunión.

El paciente internado es un individuo desarraigado con ausencia de función y posición social, arrojado fuera de la sociedad de sus pares, que no percibe la sociedad como tal, está acostumbrado a que otros deciden sobre su vida, con acciones normativas prescriptivas sin la menor posibilidad de intervención. La sociedad es inexistente para el individuo si éste carece de posición y función sociales.

Emplazamiento: Funcionará en horario diurno en el llamado Centro de día (estructura física situada dentro del predio de la institución hospitalaria) con el objetivo de potenciar y

recuperar los recursos propios del paciente como hábitos y destrezas perdidos por los años de internación.

La educación de adultos tiene diferentes prácticas institucionales donde se conforman secciones en que el docente sale de la escuela para encontrarse con los estudiantes en el lugar donde viven, es decir, se asigna un docente a la comunidad donde residen los estudiantes, aunque el servicio esté un poco alejado de tal ubicación.

Esta actividad procura la apropiación de aquellos saberes que modifican sus *habitus* y enriquecen su capital cultural, por lo tanto deberá evaluar los conocimientos de los adultos asistentes así como la diferencia epistemológica entre el conocimiento cotidiano y el conocimiento acumulado y organizado de las disciplinas académicas. (Res. N° 221/2004; Consejo Federal de Cultura y Educación, pp. 1-23)

Modalidad: talleres grupales

Actividades

A1: Aprendizaje de actividades básicas para la vida diaria

a) Autocuidado

a.1) Higiene para el afrontamiento personal

a.2) Comportamiento en la alimentación

a.3) Vestimenta

A2: Aprendizaje de actividades instrumentales para la vida diaria: manejo del dinero, gestión social, adhesión al tratamiento

Producto: Paciente con manejo de autocuidado básico y gestión de actividades instrumentales para la vida diaria

Recursos humanos

Personal operativo: especialista en psiquiatría, psicología, fonoaudiología, enfermería, trabajo social

Personal responsable de la supervisión: jefatura del departamento competente en la operación a cargo de la psicología

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos

Criterios de evaluación

- Aprendizaje de actividades básicas para la vida diaria

A1) Autocuidados

a.1.1) Higiene para el afrontamiento personal

- 0 = higiene y cuidados personales bueno
- 1 = higiene irregular. Requiere supervisión
- 2 = higiene muy irregular. Requiere supervisión frecuente
- 3 = sin higiene, descuidado. Requiere supervisión permanente
- 4 = desaseado que genera rechazo. Requiere alta supervisión

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 1

a.1.2) Comportamiento en la alimentación*

* incluye cumplimiento de horarios, modalidad de comportamiento en la mesa, uso de vajilla

- 0 = hábitos estándar correctos
- 1 = hábitos con desorganización mínima. Corrección con supervisión mínima
- 2 = hábitos irregulares. Supervisión frecuente
- 3 = hábitos alimentarios con desestructuración grave. Supervisión muy frecuente
- 4 = hábitos alimentarios con desestructuración muy grave. Supervisión alta

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 2

a.1.3) Vestimenta*

* incluye aspecto limpio y cuidado y cambios de la vestimenta.

- 0 = correcto y adecuado al entorno
- 1 = adecuado con variabilidad
- 2 = aspecto de descuido de la adecuación, limpieza y cuidados. Supervisión frecuente
- 3 = aspecto con descuido y extravagancia. Supervisión muy frecuente
- 4 = vestimenta incongruente con el entorno. Alta supervisión

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 1

- Aprendizaje de actividades instrumentales para la vida diaria: manejo del dinero, gestión social, adhesión al tratamiento

B) Autonomía

b.1) Manejo del dinero

- 0 = manejo y uso adecuado
- 1 = manejo adecuado de cantidades menores, necesita ayuda para cantidades mayores
- 2 = Requiere supervisión periódica para el manejo del dinero
- 3 = requiere ayuda para el manejo del dinero de uso diario. Puede organizar su dinero recibido en forma racionada, con importante supervisión
- 4 = No maneja su dinero. Requiere supervisión continua

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 2

b.2) Gestión social

- 0 = gestiona todas sus actividades, utiliza el teléfono como red de comunicación
- 1 = gestiona actividades simples. Requiere ayuda para trámites más complejos
- 2 = puede hacer gestiones con ayuda
- 3 = requiere apoyo importante y supervisión para gestiones simples
- 4 = no puede realizar trámites simples. Requiere acompañamiento

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 2

b.3) Adhesión al tratamiento

- 0 = adecuada adhesión. Se observa relación entre tratamiento y mejora psicológica
- 1 = resistencia leve al tratamiento. Oscilaciones temporales y/o crisis con baja relación con el tratamiento
- 2 = resistencia moderada al tratamiento
- 3 = resistencia grave al tratamiento. Existencia de abundantes crisis sin abandono del tratamiento
- 4 = resistencia muy grave al tratamiento. Crisis continua

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 2

Función B. Subunidad educación general

Proceso: Aprendizaje de la educación general básica (EGB)

Los pacientes que concurren en la actualidad a los CSMC, según información empírica, describieron que los pacientes con menor nivel educativo son los que registraron mayor edad y mayor permanencia en el sistema de internación, por lo tanto a mayor edad menor nivel educativo y más cantidad de años de internación.

Los datos muestrales permiten inferir que el 28.26 % de la población tienen incompleta la educación primaria, situación que coincide con la condición ocupacional de desocupación. Los pacientes con menor nivel educativo registraron mayor permanencia en la institución ($r = -0.179$), mayor edad y coincidían con la característica desocupados.

El aprendizaje contribuirá al logro del binomio posición-función. Éste simboliza la ecuación de la relación entre el grupo y el individuo, el propósito del individuo en relación con la sociedad y el propósito de la sociedad respecto del individuo. (Druker, 2002, p. 15)

El postulado central del modelo de referencia teórico médico es que los fenómenos psíquicos, como los pensamientos, emociones son consecuencia de alteraciones anatómicas o fisiológicas del sistema nervioso central, por lo tanto las actividades que integran los procesos educativos contribuirían en la interacción entre la capacidad para resolver problemas y la generación de destrezas de afrontamiento de un individuo. (cfr. Duncan, 2006)

La Ley Provincial que regula el Régimen jurídico básico e integral para personas con discapacidad, establece en el artículo 1 que “El Estado Provincial asegurará los servicios de atención médica, educativa y de seguridad social a los discapacitados en imposibilidad de obtenerlos”.

El presente régimen brindará los beneficios y estímulos que neutralicen la discapacidad que tendrá en cuenta la situación psicofísica que impida una adecuada integración socioeconómica, educacional y laboral. (Ley 10.592, 1987)

El artículo 1° inciso a), modificadorio del artículo 18 de la Ley 10.592, determina que la Dirección General de Escuelas y Cultura tendrá a su cargo la coordinación de acciones de rehabilitación hospitalaria para la extensión de un servicio educativo especial permanente y la formación profesional. (Ley 12.797, 2001, artículo 1°)

El artículo 11 de la Ley Nacional de Salud Mental promueve la coordinación con las áreas de educación, desarrollo social para la inclusión sociolaboral de los pacientes. (Ley 26.657, 2010)

Emplazamiento: funcionará en horario diurno en el Centro de día con el objetivo de adquirir conocimientos iniciales o recuperar el nivel educativo según las condiciones cognitivas que indique el diagnóstico del equipo profesional.

Los ámbitos donde se desarrolla la educación son las tramas de base física o virtual donde se desarrollan todos los niveles y modalidades a través de diferentes vinculaciones

entre los sujetos intervinientes, dispositivos intervinientes, recurso cultural y ambientes como los ámbitos urbanos, rurales continentales y de islas, contextos de encierro, domiciliarios y hospitalarios. (Ley 13.688, 2007, artículo 46)

Modalidad: clases grupales según nivel educativo similares al régimen para adultos

Actividades: asistencia a clases para adquisición, capacitación y evaluación de conocimientos

Recursos humanos

Personal operativo: maestros, alumnos de la carrera de magisterio especial o pasantías que deban realizar prácticas en terreno

Personal responsable de la supervisión: la UPr dispondrá posiciones de enlace o grupos permanentes o temporales, puestos creados para coordinar la tarea de las partes intervinientes (Ministerios Salud y Educación) en la actividad educativa de la Unidad.

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos

Marco legal

Ley 10.592. Régimen Jurídico básico e Integral para las Personas Discapacitadas

Ley 12.797. Régimen Jurídico básico Integral para las Personas Discapacitadas.

Modificatoria artículos 18 y 24

Ley 13.688. Educación de la Provincia de Buenos Aires

Ley 26.657. Nacional de Salud Mental

Criterios de evaluación

B.1) Nivel cognitivo básico*

* áreas de orientación, atención, concentración y memoria

0 = deterioro cognitivo ausente o muy leve

1 = deterioro leve de atención y concentración

2 = deterioro importante de varias áreas

3 = deterioro grave de varias áreas

4 = deterioro severo o muy grave de todas las áreas

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 1

B.2) Procesamiento de información*

* capacidad de percepción, estructuración y procesamiento de la información

0 = capacidad adecuada. Capacidad de entender y dar respuestas correctas ante la información recibida

1 = capacidad levemente disminuida. Tiempo alargado para las respuestas. Precisa simplificación para la emisión de respuestas correctas

2 = capacidad disminuida en alguna de sus etapas

3 = capacidad muy disminuida. Procesamiento restringido. Respuestas inadecuadas y demoradas

4 = capacidad casi inexistente. Procesamiento muy inadecuado. Respuestas incongruentes. Tiempo de respuesta inadaptadamente largo

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 2

B.3) Capacidad de aprendizaje*

* capacidad de integrar y asimilar posteriormente la información y experiencia recibida.

0 = normal.

1 = leve disminución

2 = disminución importante de la capacidad de aprendizaje

3 = capacidad muy disminuida. Gran lentitud en el aprendizaje

4 = capacidad inexistente, extrema lentitud en los procesos de asimilación

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 1

Producto: Paciente con rehabilitación del aprendizaje con un requerimiento mínimo de valor 2

Función C: Subunidad ocupación terapéutica laboral

Proceso: Rehabilitación de la capacidad laboral

El objetivo de la terapia ocupacional es fomentar y apoyar la implicación de los pacientes en actividades que hagan posible después de una preparación adecuada la incorporación en el mercado de trabajo.

Las ocupaciones humanas son consideradas un vehículo mediante el cual el sujeto se relaciona y construye relaciones de vida y de salud. Es un método terapéutico por el cual se crea un proyecto propio (espacio singular con acompañamiento) en el proceso de construir algún deseo, motivación que motorice el proyecto.

Es aquí importante investigar las actividades que el sujeto ha emprendido en su historia personal para recuperar las posibilidades de acción. Será también necesario realizar una evaluación individualizada que permita identificar los problemas de desempeño previo a la planificación del tratamiento.

Modelos de práctica ocupacional con bases en los principios de la neurociencia fueron aplicados a población con trastornos cognitivos, incluyendo aquellos provocados por demencias, retrasos de desarrollo, daño cerebral adquirido, depresión y esquizofrenia. Algunos autores sostienen que los problemas de la vida diaria de estos pacientes con alteraciones cognitivas originadas en alteraciones físicas y químicas del cerebro, causan una restricción de las acciones motoras voluntarias que producen alteraciones en la conducta rutinaria asociada a la realización de actividades. (cfr. Duncan, 2006)

La creación de un entorno óptimo, que estimule y apoye al paciente para que disminuya su sintomatología de confusión y potencie sus capacidades funcionales, favorece el mantenimiento de un sentimiento de competencia a pesar de sus dificultades.

Este abordaje compensatorio centrado en la adaptación del entorno permitiría superar o moderar las condiciones de discapacidad del paciente con alteraciones mentales.

Definir el significado de la discapacidad es complejo, dinámico y multidimensional. La promoción de un modelo bio-psicosocial representa un equilibrio entre el modelo médico y el modelo social. (OMS, Banco Mundial, 2011)

El término discapacidad es abarcativo de todas las definiciones, las limitaciones para realizar las actividades y las restricciones de participación y se refiere a los aspectos negativos de la interacción de una persona y su contexto, ya sea personal o de factores ambientales. (Leonardi, Bickenbach, Ustun, Kostanjsek, Chatterji, 2006)

Un estudio realizado en 10 países concluyó que el público en general no comprende las capacidades de las personas con deficiencias intelectuales. (Thornicoff, Rose y Kassam, 2007)

El artículo 2 de la Ley 10.592 la define taxativamente como: “dentro de la experiencia salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia —debida a una deficiencia— de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano”. (Ley 10.592, 1987, artículo 2)

El artículo 4 establece que el Estado Provincial brindará, a los discapacitados en la medida que las personas u organismos de quien dependen no posean los medios

necesarios para procurárselos, los siguientes servicios, beneficios o prácticas con la finalidad de eliminar factores limitantes:

a) formación educacional, laboral y/o profesional

b) sistemas de préstamos, subsidios, subvenciones y becas destinados a facilitar la actividad laboral, intelectual, fomentando la prioridad de los discapacitados en las líneas crediticias para cubrir las necesidades básicas contempladas por la ley

El artículo 5 hace referencia explícita a los “discapacitados mentales”.

Emplazamiento: funcionará en horario diurno en el Centro de día con el objetivo de capacitar y recuperar las habilidades laborales perdidas así como estimular la capacitación específica.

Modalidad: Clases semiindividuales (subgrupos)

Actividades: asistencia a clases, aplicación de las habilidades adquiridas en áreas de apoyo de la institución. Quedarán excluidas aquellas que impliquen actividad en lugares con presencia directa de pacientes internados.

Recursos humanos

Personal operativo: maestros, talleristas a cargo de los diferentes oficios, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, alumnos de la carrera de magisterio especial y trabajo social o pasantías que deban realizar prácticas en terreno.

Personal responsable de la supervisión: la UPr dispondrá posiciones de enlace o grupos permanentes o temporales, puestos creados para coordinar la tarea de las partes intervinientes (Ministerios de Desarrollo Social, Trabajo y Educación) en la actividad educativa de la Unidad.

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos

La evaluación de las habilidades y competencias adquiridas podrá hacerse por la Agencia de Acreditación de competencias laborales u organismo similar para coordinar políticas de certificación y acreditación de saberes adquiridos por los trabajadores en circuitos formales o no formales de sus trayectorias laborales y educativas.

Marco legal

Ley 10.592. Régimen Jurídico básico e Integral para las Personas Discapacitadas

Ley 13.688. Educación de la Provincia de Buenos Aires

Ley 26.657. Nacional de Salud Mental

Criterios de evaluación

C.1) Capacidad laboral*

* capacidad de desarrollar una actividad laboral, con independencia de la situación laboral actual.

0 = capacidad de desarrollar un trabajo normalizado o un curso de formación laboral

1 = capacidad de desarrollar un trabajo con apoyo o un curso de formación laboral para emprendimientos colectivos

2 = capacidad para el desarrollo de un trabajo protegido productivo. Realiza actividades de rehabilitación laboral

3 = dificultad para realizar un trabajo, incluyendo el trabajo protegido. Abandono, o desaprobación de los cursos de formación

4 = grave discapacidad psicosocial y/o deterioro psicopatológico que impide el desempeño de actividades laborales, protegidas u ocupacionales laboralizadas, incluso bajo supervisión

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 2

C.2) Motivación laboral

0 = buen nivel de motivación. Proyecto concreto de trabajo

1 = manifiesta motivación pero proyecto poco realista

2 = poca motivación para el trabajo y proyectos inconsistentes

3 = muy poca motivación. Proyectos irreales o absurdos

4 = nula motivación laboral

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 1

Producto: Paciente con rehabilitación de la capacidad laboral con un requerimiento mínimo de valor 2

Función D: Subunidad de desarrollo de actividad física y deportes

Proceso: Aprendizaje y práctica de actividad física y deportes

Funcionará en el área geográfica del Centro de día con el objetivo de estimular el desarrollo personal, la coordinación de acciones, el desarrollo de la fuerza física y la resistencia para favorecer la socialización perdida por los años de internación.

La ausencia de actividad física es, a nivel mundial, el cuarto factor de riesgo de mortalidad (6 % de defunciones), sólo superada por la hipertensión (13 %), el consumo de tabaco (9 %) y el exceso de glucosa en sangre (13 %). Las personas físicamente activas presentan, en comparación con las inactivas, una mejor imagen de la forma física y un menor perfil de riesgo de diversas dolencias discapacitantes. (OMS, 2009)

Se encontró una asociación positiva entre la participación en actividad física y disminución de la depresión. (Dun, Trivedi y O'Neal, 2001). La actividad física ocupacional y el tiempo libre se asocian a reducción de los síntomas de depresión, ansiedad y tensión. (Dun *et al.*, 2001; Paluska y Schwenk, 2000)

La OMS recomienda para la franja etaria 18-64 años, con la finalidad de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, la salud ósea, la reducción de las enfermedades no transmisibles y la depresión:

- Un mínimo de 150 minutos de actividad física aeróbica, o bien 75 minutos de actividad física vigorosa semanal o combinación de ambas, según recomendación médica.
- La actividad aeróbica se deberá practicar con una duración parcial mínima de 10 minutos.
- Un mínimo de 2 veces por semana de actividad de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

Las actividades necesitan un ajuste individualizado en función de la capacidad de realización de ejercicios y de los riesgos o limitaciones que afectan su salud. (OMS, 2010)

Modalidad: Sesiones grupales según género con asistencia de entrenadores

Actividades: concurrencia a sesiones programadas una o dos semanales para entrenamiento y práctica de habilidades según criterio médico (clínico, psiquiatra y traumatólogo)

Recursos humanos

Personal operativo: profesores de educación física, médico clínico, rehabilitadores, enfermeros, alumnos de la carrera de educación física o pasantías que deban realizar prácticas en terreno

Personal responsable de la supervisión: profesor de educación física

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos.

Criterios de evaluación

Se evaluará la plasticidad y fortalecimiento muscular, la capacidad de destreza y la integración grupal.

0 = buena capacidad para la actividad física, individual y/o colectiva.

1 = leve disminución para la coordinación de los movimientos en la actividad individual y/o colectiva

2 = moderada disminución para la coordinación de los movimientos en la actividad individual y/o colectiva. Requiere apoyo del personal operador

3 = dificultad para la coordinación de los movimientos en la actividad individual y/o colectiva. Requiere apoyo permanente.

4 = grave disminución en la actividad individual y/o colectiva, falta de motivación, reiteradas ausencias o abandono

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 2

Producto: Paciente con rehabilitación de la capacidad de destreza e integración grupal con un requerimiento mínimo de valor 2

Función E: Subunidad actividades sociales y recreativas

Proceso: Administración del tiempo libre y de la recreación

Funcionará en horario diurno en el Centro de día y en lugares externos a la UPr con el objetivo de promover y consolidar factores positivos de la personalidad y modificar o disminuir sus aspectos disvaliosos.

Los pacientes dispondrán de pasajes subsidiados para el traslado fuera de la Institución de internación, según normativa provincial “las Empresas de Transporte Terrestre que operen regularmente en territorio provincial deberán facilitar el traslado de las personas discapacitadas en forma gratuita...”. (Ley 10.592, 1987, [texto Ley 10.886], artículo 22)

Modalidad: grupos de reflexión y expresión, salidas grupales con acompañante terapéutico

Actividades: manifestaciones libres o asistidas de habilidades artísticas y deportivas adquiridas, reunión con familiares o grupos de convivencia o amistad, en una nueva condición de presencia. Salidas grupales (máximo ocho integrantes) con acompañante

terapéutico a lugares que contribuyan al fortalecimiento de los factores positivos para la socialización

Recursos humanos

Personal operativo: psicólogos, acompañantes terapéuticos, trabajadores sociales, enfermeros

Personal responsable de la supervisión: psicólogo

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos

La subunidad dispondrá posiciones de enlace como puestos creados para coordinar la tarea de la subvención de pasajes o entradas a las diferentes actividades de recreación externas al lugar de institucionalización entre los Ministerios de Desarrollo Social y Transporte.

Criterios de evaluación

Se evalúa la capacidad de relación con diversos recursos de la actividad social y la utilización del tiempo de ocio.

0 = manejo adecuado del contexto social

1 = leve deficiencia con las habilidades de comunicación, manejo del tiempo de ocio y actividad social

2 = déficit con las habilidades de comunicación, manejo del tiempo de ocio y actividad social

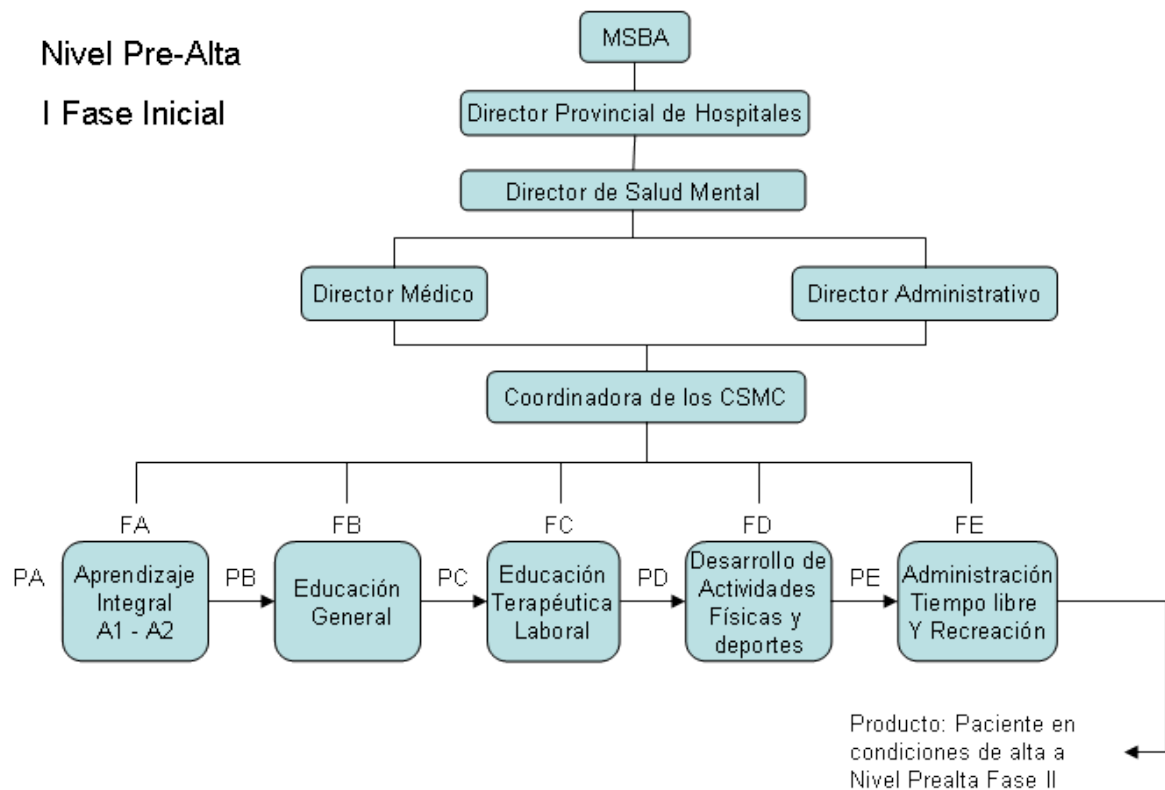
3 = grave deficiencia con las habilidades de comunicación, manejo del tiempo de ocio y actividad social

4 = manejo social inexistente

Requerimiento mínimo para el avance a Fase II = valor 2

Producto: Paciente con rehabilitación de la actividad social con un requerimiento mínimo de valor 2

Gráfico N° 16



(Fuente: elaboración propia)

II. Fase final: el paciente ingresa a la fase final del nivel previa condición de aptitud para el ingreso. Esta condición surgirá de la formulación del diagnóstico y pronóstico interdisciplinario, previa evaluación del cumplimiento de los objetivos de la fase inicial. Deberá también ingresar en condiciones de alta y con rehabilitación funcional (masticatoria, estética y fonética) de su Salud Bucal. (Morasso *et al.*, 2012)

Los ingresados deberán ser redistribuidos a un nuevo espacio físico tipo “centro de día” o “casas de prealta” que formarán parte de la UPr Fase Final y serán el centro operativo del modelo en esta fase.

La institución deberá proveer vestimenta diferencial al efecto e insumos para el ejercicio y actividades de autocuidado.

Personal responsable de la supervisión

El director de salud mental, director del hospital y las jefaturas de los departamentos o subunidades competentes en la operación deberán realizar una revisión de los informes de cada subunidad y el cumplimiento de los valores mínimos para autorizar el avance a la fase

final del Nivel Prealta. Se deberá elaborar un informe final con las firmas de los responsables.

Función A FII: Subunidad aprendizaje integral

Proceso: Aprendizaje integral

Emplazamiento: funcionará en el Centro de día, como práctica social con el objetivo de potenciar, recuperar los recursos propios del paciente como hábitos y destrezas perdidos por los años de internación y verificar la cotidiana aceptación de pautas y normas sociales.

Modalidad: aplicación individualizada de las habilidades adquiridas

Tareas: mantenimiento y monitoreo de higiene para el afrontamiento personal, práctica del manejo del dinero (ingreso por la ocupación laboral terapéutica), gestión social, adhesión al tratamiento, autocuidado

Recursos humanos

Personal operativo: psicólogos, fonoaudiólogos enfermeros, talleristas

Personal responsable de la supervisión: jefatura del departamento competente en la operación a cargo de la psicología

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos

Criterios de evaluación

- Aprendizaje de actividades básicas para la vida diaria

a) Autocuidados

a.1) Higiene para el afrontamiento personal

0 = higiene y cuidados personales bueno

1 = higiene irregular. Requiere supervisión

2 = higiene muy irregular. Requiere supervisión frecuente

3 = sin higiene, descuidado. Requiere supervisión permanente

4 = desaseado que genera rechazo. Requiere alta supervisión

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel de Alta = valor 0

a.2) Comportamiento en la alimentación*

* incluye cumplimiento de horarios, modalidad de comportamiento en la mesa, uso de vajilla.

0 = hábitos estándar correctos

1 = hábitos con desorganización mínima. Corrección con supervisión mínima

2 = hábitos irregulares. Supervisión frecuente

3 = hábitos alimentarios con desestructuración grave. Supervisión muy frecuente

4 = hábitos alimentarios con desestructuración muy grave. Supervisión alta

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel de Alta = valor 1

a.3) Vestimenta*

* incluye aspecto limpio y cuidado y cambios de la vestimenta.

0 = correcto y adecuado al entorno

1 = adecuado con variabilidad

2 = aspecto de descuido de la adecuación, limpieza y cuidados. Supervisión frecuente

3 = aspecto con descuido y extravagancia. Supervisión muy frecuente

4 = vestimenta incongruente con el entorno. Alta supervisión

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel de Alta = valor 1

- Aprendizaje de actividades instrumentales para la vida diaria: manejo del dinero, gestión social, adhesión al tratamiento

b) Autonomía

b.1) Manejo del dinero

0 = manejo y uso adecuado

1 = manejo adecuado de cantidades menores, necesita ayuda para cantidades mayores

2 = Requiere supervisión periódica para el manejo del dinero

3 = requiere ayuda para el manejo del dinero de uso diario. Puede organizar su dinero recibido en forma racionada, con importante supervisión

4 = No maneja su dinero. Requiere supervisión continua

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel de Alta = valor 2

b.2) Gestión social

- 0 = gestiona todas sus actividades, utiliza el teléfono como red de comunicación
- 1 = gestiona actividades simples. Requiere ayuda para trámites más complejos
- 2 = puede hacer gestiones con ayuda
- 3 = requiere apoyo importante y supervisión para gestiones simples
- 4 = no puede realizar trámites simples. Requiere acompañamiento

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel de Alta = valor 1

b.3) Adhesión al tratamiento

- 0 = adecuada adhesión. Se observa relación entre tratamiento y mejora psicológica
- 1 = resistencia leve al tratamiento. Oscilaciones temporales y/o crisis con baja relación con el tratamiento
- 2 = resistencia moderada al tratamiento
- 3 = resistencia grave al tratamiento. Existencia de abundantes crisis sin abandono del tratamiento
- 4 = resistencia muy grave al tratamiento. Crisis continua

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel de Alta = valor 0

Función B FII: Subunidad educación general

Actividades: Aprendizaje de la educación general básica (EGB) y/o nivel educativo del usuario

Objetivo: adquirir conocimientos y recuperar el nivel educativo según las condiciones cognitivas que indique el diagnóstico del equipo profesional

Una de las características más relevantes de la población con alteraciones mentales es la situación de exclusión socioeconómica con alto riesgo de exclusión de la información y del conocimiento, determinantes de la condición de vulnerabilidad.

Resulta paradójico hablar de falta de información en esta sociedad postmoderna, en red o del conocimiento. Esto exigiría una alta preparación de la población en edad económicamente activa, lo que se contrapone con el 28.26 % de la población muestral que no completó el nivel primario.

Esta situación no sólo debería ser abordada por el Ministerio de Educación, sino que requiere la actuación intersectorial con los ministerios de Economía y de las demás áreas de Producción así como el de Trabajo, ya que el incremento del nivel educativo de esta población es una condición necesaria pero no suficiente si los procesos de formación no ofrecen una respuesta que promueva la inclusión laboral y el mejoramiento del protagonismo de esta población.

El capítulo IX de Educación Especial de la Ley Provincial de Educación, establece brindar atención educativa para aquellas problemáticas que no pueden abordarse con la educación común y garantiza derechos de igualdad, inclusión, calidad para todos los niños, adolescentes, jóvenes, adultos como la población de referencia y adultos mayores, con discapacidades permanentes o transitorias como elementos clave de las estrategias de desarrollo y crecimiento socioeconómico de la Provincia de Buenos Aires. (Ley 13.688, 2007, artículo 39)

El nivel directivo de la Dirección de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires resuelve en el Artículo 2 que el Tercer Ciclo de Educación General Básica de Adultos constituye en la Provincia el nivel secundario que establece la ley. (Ley 13.688, 2007, artículo 2)

Modalidad: clases en unidades educativas generales para adultos próximas al lugar de residencia externas a la institución monovalente. El rechazo a la inscripción o concurrencia, por tratarse de una alteración de la salud mental, será penalizado como acto discriminatorio. (Ley 23.592, 1988)

Los pacientes dispondrán de pasajes subsidiados para el traslado a unidades educativas situadas fuera de la Institución de internación, según normativa provincial (Ley 10592, 1987, [texto Ley 10.886], artículo 22)

Tareas: asistencia a clases para adquisición, capacitación y evaluación de conocimientos

La UPr dispondrá posiciones de enlace o grupos permanentes o temporales, puestos creados para coordinar la tarea de las partes (Ministerios de Salud y Educación) para la actividad educativa de la Unidad.

La evaluación de las habilidades y competencias adquiridas podrá hacerse por la Agencia de Acreditación de competencias cuyo directorio estará presidido por la persona con cargo directivo de la Dirección General de Cultura y Educación que designará un equipo técnico y administrativo que diseñará indicadores válidos y confiables para la evaluación según los niveles y modalidades educativas operadas. (Ley 13.688, 2007, capítulo VII)

Recursos humanos

Personal operativo: maestros, alumnos de la carrera de magisterio especial o pasantías que deban realizar prácticas en terreno (unidad de emplazamiento de la fase)

Personal responsable de la supervisión: la UPr dispondrá posiciones de enlace o grupos permanentes o temporales, puestos creados para coordinar la tarea de las partes intervinientes en Nivel Preatlta Fase I y Alta con los Ministerios Salud y Educación en la actividad educativa de la Unidad.

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos

Marco legal

Ley 10.592. Régimen Jurídico básico e Integral para las Personas Discapacitadas

Ley 13.688. Educación de la Provincia de Buenos Aires

Ley 26.657. Nacional de Salud Mental

Criterios de evaluación

a.1) Nivel cognitivo básico*

* áreas de orientación, atención, concentración y memoria

0 = deterioro cognitivo ausente o muy leve

1 = deterioro leve de atención y concentración

2 = deterioro importante de varias áreas

3 = deterioro grave de varias áreas

4 = deterioro severo o muy grave de todas las áreas

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel Alta = valor 1

a.2) Procesamiento de información*

* capacidad de percepción, estructuración y procesamiento de la información

0 = capacidad adecuada. Capacidad de entender y dar respuestas correctas ante la información recibida

1 = capacidad levemente disminuida. Tiempo alargado para las respuestas. Precisa simplificación para la emisión de respuestas correctas

2 = capacidad disminuida en alguna de sus etapas

3 = capacidad muy disminuida. Procesamiento restringido. Respuestas inadecuadas y demoradas

4 = capacidad casi inexistente. Procesamiento muy inadecuado. Respuestas incongruentes. Tiempo de respuesta inadaptadamente largo

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel Alta = valor 1

a.3) Capacidad de aprendizaje*

* capacidad de integrar y asimilar posteriormente la información y experiencia recibida.

0 = normal

1 = leve disminución

2 = disminución importante de la capacidad de aprendizaje

3 = capacidad muy disminuida. Gran lentitud en el aprendizaje

4 = capacidad inexistente, extrema lentitud en los procesos de asimilación

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel Alta = valor 1

Producto: Paciente con rehabilitación del aprendizaje con un requerimiento mínimo de valor 1

Función C FII: Subunidad ocupación terapéutica laboral

Actividades: Rehabilitación, aplicación de la capacidad e inserción o reinserción laboral

Funcionará en los centros y casas externos a la institución de internación con el objetivo de aumentar progresivamente la capacitación y recuperar las habilidades laborales perdidas así como desarrollar la capacitación específica.

La Ley 10.592 en su artículo 12 establece la creación del servicio de colocación laboral selectivo para las personas con discapacidad, en el ámbito del Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires y en cada una de sus delegaciones regionales.

La misión de este servicio es planificar, establecer y diseñar acciones y políticas tendientes a lograr la inserción laboral del discapacitado en su puesto de trabajo competitivo según su capacidad y aptitud laboral, evaluando a las personas y certificando sus saberes con la finalidad de ubicarlos en empresas privadas y/o instituciones oficiales respondiendo a demandas existentes en el mercado laboral. (Ley 10.592, 1987)

La normativa vigente establece un cupo del 4 % de ocupación para personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para su cargo, en los organismos

descentralizados del Estado provincial, empresas del Estado, las municipalidades, las personas jurídicas de derecho público no estatal creadas por ley, las empresas subsidiadas por el Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos.

Estos puestos de trabajo se refieren a puestos de personal de planta permanente, temporaria, transitoria y/o personal contratado, cualquiera sea la modalidad de contratación.

El Ministerio de Acción Social deberá promover la creación de cooperativas y otras formas de producción que permitan la incorporación del discapacitado al mercado laboral en áreas urbanas y rurales. Así mismo, el Estado provincial deberá priorizar para los efectos de compras para el funcionamiento y mantenimiento de sus organismos, a la producción de estas cooperativas. (Artículo 14, Ley 10.592, texto según Ley 11.134)

Los Talleres Protegidos de Producción constituyen otra propuesta generadora de trabajo y de procesos de producción. Son efectores de salud mental cuyo objetivo es propiciar que las personas asistidas adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, vincularse con otros y trabajar. Promueven el desarrollo de capacidades útiles que en interacción con acciones terapéuticas integran procesos de producción de bienes de consumo a través del aprendizaje de diversos oficios.

El empleo o trabajo protegido es “generalmente trabajo por períodos prolongados, ofrecido en condiciones especiales (en un taller protegido o a domicilio) a personas discapacitadas que, por la naturaleza o gravedad de su impedimento no estén en condiciones de realizar un trabajo en las condiciones de competencia corrientes”. (OIT, 1983; p. 12)

El Taller Protegido Especial para empleo (TPEE) tiene el objetivo de brindar a sus miembros un trabajo especial que le permita adquirir y mantener competencias para el ejercicio de un empleo acorde a las demandas laborales locales y sus demandas financieras.

El Taller Protegido de Producción (TPP) es aquel que desarrolla actividades de producción, comerciales o de servicio para el mercado, debiendo brindar a sus trabajadores un empleo remunerado y la prestación de servicios de adaptación laboral y social que requieran.

Los Grupos Laborales Protegidos (GLP) son secciones de empresas públicas o privadas, constituidas integralmente por trabajadores con discapacidad. (Ley 26.816, artículo 2, 2013)

El Artículo 7 de la Ley 10592 se refiere a la creación y conceptualización de los Talleres Protegidos como “Entiéndase por Taller Protegido de Producción a la entidad estatal o privada dependiente de una asociación civil sin fines de lucro que cuenten con personería jurídica y reconocida como entidad de bien público que tenga por finalidad la producción de bienes y/o servicios cuyo plantel esté integrado por trabajadores discapacitados físicos y/o mentales preparados y/o entrenados para el trabajo, en edad laboral y afectados por una

incapacidad que les impida obtener y conservar un puesto de trabajo en el mercado laboral competitivo”. (Ley 10.592, 1987)

No obstante la existencia de estos dispositivos creados por ley, el impacto en la muestra estudiada es inexistente ya que si bien el 64.13 % de los pacientes registraron antecedentes laborales previos al ingreso al sistema de atención de salud mental, en el momento de realización de este trabajo el 69.02 % de los pacientes que concurren a los CSMC son desocupados. Los valores individuales indican un nivel de desocupación del 78.18 % en el Centro Franco Basaglia, 56.14 % en Pichon Rivière y 72.22 % en el Centro Pre Alta.

El resultado de las encuestas reportó que los sujetos tienen una baja probabilidad de incorporación a la actividad laboral, se observaron expresiones como “muy pocos, hay reinternaciones, no hay estabilidad”.

Los datos muestrales indican que sólo el 14.13 % de los pacientes registran una actividad laboral en el momento del registro de los datos.

Modalidad: Clases semiindividuales (subgrupos), talleres protegidos terapéuticos

Tareas: asistencia a clases, aplicación de las habilidades adquiridas en áreas de apoyo de los centros y trabajo en talleres protegidos terapéuticos, asignándoles labores o actividades con menores medidas de contralor.

La UPr dispondrá posiciones de enlace o grupos permanentes o temporales, puestos creados para coordinar la tarea de las partes (Ministerios de Salud y Trabajo a nivel provincial o secretarías de trabajo municipales) para la actividad laboral de la unidad.

La evaluación de las habilidades y competencias adquiridas podrá hacerse por la Agencia de Acreditación de competencias a cargo de un equipo técnico y administrativo que diseñará indicadores válidos y confiables para la evaluación en función de referencias previamente realizadas y acordados con el sistema productivo y laboral.

Se podrán construir referenciales de cada oficio con base en los procesos de trabajo, marco económico, productivo, de relaciones laborales en que se inscribe la tarea, en el análisis exhaustivo de la actividad y contenidos explícitos. (Ley 13.688, 2007, capítulo VII)

Recursos humanos

Personal operativo: maestros, talleristas a cargo de los diferentes oficios, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, alumnos de la carrera de magisterio especial y trabajo social o pasantías que deban realizar prácticas en terreno

Personal responsable de la supervisión: la UPr dispondrá posiciones de enlace o grupos permanentes o temporales, puestos creados para coordinar la tarea de las partes

intervinientes entre en Nivel Prealta Fase II y Nivel Alta y los Ministerios de Desarrollo Social, Trabajo y Educación en la actividad educativa de la Unidad.

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos

La evaluación de las habilidades y competencias adquiridas podrá hacerse por la Agencia de Acreditación de competencias laborales u organismo similar para coordinar políticas de certificación y acreditación de saberes adquiridos por los trabajadores en circuitos formales o no formales de sus trayectorias laborales y educativas.

Criterios de evaluación

a.1) Capacidad laboral*

* capacidad de desarrollar una actividad laboral, con independencia de la situación laboral actual.

0 = capacidad de desarrollar un trabajo normalizado o un curso de formación laboral

1 = capacidad de desarrollar un trabajo con apoyo o un curso de formación laboral para emprendimientos colectivos

2 = capacidad para el desarrollo de un trabajo protegido productivo. Realiza actividades de rehabilitación laboral

3 = dificultad para realizar un trabajo, incluyendo el trabajo protegido. Abandono, o desaprobación de los cursos de formación

4 = grave discapacidad psicosocial y/o deterioro psicopatológico que impide el desempeño de actividades laborales, protegidas u ocupacionales laboralizadas, incluso bajo supervisión

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel Alta = valor 2

a.2) Motivación laboral

0 = buen nivel de motivación. Proyecto concreto de trabajo

1 = manifiesta motivación pero proyecto poco realista

2 = poca motivación para el trabajo y proyectos inconsistentes

3 = muy poca motivación. Proyectos irreales o absurdos

4 = nula motivación laboral

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel Alta = valor 0

Producto: Paciente con rehabilitación de la capacidad laboral con un requerimiento mínimo de valor 2

Función D FII: Subunidad de desarrollo de actividad física y deportes

Actividades: Aprendizaje y práctica de gimnasia y deportes

Funcionará en el área del Centro de día con el objetivo de estimular y consolidar el desarrollo personal adquirido en la fase inicial, la coordinación de acciones si el deporte se realiza en equipo, ordenar la competición, desarrollar la fuerza física y la resistencia para favorecer la socialización perdida por los años de internación.

Modalidad: Sesiones grupales según género con asistencia de entrenadores

Tareas: concurrencia a sesiones programadas dos o tres semanales para entrenamiento y práctica de habilidades según criterio médico (clínico, psiquiatra y traumatólogo). Participación en competencias.

Recursos humanos

Personal operativo: profesores de educación física, médico clínico, rehabilitadores, enfermeros, alumnos de la carrera de educación física o pasantías que deban realizar prácticas en terreno

Personal responsable de la supervisión: profesor de educación física

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos

Criterios de evaluación

Se evaluará la plasticidad y fortalecimiento muscular, la capacidad de destreza y la integración grupal.

0 = buena capacidad para la actividad física, individual y/o colectiva

1 = leve disminución para la coordinación de los movimientos en la actividad individual y/o colectiva

2 = moderada disminución para la coordinación de los movimientos en la actividad individual y/o colectiva. Requiere apoyo del personal operador

3 = dificultad para la coordinación de los movimientos en la actividad individual y/o colectiva. Requiere apoyo permanente

4 = grave disminución en la actividad individual y/o colectiva, falta de motivación, reiteradas ausencias o abandono

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel Alta = valor 1

Producto: Paciente con rehabilitación de la capacidad de destreza e integración grupal con un requerimiento mínimo de valor 1

Función D FII: Subunidad actividades sociales y recreativas

Actividades: Administración del tiempo libre y de la recreación

Funcionará en horario diurno en los Centros donde se opera la fase del nivel y en lugares externos a la UPr con el objetivo de promover y consolidar factores positivos de la personalidad y modificar o disminuir sus aspectos disvaliosos.

Modalidad: grupos de reflexión y expresión, salidas grupales con o sin acompañante terapéutico

Tareas: manifestaciones libres o asistidas de habilidades artísticas y deportivas adquiridas, reunión con familiares o grupos de convivencia o amistad, en una nueva condición de presencia. Salidas grupales (una mensual, máximo ocho integrantes) con o sin acompañante terapéutico a lugares que contribuyan al fortalecimiento de los factores positivos para la socialización

Recursos humanos

Personal operativo: psicólogos, acompañantes terapéuticos, trabajadores sociales, enfermeros

Personal responsable de la supervisión: psicólogo

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos

La subunidad dispondrá posiciones de enlace como puestos creados para coordinar la tarea entre de subvención de pasajes o entradas a las diferentes actividades de recreación externas al lugar de institucionalización entre Nivel Prealta FI y el Nivel Alta y los Ministerios de Desarrollo Social y Transporte.

Criterios de evaluación

Se evalúa la capacidad de relación con diversos recursos de la actividad social y la utilización del tiempo de ocio.

0 = manejo adecuado del contexto social

1 = leve deficiencia con las habilidades de comunicación, manejo del tiempo de ocio y actividad social

2 = déficit con las habilidades de comunicación, manejo del tiempo de ocio y actividad social

3 = grave deficiencia con las habilidades de comunicación, manejo del tiempo de ocio y actividad social

4 = manejo social inexistente

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel Alta = valor 1

Producto: Paciente con rehabilitación de la actividad social con un requerimiento mínimo de valor 1

Subunidad de gestión de unidades habitacionales

Objetivo: Disponer unidades habitacionales externas a la Institución de Internación y a Casas de convivencia para grupos no mayores de cuatro personas, privilegiando perfiles de necesidad laboral, personalidad y preferencias individuales.

Las unidades habitacionales serán provistas por el Estado y deberán tener una línea telefónica específicamente programada para producir enlaces con el área de Emergencias del hospital y/o con los Centros operativos del nivel.

La UPr dispondrá posiciones de enlace o grupos permanentes o temporales, puestos creados para coordinar la tarea de las partes (Ministerios de Salud y Vivienda y Planificación a nivel provincial o secretarías municipales) para la gestión de la unidad habitacional.

Actividades: los usuarios deberán administrar y compartir los recursos para la subsistencia.

Recursos humanos

Personal operativo: especialista en psicología, trabajo social, puestos de coordinación con secretarías de vivienda y planificación.

Personal responsable de la supervisión: Coordinación de los CSMD como directivo integrador, director de salud mental, director del hospital, secretarios de vivienda y planificación.

Defensor de incapaces o con capacidad restringida: curadores y apoyos

Criterios de evaluación

Cuidado del espacio de residencia

0 = adecuado manejo de limpieza y administración del hábitat

1 = leve deterioro en el manejo de la limpieza y administración del hábitat

2 = moderado deterioro en el manejo de la limpieza y administración del hábitat

3 = grave deterioro en el manejo de la limpieza y administración del hábitat. Requiere supervisión permanente

4 = muy grave deterioro en el manejo de la limpieza y administración del hábitat. Puede provocar conflictos con otras personas

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel Alta = valor 2

Recursos para la subsistencia: Grado de independencia económica

0 = suficiente nivel de ingresos por actividad laboral o renta que permite satisfacer sus necesidades básicas

1 = insuficiente nivel de ingresos por actividad laboral o renta que no permite satisfacer sus necesidades básicas

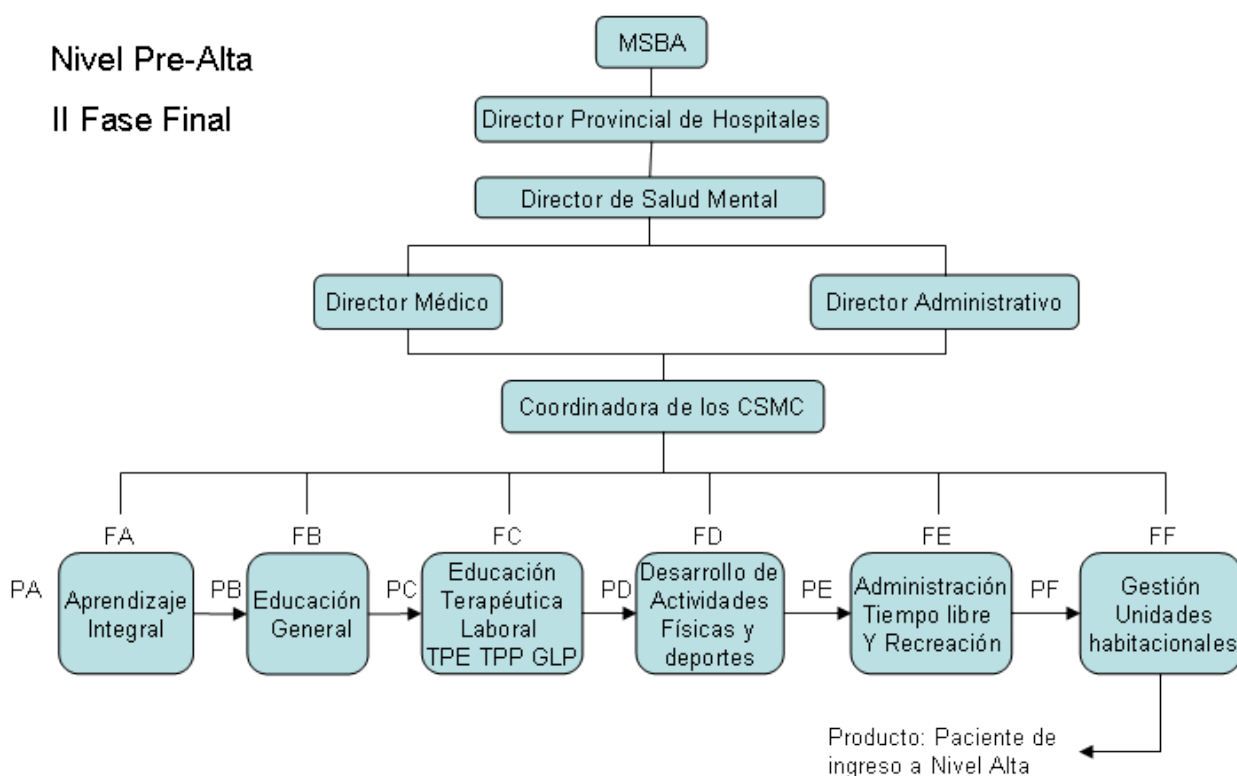
2 = muy insuficiente nivel de ingresos por actividad laboral o renta que no permite satisfacer sus necesidades básicas

3 = indigencia por el nivel de ingresos de la actividad laboral o renta que no permite satisfacer sus necesidades básicas. Requiere ayuda complementaria

4 = autonomía económica inexistente. No posee remuneración económica

Requerimiento mínimo para el avance a Nivel Alta = valor 1

Gráfico N° 17



(Fuente: elaboración propia)

Nivel del alta

Los usuarios ingresarán al nivel con la de provisión y reubicación en unidades habitacionales para el usuario y su núcleo de convivencia y la normalización de la situación laboral o la inclusión en Talleres protegidos de producción y, por lo tanto, de la seguridad social, para permitir la transición y sostenimiento de la reinserción social.

Los resultados muestrales indicaron que el 59.09 % de las personas no tienen hábitat propio.

El Instituto de la Vivienda del Ministerio de Infraestructura de la Provincia de Buenos Aires, dispone entre otros:

Plan Provincial de Viviendas “Solidaridad” con las siguientes modalidades:

- Solidaridad con Municipios: Instituto de la Vivienda, Municipios de la Provincia de Buenos Aires
- Solidaridad con Entidades sin fines de lucro: Instituto de la Vivienda y Entidades sin fines de lucro

La finalidad del programa es la construcción de viviendas nuevas, realización de obras de completamiento para mejorar la habitabilidad, ampliación y/o terminación de viviendas, asistencia financiera e infraestructura.

Los destinatarios son grupos familiares que carecen de vivienda propia, con escasa capacidad de ahorro o en situación de riesgo social. (Instituto de la Vivienda, Provincia de Buenos Aires)

El Subprograma Federal de Integración Sociocomunitaria tiene líneas de acción tendientes a mejorar integralmente las condiciones de hábitat de las poblaciones con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y grupos vulnerables en condiciones de emergencia o marginalidad.

Este programa incorpora mano de obra, fundamentalmente desocupados organizados en cooperativas de trabajo, procura un proceso productivo que permite la reinserción social y laboral de la población afectada, resolviendo dos problemas simultáneos-habitacionales y laborales.

Los beneficiarios son grupos vulnerables y con NBI, también los miembros de la cooperativa.

Los Organismos intervinientes son: Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios de la Nación, Instituto de la vivienda de la Provincia, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud y Ambiente, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y Municipios de la Provincia de Buenos Aires.

El reintegro se realizará en 600 cuotas mensuales iguales y consecutivas a una tasa subsidiada efectiva anual de 0 %. (Instituto de la Vivienda, Provincia de Buenos Aires)

La Ley 25.689 determina que “el Estado con los tres poderes que lo constituyen y sus organismos descentralizados autárquicos, entes públicos no estatales, empresas del Estado y privadas concesionarias de servicios públicos están obligadas a ocupar a personas discapacitadas con idoneidad para el cargo en una proporción no menor al 4 % de la totalidad del personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupadas por ellas”. (Ley 25.689, 2003)

Todos los niveles del modelo garantizarán por parte del Estado la continuidad de la estrategia terapéutica individualizada para todos los usuarios a través de:

- 1) Provisión de medicamentos
- 2) Garantía de atención en crisis
- 3) Soporte alimentario, de vestimenta e higiene para el afrontamiento personal
- 4) Monitoreo y establecimiento de una frecuencia mínima de concurrencia a consultas programadas para el tratamiento médico, psicológico y de la situación vincular de los usuarios

5) La atención en crisis que requiera reinternación, según diagnóstico del equipo interdisciplinario, deberá realizarse en hospitales generales de la red pública con servicio de psiquiatría. (Ley 26.657, 2010, artículo 24)

La evaluación de las habilidades y competencias adquiridas podrá hacerse por la Agencia de Acreditación de competencias laborales u organismo similar para coordinar políticas de certificación y acreditación de saberes adquiridos por los trabajadores en circuitos formales o no formales de sus trayectorias laborales y educativas.

Personal responsable de la supervisión: director de salud mental, director del hospital, Coordinación de CSMD como directivo integrador, secretarios de vivienda y planificación y las jefaturas de los departamentos competentes en la operación deberán realizar una revisión de los informes de cada subunidad y el cumplimiento de los valores mínimos para autorizar el avance al Nivel Alta.

CONCLUSIONES

La alteración de la salud mental constituye un problema socio-sanitario en crecimiento y muestra un alto grado de discapacidad en la sociedad postmoderna.

La historia de la salud-enfermedad mental y la psiquiatría distinguió, en determinados momentos, diferentes problemas específicos y conceptualizaciones clínicas, así como distintas perspectivas de la gestión de las organizaciones para la atención de los adultos con alteraciones mentales.

La medicina es consciente de la relatividad de lo normal y de las variables que modifican el umbral de lo patológico. Influyen sobre ella el avance del conocimiento científico, del propio saber médico, de las técnicas de investigación y de intervención, y del nivel de tecnología médica alcanzado en cada país. Toma en cuenta las normas y estilo de vida de la población, su sistema de valores y grado de sensibilidad, las formas de trabajos impuestos y la organización económica.

La conceptualización de los términos salud-enfermedad mental experimentó transformaciones, persistencia de diferentes representaciones sociales y diversidad de modelos explicativos que hacen inviable un criterio de definición unívoco.

Desde el enfoque sociológico, la enfermedad se considera un constructo al que se le asigna un significado social con variaciones en tiempo y lugar, situación que implica una variación en las conductas para la construcción a la que tanto profesionales como pacientes asignaron un significado social.

Por lo tanto, la descripción de los diferentes momentos del tratamiento institucionalizado y de los modelos de desinstitucionalización revisados mostraron el modo en que los profesionales percibieron y definieron una conducta o desviación que llamaron *enfermedad*; así como los profanos o pacientes también asignaron a esa desviación un significado social, compartida por su grupo de pertenencia.

En rigor, este significado social tan particular —como es la enfermedad en un determinado tiempo y espacio— permitió reflexionar acerca de la calidad de vida de los grupos sociales de las diferentes épocas, en el lugar de institucionalización y los efectos en el proceso de externación estudiado.

Si bien las ciencias de la salud en general, la medicina en particular y la psiquiatría consideran modelos de causalidad multifactoriales con reconocimiento de los determinantes sociales —como lo prueba la evolución del concepto salud mental— no se observa de manera consciente y sistemática, en esta investigación la inclusión de la ciencia administrativa como interdisciplina.

La incorporación de este saber permitiría brindar un medio en la integración de conocimientos administrativos; resultaría así un eficaz y eficiente desempeño de los individuos que trabajan en las organizaciones para la atención de la salud mental.

Ciertamente, variables de gran importancia como establecimiento de la autoridad, problemas de planificación en diversos puestos, integración de personal, dirección y control implican un proceso de diseño y mantenimiento de un entorno en el que el recurso humano involucrado resuelva el cumplimiento de los objetivos y mejore los resultados.

Este trabajo consideró a las categorías de salud y enfermedad mental como construcciones culturales y sociales históricamente determinadas con una carga valorativa explicativa de lo normal y lo patológico, variable según el contexto y de acuerdo a enfoques teóricos y criterios de diagnóstico, concepciones filosóficas, morales y de los modelos médicos vigentes y predominantes.

Sin embargo, no considera a las alteraciones mentales como expresiones de una entidad transhistórica, sino como problemas singulares; y como una entidad que no se reduce a lo estrictamente médico, que se expresa en diferentes ámbitos y en diferentes instituciones sociales.

Los desórdenes y alteraciones de la salud mental existieron en todos los pueblos desde las épocas remotas hasta el presente. Los diferentes grupos sociales designaron cierta forma de conducta aberrante como trastorno mental, según lo que en el espectro de la conducta humana se consideró normal o anormal. Éstos distinguen un punto en el cual ocurre una falla que categorizan de alteración mental. Esto implica una línea divisoria que no siempre se establece con facilidad.

La caracterización de la enfermedad mental en los diferentes momentos históricos estudiados permitió considerar las dimensiones sociales y culturales de cada período para entender la situación del saber profesional, sus posibilidades, efectos sociales, límites, interacción y gestión de las organizaciones para la atención de la salud mental.

Se observó que la evolución social, en un mundo con alta incertidumbre, modificó los límites entre lo normal y lo patológico, así como las categorías de exclusión; aunque no modificó la permanencia de las personas en estas organizaciones, en conglomerados de patología mental-condición social-condición económica.

Las diferentes corrientes de pensamiento, producciones teóricas, experiencias criticaron el saber psiquiátrico, con un fuerte cuestionamiento al encierro manicomial como la modalidad de tratamiento, lo cual produce uno de los mayores desafíos de la gestión de la externación.

El recorrido lineal de la sucesión de etapas permitió estudiar sus continuidades, rupturas, la comprensión de la impronta en las organizaciones de la sociedad postmoderna, y pretendió la búsqueda de la dirección que orientó el establecimiento de diferentes

concepciones sobre el significado del modelo de enfermedad y el impacto en la construcción actual y en la gestión de la desinstitucionalización en la Argentina.

Los diversos movimientos de desinstitucionalización y los diseños organizacionales observados en los países de Occidente y en Latinoamérica presentaban, como característica, la impregnación con el clima socio-político-cultural de cada época y las diversas formas de expresión del poder: el del Estado en relación a sus ciudadanos; el del hombre, a la mujer; el de las prácticas psiquiátricas, al poder del médico y de la familia. Se ubicó al paciente psiquiátrico como víctima de la violencia de la familia y de la sociedad de pertenencia.

Si bien no existe un modelo de desinstitucionalización universal, la rehabilitación de la salud mental y la reinserción social de los pacientes con alteraciones mentales tienen bases científicas, en especial de gestión, generalmente no adoptadas por los planificadores y los administradores de estas instituciones.

La situación en las organizaciones estudiadas en la provincia de Buenos Aires, así como el modelo prototípico de reforma operado permitieron describirla como reinstitucionalización, transinstitucionalización o deshospitalización, coincidiendo con los autores citados, sin abrir juicio si, como producto del desplazamiento de la asistencia, el destino de los pacientes fue una institución. No obstante la cantidad de reinternaciones encontrada y el nivel de desocupación permitió inferir que no se logró la reinserción socioeconómica de la población objetivo.

Las experiencias revisadas en los diferentes países permitieron comprobar que, en ese producto de la patología social y familiar, una intervención psicosocial mal planificada o mal ejecutada puede provocar el mismo tipo de trastornos y consecuencias que una intervención prolongada con dependencia excesiva.

No se observó la formulación de estrategias de manera convencional por administradores. Cuando los procesos son complejos como el caso estudiado —por los múltiples factores determinantes— se requiere la participación de diversos niveles constituidos por profesionales, administrativos y representantes externos gubernamentales para la identificación de la necesidad, el desarrollo de soluciones y selección de una alternativa.

Los modelos carecieron de una construcción intelectual que hubiera abstraído de la realidad las características de un fenómeno que provoca cambios, para describirlo, analizarlo y estudiar las transformaciones y de este modo poder anticipar el cambio y orientar la práctica de los actores intervinientes.

Las personas con discapacidad mental se encuentran protegidas por una amplia normativa internacional protectora de los derechos humanos, de la discapacidad y de la desinstitucionalización de pacientes con alteraciones de su salud mental.

Existen como instrumentos generales —establecidos por el derecho internacional— recomendaciones, declaraciones e informes que promueven objetivos como la prevención y eliminación de toda forma de discriminación a las personas con discapacidad física, mental y propician su plena integración en la sociedad. Dichos instrumentos son, entre otros, la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana de Derechos Humanos y su protocolo adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador) y la Convención Europea para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Individuales.

Desde 2010, un marco regulatorio nacional como la Ley Nacional de Salud Mental funciona como instrumento con conceptos indeterminados, declarativos o como una emanación legislativa que, aun promulgada, expone severas fallas de implementación.

Si bien el artículo 35 de la Ley 26.657, sancionada en 2010, explicita la realización de un Censo Nacional que deberá reiterarse con una periodicidad de dos años para relevar la situación de las personas institucionalizadas, no se encontró información oficial respecto de su realización y de sus resultados.

El artículo 27 prohíbe la creación de instituciones públicas o privadas de internación monovalentes y promueve la sustitución de las existentes por dispositivos alternativos. Paradójicamente, la situación de pauperización de la población institucionalizada y su entorno familiar provoca una revalorización del valor de la cama del hospital psiquiátrico, con lo cual una franja de pacientes rechaza ser externados o no son buscados por sus familias, a pesar de estar en condiciones de revertir el alta de la institución.

La figura del “abogado defensor” de las actuaciones en todo momento del proceso de tratamiento del artículo 22 de la Ley de Salud Mental interfiere o superpone las actuaciones del apoyo o del curador cuando la persona tiene declarada incapacidad.

La displicencia e insensibilidad de ciertos operadores jurídicos afecta los derechos de los pacientes enunciados en los textos constitucionales, legislativos, documentos internacionales y en el discurso doctrinario que, en la práctica, pasan a ser sólo proclamados o simbólicos, así como la tecnología para su resolución.

El recurso humano involucrado en el proceso de desinstitucionalización reconoce la existencia de estas normas y leyes como expresiones de deseo y marco de su intervención, aunque la observación realizada permitió visualizar una despreocupación por la solución de los conflictos reales que provocan estas resoluciones.

La diversidad del comportamiento pudo atribuirse tanto a variables organizativas como a la composición del grupo decisorio, a las cualidades de los justiciables así como a la

existencia de lagunas normativas y técnicas de los diversos saberes comprometidos, designados como áreas indeterminadas de la práctica profesional.

Un común denominador en los modelos de desinstitucionalización en Argentina fue la puntualidad de las diferentes experiencias sometidas a vicisitudes políticas e insuficientes asignaciones presupuestarias que compiten con el modelo hospitalario y limitan su desarrollo, no se instituyen jurídicamente y no son sustentables a largo plazo.

La evaluación realizada permitió determinar una dualidad en las prácticas y políticas concretas de salud mental al habilitar y validar un modo de intervención que encuadrado en la perspectiva de derechos humanos, paradójicamente convive con prácticas que responden a procesos compatibles con una trasinstitucionalización de los pacientes quienes habían estado institucionalizados en hospitales por largo tiempo y sólo cambiaron el tipo de institución de la que dependían.

El programa de intervención ejecutado, entendido como política de externación con inclusión social, produjo en esta población fenómenos compatibles con el denominado de “puerta giratoria”, ya que se observaron usuarios que permanecen 14, 17 y 27 años en los CSMC estudiados. Esta denominación es resultante de los reingresos a la institución primaria de internación posteriores a fugas, altas que por la condición socioeconómica no lograron insertarse en su hogar primario, o reingresos desde los CSMC por crisis de su patología psiquiátrica.

El sistema de salud observado es reactivo; está concebido para responder a casos agudos y, cuando se ha resuelto esa fase en la situación de las personas con problemas mentales, existe indefinición de la infraestructura, de los recursos humanos, aptitudes y responsabilidades que pudieran facilitar su atención adecuada.

Como resultado de este abordaje, la atención de la salud mental se reduce por un lado a un tratamiento biomédico a largo plazo en el ámbito hospitalario y por el otro a una discutible rehabilitación que forma parte de un paquete aislado de intervenciones genéricas de asistencia social.

Desde este marco, el ejercicio del derecho a la libertad, la autodeterminación y demás derechos fundamentales como el de la atención de la salud —explícitamente tutelado como extensión del derecho a la vida y a la integración psicofísica— constituiría una obligación exigible al Estado como encargado de remediar esta disfuncionalidad, del desarrollo y la implementación de políticas públicas que consideren la rehabilitación, cuyo impacto evitaría la judicialización del daño.

Las organizaciones que operan programas de externación siguen una lógica estructural abstracta con puestos de trabajo y procedimientos que responden a una rutina formal, sin un patrón de comunicación entre los individuos que la integran, incluidos los procesos para tomar e implementar decisiones.

Así mismo, las agrupaciones de recurso humano profesional o personal de la misma especialidad limitan las perspectivas, favoreciendo el énfasis en el significado de su puesto de trabajo, en la especificidad sectorial de cada centro o unidad y no en la finalidad.

Se observaron jerarquías paralelas y separadas, una democrática de abajo-arriba para los profesionales y una maquinal de arriba-abajo para el *staff* de apoyo.

La incorporación de la ciencia administrativa y la interacción de estos actores sociales con los de las ciencias de la salud en un escenario concreto, presupone una contribución para la resolución de cuestiones básicas que no fueron consideradas en el modelo observado, como: la sensibilidad de elementos considerados inmutables, la aparición de fenómenos inesperados y la noción de límite ante el aumento de los peligros que engendra la aplicación de cualquier tecnología.

La heterogeneidad de saberes involucrados en los modelos observados mostró diferentes formas de percepción, valoración e interpretación; cada uno aplicó recursos, conocimientos y capacidades que dispuso y asumió bajo su control aportando, por lo tanto, elementos diferentes a las interacciones que en él se producían, construidas con diferentes metodologías: para algunos la tradición, la experiencia repetitiva sin una lógica de gestión.

Esta situación permitió cuestionar si todo lo posible en término de unidades de atención tiene sentido hacerse. Es decir, se pone en duda si el rendimiento marginal de la atención no es muy bajo en función de la salud y el grado de reinserción real alcanzados en relación al costo, debido a los rendimientos decrecientes frente a las limitaciones biológicas y a las fallas en la gestión.

Se determinó, entonces, un bajo valor social de estas estructuras organizacionales, al encontrar un grado de divergencia entre las decisiones organizacionales correctas cuya condición es la eficacia económica y las socialmente correctas que persiguen la accesibilidad y efectividad.

Probablemente la característica de sistema público permite atribuir la pérdida de eficiencia a la no transferibilidad de los derechos de propiedad y del beneficio residual que limita el margen de elección y el sistema de estímulos de los actores públicos, y se constituye como variable que retroalimenta la falta de accesibilidad y efectividad.

La Ley 26.657 establece en el Capítulo IX la existencia de una "autoridad de aplicación", aceptada como fuente de autoridad no sólo por la jerarquía administrativa empleada por el Estado, sino por las personas sujetas a su jurisdicción. Por lo tanto implicaría, en términos objetivos y de comportamiento, una relación de autoridad entre las personas involucradas y la existencia de un comportamiento entre estas personas o una afirmación imperativa sobre la elección de una alternativa de comportamiento y de aceptación por la otra persona como criterio de selección.

Sin embargo, la alta descentralización horizontal, el criterio de comportamiento observado están regidos por decisiones múltiples, determinadas por cada uno de los intervinientes con diferentes alternativas de comportamiento, más cercanas a proposiciones fácticas —en ausencia de prueba lógica ni empírica—.

Se puede afirmar a través de la muestra estudiada que las organizaciones para la atención de la salud mental están conformadas por profesionales especializados y trabajadores con diferente grado de calificación (médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros).

Si bien no es posible medir la contribución individual sobre el producto paciente externado, es probable que ciertas especialidades tengan mayor aceptación por los usuarios del programa frente a otras cuyo impacto sobre el cambio de conductas es nulo, como lo indica la baja concurrencia a los talleres programados.

También la ineficacia de estas organizaciones podría atribuirse, entre otras, a la imposibilidad de transferir los derechos de propiedad que limita el margen de elección del actor del sector público y a la imposibilidad de quien ejerce la función de administrador de ser beneficiario del rendimiento residual lo cual no forma parte del sistema de estímulos que asegura la eficacia de la firma clásica.

Desde el abordaje empírico y el uso de metodología cuantitativa, los datos muestrales permiten inferir que la tasa de institucionalización en la provincia de Buenos Aires es de 2.28 pacientes adultos con alteraciones mentales por cada 10 000 habitantes con un rango de edad de 15-64 años.

La cantidad de médicos por cada 1000 habitantes, en Argentina, es 3.88 con diferente grado de concentración, registrando en la región Centro valores de 6.79; estos valores son similares a los encontrados en España 3.96, Suecia 3.87, Italia 3.80 y Australia 3.85 (INDEC, 2010; World Health Organization, 2013a).

Los valores encontrados a partir de los resultados de las entrevistas son significativamente superiores; determinan una fortaleza respecto al recurso humano involucrado en el tratamiento.

El artículo IV de la Ley de Salud Mental dice que “no debe vulnerar la posibilidad de preservar lazos sociales y familiares que, incluso, deben ser promovidas para la mejor recuperación del paciente”. Se observó, en este estudio que el área geográfica de residencia previa a la internación, en este estudio llamada procedencia del paciente, es heterogénea y sólo el 47.28 % procede del área homologada como Gran La Plata, y la frecuencia subsiguiente es el GBA2 con mayor cercanía al hospital “Esteves”, en el partido de Lomas de Zamora, o el “Cabred”, en el de Luján.

Se encontró inconsistencia en la información referida al número de admisiones a los CSMC. Los valores que surgen de los datos secundarios superan ampliamente a la de los

datos primarios que se obtuvieron por encuestas a informantes clave de dos niveles estructurales de estas organizaciones, donde ambos testimonios refieren que en el momento de la entrevista las admisiones se encontraban suspendidas.

Los valores muestrales permitieron determinar que los años de internación impactaron en la capacidad laboral actual, ya que el 64.13 % de los pacientes tenían algún antecedente laboral cuando ingresaron al sistema de institucionalización.

Este antecedente no tiene ninguna relación con la actividad de rehabilitación como talleres, que son más artísticos que productivos y no logran una asistencia del 50 % de los usuarios. Esta situación es ratificada por los informantes claves quienes revelan que muy pocos están en condiciones de insertarse en la actividad laboral.

La descripción del nivel educativo de la población estudiada mostró un mayores valores que el encontrado por Aparecida de Castro, Ferreyra Furegato y Ferreyra Santos (2010) en Brasil donde se registró un nivel de analfabetismo del 8 %; el 59 % de pacientes que iniciaron el nivel educativo básico así como el 8 % del nivel medio no lo concluyeron y 3 individuos iniciaron el nivel superior sin terminarlo. (Aparecida de Castro *et al.*, 2010)

Los valores determinados por este trabajo fueron 1.63 %, 26.20 %, 18.72 % y 8 individuos para los mismos niveles educativos.

Se encontraron valores del 16.85 % para el consumo de alcohol y drogas de abuso, mayores a los encontrados por Minoletti y Zaccaria (2005) en Chile del 6.45 % y del 12 % en Brasil. (Minoletti y Zaccaria, 2005; Aparecida de Castro *et al.*, 2010)

Los resultados encontrados, como indicadores del valor giro programa, mediana 5 años de permanencia (rango 1-20); y el producto del análisis cualitativo, las respuestas a entrevistas, 6 años (máxima permanencia 26-27 años) permitieron afirmar un bajo rendimiento de los programas existentes.

El número de reinternaciones encontradas es indicador de la falta o discontinuidad de motivación, situación generadora de dificultades para conseguir y mantener la posición laboral alcanzada y las posibilidades de reinserción en la comunidad.

La falta de planeamiento consistió en la aplicación de modelos repetitivos que extrapolan del pasado las estrategias o copian a otros bajo el supuesto de contextos previsibles, como el de Basaglia en Italia, inspirado en el modelo angloamericano de Jones; la influencia del modelo italiano en la reforma española; la del plan Kennedy en el de Goldemberg o la del modelo inglés en la “Colonia Cabred” en la provincia de Buenos Aires.

La extrapolación al escenario concreto —las organizaciones en la provincia de Buenos Aires con culturas particularizadas que tienen mucho que ver con la percepción diferenciada marcada por los individuos: su extracción social, su nivel socioeconómico, su origen y experiencia personal de vida, de trabajo, de educación que se proyectan sobre la

identificación y evaluación de la situación a resolver— cuyas variables no fueron consideradas en la planificación y operación de las diferentes experiencias.

Así mismo, el recurso humano involucrado no está en un escenario cerrado, sino en uno con distinto grado de movilidad en un contexto dinámico y cambiante que requiere un monitoreo o evaluación *ex post* de las distintas actividades de los proyectos.

Los resultados permitieron determinar que los programas de externación operados en la actualidad añaden unidades adicionales de factor variable, trabajo, aplicadas a una cantidad fija de recurso físico, capital y otros factores. El producto de estos procesos (paciente reinsertado sociolaboralmente) disminuye, aunque aumente la cantidad total expresada como actividades realizadas por cada factor trabajo incorporado. Esto determina un bajo rendimiento marginal frente a las limitaciones bio-sociales.

Las variables analizadas mostraron que la utilidad personal de los integrantes de equipo de salud de los CSMC no es compatible con la maximización del valor social de las decisiones tomadas en estas organizaciones.

El objetivo de la administración de las organizaciones del sistema público es la satisfacción de las necesidades y la tutela de los intereses de las personas que integran estos colectivos con la intención de mejorar su existencia; sin embargo se observó que, como falla de la planificación, no se cumplen los objetivos y se desconoce la autoridad funcional para orientar, ejecutar y condicionar los programas de rehabilitación para la desinstitucionalización.

Por otra parte, los escenarios de las organizaciones y los modelos de causalidad de la enfermedad mental requieren la experiencia superadora de los paradigmas de las organizaciones tradicionales y el enlace con otras organizaciones —de educación, trabajo, infraestructura— que responden a esa causalidad, lo que significa una nueva experiencia de inserción, vinculación y administración.

El propósito de diseñar un modelo de gestión de la externación *ex post* diagnóstico situacional permitirá la recuperación de las aptitudes perdidas en la internación, en busca de la integración social sustentable en la comunidad.

El alcance de este modelo es para pacientes con un rango etario equivalente con el de la población económicamente activa, con baja o ausente condición de relación familiar.

La propuesta del nuevo modelo de gestión es una intervención de tipo social fragmentaria, sistematizada e incremental. El diseño del nuevo modelo debió encontrar la forma apropiada de representar la situación que constituye el problema.

La introducción de los principios y técnicas de las ciencias de la administración y las funciones administrativas —planificación, organización, integración de personal, dirección y control— permitiría diseñar y mantener un entorno en el que, trabajando en integración con las ciencias de la salud, se promueva la eficacia y eficiencia en el nuevo modelo.

Se sustituyó la toma de decisiones basadas en la tradición —como modo de enfrentar la complejidad de los procesos de decisión, el comportamiento individual de los agentes, las relaciones entre ellos y la imposibilidad de anticipar las eventualidades que impactarán en los resultados—, por un proceso de administración que especifique funciones y el alcance de las actividades y que determine quiénes tendrán poder para tomar nuevas decisiones.

El cambio incluyó la incorporación del directivo administrador que permita el cumplimiento del objetivo del modelo mediante una influencia indirecta en las decisiones del personal operativo y la comunicación de los efectos de éstas al consejo directivo, en un modelo coordinado y efectivo.

La planificación sustantiva con decisiones amplias del modelo vigente observado es complementada por la ejecución de una planificación procedimental con ajustes más particulares que acompaña a la sustantiva.

La concreción del objetivo general del modelo propuesto es producto del logro de metas intermedias observables y medurables en cada una de las fases del nuevo diseño. La definición de objetivos afectados para cada actividad permitirá su observación y medición como monitoreo para la corrección de desajustes.

La selección de esta cadena de actividades o diseño de intervención implicó la selección consciente o inconsciente de las acciones determinadas por la planificación entre todas aquellas posibles, que incluyen los cursos de acción anteriores, para los diferentes actores sobre los cuales ejerce influencia o autoridad como límite o guía de las actividades de quienes efectivamente deberán operar el modelo.

La toma de decisiones está basada en el principio de racionalidad limitada en un ambiente de incertidumbre característica de las ciencias de la salud y de las de la administración, donde quienes toman decisiones no pueden designar probabilidades definidas a la ocurrencia de consecuencias específicas de la alternativa elegida.

La alternativa seleccionada se dividió en niveles llamados Prealta y Alta con fases que responden a la característica incremental del modelo, funciones y procesos.

Cada una de las funciones (subunidades en las Fases I y II) se concibió como un repertorio de programas normativos o conjunto de habilidades del recurso humano experto que integra cada proceso de la función. Esta se aplica a una contingencia también normalizada, la cual ordena sus actividades y cuidados de manera que encajen en una categoría de comportamiento que previamente es definida en la planificación como “normalidad” para la función y el nivel.

Para esa normalización, en el caso de la alteración de la salud mental, se aplica la reorganización de la patología en los grupos de personas relacionadas a partir del diagnóstico de la alteración mental, agrupando así los pacientes con similares

características clínicas, para ordenar los procesos asistenciales y el consumo de recursos con la finalidad propuesta: el aumento del valor giro programa.

El emplazamiento del centro operativo del modelo en la fase inicial del Nivel Prealta será un espacio físico destinado al efecto, dentro de la institución. Nuevas unidades habitacionales afectadas al centro de rehabilitación constituirán el ámbito físico para la recuperación o rehabilitación de las limitaciones asociadas con las condiciones médicas, así como las capacidades perdidas durante los años de institucionalización relacionadas con los patrones de conducta intervinientes en las tareas cotidianas.

Esta rehabilitación será un insumo útil para la planificación individual, ya que el incumplimiento del requerimiento mínimo para el ingreso a un nivel superior afectaría la resolución de problemas de la vida diaria y serían causales de la restricción de las acciones que producen la limitación de la conducta rutinaria asociada a la realización de las tareas.

La población estudiada tiene un alto riesgo de exclusión de la información y del conocimiento como variables determinantes de la vulnerabilidad; por lo tanto se incorporó el aprendizaje de habilidades, destrezas y conductas sociales que conforman capacidades para el manejo de situaciones cotidianas como medio para contribuir a la integración del miembro individual al grupo social.

La hipótesis sostenida por este modelo es que la educación hace comprensible y razonable la función y la posición del individuo, variables necesarias para la integración sustentable en el grupo social.

Así mismo, en la estructura del modelo se incorpora la subunidad de ocupación terapéutica laboral, para la rehabilitación de la capacidad e inserción laboral perdida en los diferentes niveles del modelo. Su propósito es aumentar progresivamente la capacitación y recuperar las habilidades laborales, así como desarrollar la capacitación específica.

Las ocupaciones humanas son consideradas un vehículo mediante el cual el sujeto se relaciona y construye relaciones de vida y de salud. Es un método terapéutico por el cual se crea un proyecto individualizado en el proceso de construir algún deseo, motivación que motorice el proyecto. Esto significa la implicación de los pacientes en actividades que hagan posible la incorporación en el mercado de trabajo, después de una preparación adecuada.

Este trabajo sostiene la hipótesis que el desempeño ocupacional aplicado al desarrollo evolutivo y a los condicionantes del medio individual se transforma en un medio terapéutico y es favorecedor de la reinserción socioeconómica; por lo tanto, el diseño de intervención propuesto promueve la recuperación o el desarrollo secuencial de las habilidades que le permitan la inclusión a la actividad laboral.

La función de actividades sociales incorporada al proyecto contribuiría a la promoción y consolidación de los factores positivos de la personalidad y a la modificación de los aspectos disvaliosos.

Este trabajo supone a la organización —parte de la administración— como una estructura intencionada de roles que los individuos deberán desempeñar en sus puestos de trabajo. Esa asignación de actividades permitiría el cumplimiento de las submetas en las fases y niveles planificados, situación no observada en el modelo vigente.

Se consideró relevante la creación de un aparato de gestión que posibilite dividir el proceso de toma de decisión entre los diferentes especialistas, en una organización integrada por grupos con intereses múltiples y donde estos procesos atraviesan una serie de mediaciones o negociaciones implícitas.

Este modelo de gestión busca reemplazar una parte de la autonomía de la decisión basada en la costumbre o en la tradición por un proceso de decisión organizacional para: a) especificar funciones, o sea, la naturaleza y el alcance de sus actividades y b) determinar qué recurso humano tendrá poder para tomar nuevas decisiones y coordinar las actividades de los individuos en la organización.

Se introduce la figura del “administrador” con el desempeño de un rol importante en los límites de la organización, entre los miembros internos y las partes de alcance fuera de la organización —en este proyecto Ministerio de Educación, Desarrollo Social, Trabajo, Vivienda— para proteger la autonomía de los profesionales, mantener los contactos de enlace, soportar las presiones externas y favorecer el desarrollo del proyecto.

No se encontró en el modelo vigente la función de dirección como forma de influir en el comportamiento individual o grupal a favor del cumplimiento de las metas organizacionales.

Este trabajo sustentado en la afirmación que ninguna organización puede funcionar sin algún tipo de jerarquía de autoridad, promueve la hipótesis que el nuevo modelo permitiría una descripción generalizada de los comportamientos y relaciones entre los miembros de la organización que delimiten la esfera de la actividad; por lo tanto; todas las decisiones individuales dentro del área quedarían sujetas a una misma autoridad.

La introducción del directivo integrador comprende ciertos aspectos de los procesos de decisión que corresponden a ciertos departamentos, sin autoridad formal para el resto de los mismos, aquí llamados *subunidades*.

Por lo tanto, el proceso administrativo deberá designar un grupo que supervise, y deberá tener la capacidad de influenciar en el grupo operador en busca de un modelo de comportamiento coordinado y efectivo que difiera del modelo actual, donde sólo se observa asignación de funciones y distribución de autoridad.

La superposición de funciones encontradas permitió determinar la ausencia de coordinación de los procesos, la desarmonía en el trabajo individual y la inexistencia de conciliación de las diferencias en pro de los objetivos de la organización.

Se describieron irregularidades en los procesos de notificación, mala gestión e ineficacia administrativa; una incorrecta asignación de recursos financieros; falta de capacitación del

personal y deficiencias en los procedimientos de control. La observación de la falta de coordinación en el modelo observado permitió determinar la ausencia de una misma decisión para los diferentes CSMC.

Por otra parte, se reformulará la coordinación de los CSMD como puesto de enlace para resolver situaciones complejas, algunos aspectos de los procesos de decisión y negociación interministerial en conjunto con el Director Administrativo.

La coordinación de procedimiento es asignada a personal específico responsable de la supervisión, como se describió para cada una de las funciones de las fases del nuevo modelo. Esta coordinación establecería líneas de autoridad y evitaría la desarmonía descrita.

El comportamiento coordinado de los grupos que integran los niveles y fases del modelo propuesto, subordinando decisiones individuales a las comunicadas por otros, permitiría la especialización vertical en la toma de decisiones y la adhesión de los empleados a los objetivos del proyecto.

Los resultados encontrados mostraron inexistencia de control en base a los diferentes niveles de provisión de servicios, la ausencia de estrategia, de factibilidad de opciones y la falta de un programa de gestión que evalúe periódicamente los resultados y se establezcan indicadores estandarizados para medir el cumplimiento de objetivos en los CSMC estudiados.

El modelo propuesto incluyó como proceso básico de control:

- El establecimiento de normas como criterio de desempeño para cada uno de los niveles y fases
- La medición del desempeño con base en esas normas
- La corrección de las variaciones de normas

El resultado de los procesos que integran cada una de las funciones del modelo incluye un sistema de control con base en el establecimiento y cumplimiento de objetivos verificables para cada uno de los niveles y fases en tiempos significativos y alcanzables.

Se establecieron criterios de evaluación del desempeño para los niveles Prealta y Alta en cada una de las fases a través de indicadores cuantitativos y requerimientos mínimos para el avance del proceso.

Un grado de separación entre los procesos decisorios y su ejecución real permitiría responsabilizar al individuo ejecutor, garantizar la pericia en la toma de decisiones y coordinar las actividades, arbitrajes y negociaciones para minimizar las pérdidas de eficiencia de las organizaciones de carácter público, como la estudiada.

La gestión de programas en organizaciones complejas, con tecnología de gestión aplicada a la salud, permitiría una planificación con reordenamiento técnico financiero para encontrar una cantidad óptima de mano de obra interdisciplinaria dedicada a la producción

de externaciones con reinserción sociolaboral sustentable. De este modo se reduciría el período de permanencia para permitir la inclusión de nuevos usuarios al sistema.

Este trabajo promueve un cambio radical del modelo asistencial centralizado en la ubicación espacial del proveedor y abordaje biomédico de corto plazo, con una alta probabilidad de conflicto y resiliencia, a uno centrado en la dimensión temporal del paciente, de carácter biopsicosocial de largo plazo. Este último le dará relevancia a la comorbilidad con inclusión de la dimensión social.

La información resultante de la muestra estudiada constituye un insumo tecnológico para que planificadores y equipos asistenciales que operan los programas incluyan la rehabilitación integral para la externación sustentable del paciente institucionalizado con alteraciones de la salud mental.

El enfoque propuesto contiene un replanteo teórico, metodológico, operativo y técnico que busca la articulación de las ciencias de la salud con las de la administración en una gestión integrada en las instancias y áreas problemáticas de la rehabilitación socioeconómica del adulto con alteraciones de la salud mental.

Este trabajo, basado en los valores de la población estudiada como evidencia empírica, permitió identificar y describir un conjunto de hechos o fenómenos implícitos en el concepto de desinstitucionalización de adultos con alteraciones mentales, que varían al cambiar las circunstancias bajo las que se producen.

De esta forma se pretendió inferir, en un análisis con características de validez y exactitud, la forma que asumen estas variables en la población respectiva para transformar la información en conocimiento, como instrumento de aplicación general para desinstitucionalización de adultos con alteraciones mentales en el sistema público de la provincia de Buenos Aires, en el marco de interacción de la ciencia administrativa con las ciencias de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, R. (2004). Aspectos de salud mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78 (2), 194-207.

AEN. Profesionales de la Salud Mental (2001). Informe sobre la Salud Mental en España. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de <http://www.asoc-aen-es/aw/cas/documentos/> [consultado 25/02/2015].

Alberdi, J.M. (2003). *Reformas y Contrarreformas. Políticas de Salud Mental en Argentina*. Rosario: Editorial Universidad Nacional de Rosario.

Alvaro, J.L. (1992). Salud mental. En R. Reyes. *Diccionario crítico de ciencias sociales*. Recuperado de www.pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/s/salud_mental.htm [consultado 25/07/2014]

Amico, L. (2002). Desmanicomialización: hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental. Recuperado de www.margen.org/suscri/margen/amico. [consultado 25/06/2015].

Anthony, W.A., y Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base, *Schizophrenia Bulletin*, (12), 542-59.

Aparecida de Castro, S., Ferreyra Furegato, A.R., y Ferreyra Santos, J.L. (2010). Caracterización sociodemográfica y clínica de reinternaciones psiquiátricas, *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 18 (4), 800-808.

Ardila, S., y Galende, E. (2009). El concepto de comunidad en salud mental comunitaria, *Revista Salud Mental y Comunidad Nov* (11), 39-50.

Arduino, M., Ginés, A., y Porciúncula, H. (2000). La Reforma psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa de Salud mental en Uruguay, *Revista de Psiquiatría de Uruguay* 64 (2), 302-316.

Argentina, Decreto 603/2013. Reglamentación de la Ley de Salud Mental. B.O., 29/05/2013.

Argentina, Ley 10.592/1987. Régimen Jurídico Básico e Integral para las Personas Discapacitadas. B.O. N° 21131, 1/12/1987.

Argentina, Ley 11.072/1991. Descentralización de Establecimientos Sanitarios Provinciales. B.O. N° 21953, 28/05/1991.

Argentina, Ley 12.797/2001. Régimen Jurídico Básico Integral para las Personas Discapacitadas. Modificatoria Art. 18 y 24, Ley 10.592. B.O. 17/12/2001.

Argentina, Ley 23.592/1988. Penalización de Actos Discriminatorios. B.O. 05/09/1988.

Argentina, Ley 25.280/2000. Aprobación Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. B.O. 04/08/2000. ADLA 2000- D 4086.

Argentina, Ley 25.689/2013. Sistema de protección integral de los Discapacitados. B.O. 02/01/2003.

Argentina, Ley 26.378/2008. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo, aprobados por resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas del 13/12/2006A/RES/61/106. B.O. 06/2008.

Argentina, Ley 26.529/2009. Salud Pública. Derechos del paciente. B.O N° 31785. 20/11/2009.

Argentina, Ley 26.657/2010. Nacional de Salud Mental. Decreto PEN 1885/2010. BO. N° 32649. 03/12/2010.

Argentina, Ley 26.816/2013. Régimen Federal de Empleo Protegido para Personas con Discapacidad. B.O.07/01/2013.

Arrow, Kenneth J. (1981). La incertidumbre y el análisis del bienestar de las prestaciones médicas. *Información Comercial Española*, (574), 47-63.

Astorga Gatjens, L.F. (2009). Incluyendo a las personas con discapacidad en las políticas de desarrollo. Instituto Interamericano de Desarrollo ID, Documento Básico, 2-4.

Bachrach, L.L. (1978). A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 29 (9), 573-578.

Bachrach, L.L. (1996). The state of the state mental hospital in 1996. *Psychiatric Services*, 47 (10), 1071-1078.

Barcia, D., Pozzo, P., y Ruiz, M.E. (1993). Análisis y valoración de la peligrosidad del enfermo mental. *Anales de Psiquiatría*, vol. 9 (10), 420-430.

Basaglia, F., Langer, M., Caruso, I., Szasz, T., Verón, E., Suárez, A. y Barrientos, G. (1989). *Razón, locura y sociedad*. México: Editorial Siglo XXI.

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Bellomo, L. (2011). *La rehabilitación psiquiátrica en Argentina*. Buenos Aires: Editorial Arkadia.

Berman Bieler, R. (2006). Desarrollo inclusivo: un aporte desde la discapacidad. Equipo de Desarrollo Inclusivo de la Región Latinoamericana y el Caribe. Banco Mundial, 1-2.

Bourdieu, P. (2001). *Poder, Derecho y Clases Sociales*. España: Editorial Desclée, 2da. Ed.

Braidot, N.P. (2005). *Neuromarketing/neuroeconomía y negocios*. Madrid: Editorial Puerto Norte-Sur S.L.

Braun, P., Kochansky, G., Shapiro, R., Greenberg, S., Gudeman, J.E., Johnson, S., Shore, M.F. (1981). Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138 (6), 786-792.

Brown, C., Tellefson, N., Dunn, W., Cromwell, R., y Filion, D. (2001). The adult sensory profile: Measuring patterns of sensory processing. *American Journal of Occupational Therapy*, 55 (1), 75-82.

Burroughs, T.M. (2008). The beginning and the end of transinstitutionalization. Washington: Workshop APA Meeting.

Cabral de Mello, M., Bornemann, T., y Levav, I. (2001). Mental Health: World health ministers call for action. Recuperado de www.paho.org/hg/dmdocuments/FRAMEWORK [consultado 10/04/2013].

Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., y Riva Roure, M.R. (2009). El PREA, una experiencia alternativa de las lógicas manicomiales. Vertex. *Revista Argentina de Psiquiatría*, XX, 299-307.

Castell, F., Castell, R. y Lovell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona: Ed. Anagrama, Barcelona.

Chandler, A. (1992). Organizational capabilities and the economic history of the industrial enterprise. *Journal of Economic Perspectives*, 6, pp. 70-100.

Chilvers, R., Macdonald, G.M., y Hayes, A.A. (2002). Supported housing for people with severe mental disorders. Cochrane database of systematic reviews; (2 article CD 000453) [Pub Med]

Chow, W.S., y Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, Jun (18), 113-169.

Cifuentes, S. (1995). *Derechos personalísimos*. Buenos Aires: Astrea

Clark, F.A, Parham, D., Carlson, M.E., Frank, G., Jackson, J., Pierce, D., Wolfe, R.J., y Zemke, R. (1991). Occupational science: academic innovation in the service of occupational therapy's future. *American Journal of Occupational Therapy*, 45 (4), 300-310.

Código Civil y Comercial de la República Argentina. Ley 26.994. B.O 8/10/2015. Buenos Aires: Tribunales Ediciones.

Cohen, H. (2009). *Salud mental y derechos humanos. Vigencia de estándares internacionales*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Consejo Federal de Cultura y Educación. Educación de Adultos. Resolución N° 221/2004. Recuperado de <http://www.servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/sistema> [consultado 27/07/2016].

Coriat, B., y Weinstein, O. (2011). *Nuevas teorías de la empresa*. Buenos Aires: Lenguaje Claro Editora.

Craig, T.J. y Laska E.M. (1983). Deinstitutionalization and the survival of the State Hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 34 (7), 616-622.

Curlee, M., Connery, J., y Soltys, S. (2001). Towards local care: a statewide model for deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 5 (2), 357-373.

Cyert, R.M. y March, J.G. (1963). *Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Dirección de Cultura y Educación Provincia de Buenos Aires. Educación de Adultos. www.Servicios2.abc.gov.ar/lainstitución/sistemaeducativo/educacióndeadultos/ [consultado 23/04/2015].

Dörner, K. (1974). *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*. Madrid: Editorial Taurus.

Druker, P. (2002). *Escritos fundamentales*. Tomo 3. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

DSM IV. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Masson S.A.

Dun, A., Trivedi, M., O'Neal, H. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, (33), 587- 597.

Duncan, E. (2006). *Foundations for practice in occupational therapy*. Churchill Livingstone: Ed. Elsevier.

Edgerton, J.E., y Campbell, R. (1994). *American Psychiatric Glossary*. Washington D.C: American Psychiatric Press, 7th Ed.

España, Ley 1/2000. Enjuiciamiento Civil. B.O.E. 08/01/2000.

Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (110), 345-351.

Fernández Liria, A., y Dieguez Porrez, M. (2005). La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciales. *Revista de Administración Sanitaria*, 7 (1), 12-14.

Foucault, M. (2005). *El Poder Psiquiátrico*. Madrid: Ed. Akal.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Editorial Acme S.A.C.I.

Foucault, M. (2008). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.

Foucault, M. (2010). *Historia de la locura en la Época Clásica*. Buenos Aires: Ed. Fondo de Cultura Económica.

Freeman, A., Malone, J., y Hunt, G.E. (2004). A statewide survey of high-support service for people with chronic mental illness: assessment of needs for care, level of functioning and satisfaction. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (10), 811-818.

Gabay, P.M., y Fernández Bruno, M. (2011). *Rehabilitación psiquiátrica*. Buenos Aires: Ed. Polemos S.A.

Galende, E. (2006). Para una ética en salud mental. En E. Galende y A.J. Kraut. *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Geller, J.L., y Fisher, W.H. (2000). The linear continuum of transitional residences: debunking the myth. *American Journal of Psychiatry* (150), 1070-1076.

Geller, M. (1982). The "Revolving Door": A Trap or a Life Style? *Hospital and Community Psychiatry, Open Forum*, 33 (5), 388-389.

Gilli, J.J., Arostegui, A.O., Doval, I.M., Iesulauro, A.S., Schulman, D.R. (2007). *Diseño Organizativo. Estructura y procesos*. Buenos Aires: Ed. Granica.

Gisbert Aguilar, C. (Coord.) (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Golcman, A.A. (2012). Tendencias innovadoras en las prácticas psiquiátricas en Argentina 1960-1970. *Revista Ciencias de la Salud*, 10(3), 387-401.

González de Chaves, M. (2009). La transformación de la asistencia psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29 (2), 570-571.

González Duro, E. (2009). De la psiquiatría a la salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20, (74), 249-251.

Habermas J. (1989). *Teoría de la acción comunicativa, Racionalidad de la acción y Racionalidad social*. Madrid: Editorial Taurus.

Hagedorn, R. (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56 (6), 609-639.

Hegel, G.W.F. (1985). *Fenomenología del espíritu*. Madrid: Editorial Fondo de Cultura Económica. España S.A.

Highton, E., y Wierzba, S. (2003). *La relación médico-paciente. El consentimiento informado*. Buenos Aires: Editorial Ad Hoc.

INDEC. (2010). Censo 2010. Recuperado de <http://www.censo/2010/indec.gov.ar>. [consultado 24/11/2014].

INDEC. (2013). Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040: total del país. Recuperado de http://www.indec.mecon.ar/nuevoweb/cuadros/2/proyeccionesestimaciones_nac_2010_204 [consultado 24/11/2014].

Insel, T.R. (2005). Conference National Institute of Mental Health Alliance for Research Progress, Bethesda, MD. Recuperado de <http://www.nimb.nih.gov/outreach/alliancereport> [consultado 29/04/2015].

Jenicek, M., y Clèroux, R. (1993). *Epidemiología, Principios, Técnicas, Aplicaciones*. Barcelona: Editorial Masson – Salvat.

Kandell, E. (2000). *The neurobiology of behaviour*. México: Ed. McGraw-Hill.

Knight, K. (1986). Matrix organization: a review. *Journal of Management Studies*, 13 (2), 11-130.

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Saxena, S., y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4/5), 229-40.

Koontz, H., y O'Donnell, C. (1985). *Administración*. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill.

Kraepelin, E. (1990). The classification of mental disorders. *Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians*. USA: Science History Publications.

Kraut, A.J. (2006). *Salud Mental. Tutela Jurídica*. Santa Fé: Ed. Rubinzal–Culzoni.

Kronenberg, F., y Pollard, N. (2006). Political Dimensions of Occupation and the Roles of Occupation Therapy (AOTA plenary presentation). *American Journal of Occupational Therapy*, 60 (6), 617-625.

Lacan, J. (2008). *Escritos I*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.

Lafuente Lázaro, S., Santos Francisco González, J., Criado Martín, I., y Covarrubias Fernández, C. (2007). Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 27, (2), 47-59.

Lamb, R. (2000). The 1978 APA Conference on the Chronic Mental Patient: A defining Moment. *Psychiatry Service*, 51 (7), 874- 878.

Latsis, S.J. (1972). Situational Determinism in Economics. *British Journal for the Philosophy of Science*, (23), 207-245.

Leibenstein, H. (1975). Aspects of the X-Efficiency Theory of the Firm. *Bell Journal of Economics*, 6, 580-606.

Leonardi, M., Bickenbach, J., Ustun, T.B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. (2006). MHADIE Consortium. The definition of disability: what is in a name? *Lancet*, (368), 1214-1221.

Leonardis, O., Mauri, D., y Rotelli, F. (1994). *La empresa social*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

Liberakis, E.A. (1981). Factors predisposing to institutionalism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63 (4), 356-366.

Lieberman, R.P., y Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatric services*, (56), 735-742.

Lohman, H. Padilla, R., y Byres-Connon, S. (2004). *Occupational Therapy with Elders: Strategies for the COTA*. St. Louis: Mosby.

López Santi, M.C. (2009). Del Hospital Psiquiátrico a la salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad Ed. UNLa*, 11, 77-84.

Luthans F. (1980). *Introducción a la Administración. Un enfoque de contingencias*. Madrid: Editorial McGraw-Hill.

Macpherson, R., Shepherd, G., y Edwards, T. (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10 (3), 180-188.

March, J., y Simon, H. (1993). *Organizations*. Cambridge (MA): Blackwell Publishers.

Martínez, M.B. (2015). *Derecho y Salud Mental*. Rosario: Ed. Juris.

Ministerio de Salud de la Nación (2010). Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/1-instrumentos-internacionales.pdf>. [consultado 16/05/2016].

Ministerio de Salud de la Nación (2014) Se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/1782-se-aprobó-el-plan-de-salud-mental>. [consultado 11/03/2014].

Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay (2005). Programa Nacional de Salud Mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (2), 155-160.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1986). Informe para la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica. BOE, Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental. Madrid.

Minoletti, A., y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Pan American Journal of Public Health*, 18 (4-5), 346-358.

Mintzberg, H. (2000). *La estructura de las organizaciones*. Buenos Aires: Ed. Ariel.

Mintzberg, H. (1991). *Mintzberg y la dirección*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.

Mintzberg, H. (1992). *El poder en la organización*. Barcelona: Ed. Ariel.

Mintzberg, H. (1993). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall

Morasso, A.M. (2010). *Abordaje jurídico económico de la rehabilitación de la salud bucal de pacientes psiquiátricos en proceso de reinserción social*. (Tesis de Maestría). Facultad de Ciencias Económicas-UNLP. La Plata. Recuperado de www.sedici.unlp.edu.ar/.../Documento_completo.pdf?...

Morasso, A.M., Pozzo, C., Pérez-Meyer, M., y Cobanera, A. (2012). Oral Health in psychiatric adults in Argentina. *Acta Odontológica Latinoamericana*, 25 (3), 293-298.

Morgan, S., Schlich, D., y Falkowski, H. (1999). Application of the powers of compulsory admission to psychiatric hospital by general practitioners, social workers and psychiatrists. *Medicine Science and Law*, (4), 39-44.

Moruno Miralles P., y Talavera Valverde M.A. (2012). *Terapia ocupacional en salud mental*. Barcelona: Ed. Elsevier Masson.

Muijen, M. (2008). Focus on mental health care reforms in Europe. Mental health services in Europe: an overview. *Psychiatric Services*. (13), 479-482.

Napolitano, G. (2007). *Nacimiento de la psicopatología en la historia de la psiquiatría*. La Plata: Editorial de la Campana.

OEA (1969). Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto San José de Costa Rica). Serie de tratados N° 36, 1144 U. N. T. S. 222; reimpresión OEA Ser. L. V/II.82. doc. 6 Rev. N° 1.

OEA (1999). Convención Iberoamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad. A.G. Res 1608 (XXIX- 0/99).

OIT. (1983). Recomendaciones sobre readaptación y empleo. N° 99 de 1955 y N° 168 de 1983.

OMS, Banco Mundial. (2011). Informe Mundial sobre Discapacidad. Recuperado de http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf [consultado 19/04/2015].

OMS (1981). Informe del Comité de Expertos de la OMS en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación. Ginebra, Serie de informes técnicos N° 66.

OMS (2001a). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. (CIF) Ginebra.

OMS (2001b). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: OMS.

OMS (2009). Global health risk: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: OMS

OMS (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. OMS, pp. 8-23. Ginebra.

ONU (1982). Programa de Acción Mundial para los Impedidos. A. G. Res. 37/ 52.

OPS (2009). *Salud Mental en la Comunidad*. 2da. Ed. Washington DC: OPS

OPS/OMS (1990). Declaración de Caracas. Caracas: Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.

OPS/OMS (2003). CIE-10. Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10). *Boletín epidemiológico*, 24 (2).

Paganizzi, L. (2007). *Terapia Ocupacional Psicosocial*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Paluska, S., y Schwenk, T. (2000) Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine* 29 (3), 167-180.

Pellegrini, J.L. (2009). El proceso de transformación institucional del Hospital Psiquiátrico de San Luis. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XX, 432-439.

Pérez, F. (2003). La reinserción social como objetivo de la rehabilitación. En C. Gisbert Aguilar (Coord.) *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios/28.

Porter, M.E. (1999). *Ventaja Competitiva*. México D.F.: Editorial CECSA.

Provincia de Buenos Aires, Instituto Provincial de Vivienda de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.vivienda.mosp.gba.ar/programas/provinciales.php> [consultado 29/04/2015].

IPROSS (Instituto Provincial del Seguro de Salud de la Provincia de Buenos Aires) (1993). Resolución No. 556 del 28/06/1993.

Provincia de Buenos Aires, Ley 13.688/2007. Educación de la Provincia de Buenos Aires. B.O. 10/07/2007.

Provincia de Buenos Aires, Ley 14.442/2013. Ministerio Público. B.O. 26/02/2013.

Provincia de Buenos Aires, Ley 14.580/2014. Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657 de Salud Mental. B.O N° 27234, 06/01/2014.

Provincia de Buenos Aires, Ley 8801/1977. Sistema de Atención Médica Organizada. B.O. N° 18550, 24/06/1977.

Provincia de Río Negro, Ley 8687/1973. Ley provincial y modificatorias. Recuperado de [http:// www.Legisrn.gov.ar/](http://www.Legisrn.gov.ar/) del 03/03/2007. [consultado 20/01/2015].

Real Academia Española. (2000). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe.

Rodríguez, J.J (2009). *La Salud Mental en América Latina y el Caribe: Retos y proyecciones. Salud mental y Derechos Humanos*. Buenos Aires: OPS.

Rodríguez, J.J, Kohn, R., y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C: OPS.

Romero, D.M, y Moruno, P. (2003). *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*. Barcelona: Editorial Masson.

Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Editorial Topia.

Saforcada, E., y Castellá Sarriera, J. (2008). *Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Salvador, I. (Coord.) (2005). El proceso de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (93), 55-58.

Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez-Barquero, J.L., Muñoz, P.E., Gómez-Beneyto, M., y Torres, F. (2002). La salud mental en España: Cenicienta en El País de las Maravillas. Información de la sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria SESPAS, 309-310.

Samuelson, P., Nordhaus, W., y Pérez Enrri, D. (2006). *Economía*. Buenos Aires: Editorial McGraw Hill.

Saxena, S., Sharan, P., y Saraceno, B. (2003). Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's Project Atlas. *Journal of Mental Health Policy and Economics*: (13), 135-143.

Schön, D.A. (1992). *La formación de los profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Ed Paidós.

Simon, H.A. (1979). Rational decision making in business organizations. *American Economic Review*, 69, pp. 493-513.

Simon, H.A. (2011). *El comportamiento administrativo*. Buenos Aires: Errepar.

Sistema de Información en Salud Mental (1998). *Revista de Salud Pública España*, (5), 301-306.

Stagnaro, J.C. (2009). Las transformaciones en Salud Mental. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XX, 428-431.

Suárez, E. (2012). Los derechos de los pacientes ante las instituciones públicas. En C. Ghersi y C. Weingarten (Dir.). *Tratado del derecho a la salud*, Tomo I. Buenos Aires: Editorial La Ley, pp. 775-785.

Talbott, J.A. (1985). Community care for the chronically mentally ill. *Psychiatric Clinics of North America*, (8), 437-440.

Thornicroft, G., y Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service. A pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry*, (185), 283-240.

Thornicroft, G., y Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalization—from Hospital Closure to service Development. *British Journal of Psychiatry*, (155), 741-745.

Thornicroft, G., Rose, D., y Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, (Abingdon, England), (19), 113-122.

Tosta Berlink, M. (2009). La reforma psiquiátrica brasileña: perspectivas y problemas. Recuperado de www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n4a1.pdf [consultado 20/11/2014]

van der Merwe, M., Bowers, L., Jones, J., Simpson, A., y Haglund, K. (2009). Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (13), 293-299.

Vezzeti, H. (1991). Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas. *Vertex*, 2 (3), 51-61.

Wilcock, A.A. (2007). Occupation and Health: Are They One and the Same? *Journal of Occupation Science*, 14 (1), 3-8.

Wolkowicz, A.M. (2013). Capacidad Jurídica y Derechos Humanos. Recuperado de www.colescba.org.ar/portal/images/organismos/biblioteca/dsi/dsi-noviembre-2013-1.pdf [consultado 12/03/2015]

World Bank (2002). World Development Indicators. New York: World Bank.

World Health Organization (2004) World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, (291), 2581-90.

World Health Organization (2013a). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado de http://www.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf [consultado 29/05/2015].

World Health Organization (2013b). Investing in mental health. Recuperado de www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/ [consultado 19/04/2015]

Yerxa, E. (1993). Occupational science: A new source of power for participants in occupational therapy. *Journal of Occupational Science*, 1 (1), 3-9.

Zito Lema, V. (2001). *Conversaciones con Enrique Pichon Rivièrè sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco Buenos Aires.

ANEXO I
NORMATIVA JURÍDICA

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

31147 - "CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS) C/ PROVINCIA DE BUENOS AIRES S/AMPARO"

La Plata, 27 de Noviembre de 2014.-

AUTOS Y VISTOS: Para resolver la medida cautelar solicitada en el escrito de inicio, atento a la producción de las medidas dispuestas oportunamente, y: -

CONSIDERANDO: -

1. Que en autos se presenta el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), con el objeto de obtener un pronunciamiento mediante el cual se condene a la Provincia de Buenos Aires a sustituir el dispositivo monovalente que funciona en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "*Dr. Alejandro Korn*" de Melchor Romero por dispositivos de Salud Mental Comunitarios, adoptando todas las medidas necesarias para garantizar que las personas allí institucionalizadas puedan ser incluidas en la comunidad en igualdad de condiciones, de acuerdo con el art. 27 de la Ley Nacional de Salud Mental. -

Por otra parte, solicitan se disponga con carácter cautelar, la intervención judicial de Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital "*Dr. Alejandro Korn*" de Melchor Romero, a través de la designación de una mesa de trabajo intersectorial, integrada por las carteras ministeriales involucradas, para que adopte un plan de acción urgente tendiente a garantizar el cese de las graves violaciones que se denuncian sobre las personas alojadas en "*Melchor Romero*". -

2. En ese sentido, la parte actora denuncia que en la Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital "*Dr. Alejandro Korn*" de Melchor Romero, se encuentran alojadas aproximadamente 750 personas, y que existirían condiciones de hacinamiento, alojamiento deficientes y riesgosas para la salud y la vida de las personas, falta de atención médica apropiada, ausencia de procesos de rehabilitación, relaciones asimétricas entre profesionales y personas internadas, abandono total de estas últimas y ausencia de controles externos eficaces que garanticen sus derechos, en particular de la intervención judicial sobre las internaciones, en los términos previstos en la Ley 26.657. -

Asimismo, denuncian condiciones inhumanas de encierro, violación al derecho a la integridad física y a la prohibición de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, entre las que detalla la persistencia de intervenciones como el electroshock; la sujeción física (ataduras); el aislamiento y el uso abusivo de la medicación con fines de control social. En suma, que las personas se encuentran "*depositadas*" en condiciones inhumanas, en estructuras edilicias deficitarias que no guardan las mínimas condiciones de seguridad e higiene, que los espacios de las salas son reducidos y no conservan mínimas condiciones de privacidad, comodidad y trato personalizado. -

Por su parte, denuncian la ausencia de abordaje de los derechos sexuales y reproductivos de los pacientes, salvo por el control de la reproducción sexual que, bajo el paradigma de la sustitución de la voluntad se realiza sin consideración alguna del consentimiento de las personas involucradas; que la atención de salud es, en general, casi inexistente y que los registros clínicos (historias clínicas; libros de guardia; libros de enfermería; etc.) no contienen los datos mínimos requeridos por la Ley 26.657 y la Ley 26.529; que tampoco existe un abordaje integral y generalizado tendiente a la promoción, el fortalecimiento y/o restitución de los lazos sociales afuera del manicomio. Por el contrario, la desvinculación familiar y la ausencia de privacidad que favorezca la preservación o construcción de vínculos al interior de la institución manicomial, son denominadores comunes de la Dirección de Psiquiatría. -

Señalan, a su vez, que en una población de 750 personas, ha habido en nueve meses (de enero a octubre de 2012), 53 muertes, que son naturalizadas, y sus causas no han merecido hasta el momento investigación alguna. Como así también, destaca la ausencia del órgano de revisión provincial que pueda ejercer los controles eficaces al interior de la institución psiquiátrica y monitorear el proceso de implementación de la Ley 26.657. -

3. Cabe aclarar que el art. 3 de la Ley 14.580, en cuanto otorga un plazo máximo de treinta y seis (36) meses para implementar las reformas que garanticen el cumplimiento de lo establecido en la Ley 26.657, no constituye óbice alguno para el dictado de la presente medida cautelar, toda vez que la propia norma deja a salvo la plena vigencia de los derechos de los usuarios y las obligaciones de

los prestadores del sistema de salud mental. Ello implica que, sin perjuicio de la organización administrativa de la que se pueda disponer oportunamente, resultan directamente operativos los derechos de los usuarios del sistema de salud mental reconocidos, no sólo en la Ley 26.657, sino también en la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, lo cual así se habrá de ordenar. -

4. En atención a las graves denuncias formuladas por la accionante sobre violaciones a los derechos humanos de las personas internadas en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "*Dr. Alejandro Korn*" de Melchor Romero, se ordenaron una serie de medidas de prueba anticipada en los términos del art. 326 del CPCC, tendientes a constatar el estado y/o condiciones en que se encuentran las personas alojadas en la Dirección Asociada de Psiquiatría de dicha institución, como así también respecto de las características de los tratamientos que allí reciben. Ello tuvo lugar mediante la realización de un reconocimiento judicial de la institución practicado el día 28-X-2014 por el infrascripto, funcionarios y empleados de éste Juzgado a mi cargo, conformando junto con los peritos intervinientes -a quienes a su vez se le encomendara la realización de un dictamen pericial-, diversos equipos interdisciplinarios que constataron el estado y características de los siguientes lugares de internación: Sala "*Solanel*"; Sala 5 (Clínica Médica); Sala "*Agudos Mujeres*"; Sala "*Agudos Hombres*"; Sala "*Charcot*"; Sala "*Lasegue*"; Sala "*Melendez B*"; Sala "*Mujeres E*"; y Sala "*S.A.C.*" (Servicio de Atención en Crisis). -

En primer lugar, cabe destacar que las autoridades del Hospital se encontraban en pleno conocimiento de la diligencia judicial que se iba a practicar, tal como refirieron los representantes gremiales, quienes informaron que en función de ello "*los empleados no se tenían que tomar el día*", que "*había que limpiar y cortar el pasto*", y que al personal de limpieza le duplicaron las horas de trabajo de 6 a 12 horas continuas (conf. acta de ingreso a la institución, de fs. 184), lo cual se vio reflejado durante toda la jornada en que personal de limpieza baldeaba continuamente los pisos en cada una de las salas de internación relevadas. -

De mayor gravedad fue el intento por ocultar el contenido de diversas habitaciones a las que no se pudo acceder, en clara intención de sustraerse del reconocimiento judicial ordenado. En efecto, en el S.A.C. (Servicio de Atención en Crisis) se observaron dos habitaciones cuyas puertas se encuentran soldadas con chapones y pintura fresca, a las que no se pudo tener acceso. Según los enfermeros, las mismas debieron ser clausuradas por "*fallas de infraestructura y de mantenimiento*" (conf. acta a fs. 3 del expte. 31.147 -H-). En la Sala "*Agudos hombres*", una habitación se encontraba cerrada con llave, la cual no pudo ser abierta porque -según adujeron los enfermeros- las llaves solo las tenían los médicos clínicos que en ese momento no se encontraban presentes. Idéntica situación se presentó en la Sala "*Lasegue*", en que dos (2) habitaciones se encontraban cerradas con candado. Las enfermeras de turno refirieron que las mismas se utilizaban como depósito, aunque llamativamente manifestaron desconocer el contenido de los mismos. Indicaron, a su vez, que las llaves de los candados estaban en poder de la enfermera encargada (Sra. Mónica Sánchez), quien no se apersonó en ningún momento de la diligencia (conf. acta Sala Lasegue, a fs. 1 vta. del expte. 31.147 -D-). -

Sin embargo, esos intentos no pudieron ocultar las lógicas asilares de intervención y la vulneración de derechos en que se encuentran las personas allí internadas. -

Posteriormente, se realizó un reconocimiento judicial complementario del anterior, el día 20-XI-2014, a fin de relevar la documentación de las distintas salas cuya constatación fuera ordenada oportunamente. -

4.1. De las salas de pacientes crónicos relevadas ("*Solanel*", "*Charcot*", "*Lasegue*", "*Melendez B*" y "*Mujeres E*"), se advierte como una constante la ausencia de abordajes interdisciplinarios, siendo los tratamientos de carácter puramente médico y, más específicamente, farmacológico. Son muy pocos los pacientes que realizan talleres o actividades extra hospitalarias y, en general, el ocio parece ser la rutina diaria en esos lugares. Durante toda la diligencia, se observó que los pacientes miraban televisión, tomaban mate, deambulaban, o simplemente permanecían sentados o acostados en el piso, en los bancos del comedor o en las camas de los pabellones. Existe una gran cantidad de pacientes sin documentos de identidad, situación que parece natural y no se advierte que las autoridades hayan efectuado trámite alguno para su obtención. Según lo manifestado por el personal tratante, en la mayoría de los casos son pacientes sociales, de escasa o nula contención familiar, que si bien tienen o pueden recibir el alta médica, no es posible su externación dadas las dificultades de trabajar con sus familias para su inserción en la comunidad. -

De las entrevistas realizadas, uno de los pacientes alojados en la Sala "*Lasegue*" refirió episodios de violencia (golpes en el cuerpo) como una práctica habitual, por parte de un enfermero. Agregó que al enfermero lo trasladaron a otra sala, y que nunca presentó una denuncia por encontrarse acostumbrado a ese tipo de prácticas. -

Otra característica común de estos lugares es la ausencia absoluta de intimidad por parte de los pacientes, toda vez que las habitaciones son grandes pabellones abiertos, separados sólo por tabiques a media altura, y los baños son múltiples, carecen de puertas de ingreso por lo que puede inspeccionarse a simple vista desde su exterior, al igual que las duchas que carecen de cortinas que provean de intimidad a quien se estuviere bañando. Durante la diligencia ocurrió un episodio que ilustra la gravedad de la situación y de cómo el personal la naturaliza. En la Sala “*Agudos Mujeres*”, se observó que una paciente salió del baño completamente desnuda y mojada, se dirigió a la oficina donde se encontraba el director de la Sala con personal de éste Juzgado a fin de solicitar shampoo. El director envió a la paciente a pedirlo a otra habitación, aunque no se vio sorprendido por el episodio. –

Con respecto a la infraestructura disponible, los edificios exhiben un deterioro notable. Se verificó falta de mantenimiento en paredes y techos. La humedad es una constante en todos los ambientes, así como el mal olor y la presencia de moscas, situación que se agrava en los sectores de cocina y comedor. Los sectores donde se almacena la ropa presentan una suciedad evidente, mal olor, con colchones apilados y bolsones de ropa sucia. Se observaron instalaciones eléctricas precarias, falta de pintura en techos, paredes y marcos de aberturas, oxido, vidrios rotos, presencia de telarañas en los techos de los baños y de cucarachas en la cocina y en contacto con insumos de cocina como platos, vasos y bolsas de pan. Los espacios carecen de aislación adecuada, constatándose -además de vidrios rotos en todas las salas-, en una de ellas un agujero en la pared de aproximadamente 30 cms. de diámetro que comunica al exterior y cuya data el personal no supo referir (Sala “*Lasegue*”), y en otras dos goteras en los techos, que según los enfermeros en días de lluvia la situación se torna gravísima (salas “*Melendez B*” y “*Mujeres E*”). –

En términos análogos se expidieron los peritos de la Asesoría Pericial La Plata. –

Con respecto a la Sala “*Lasegue*”, Amancay Tancredi - Lic. en Trabajo Social- dictaminó que no existen dispositivos integrales ni estrategias institucionales que tiendan a la construcción de la rehabilitación psiquiátrica y social, con la consecuente reinserción de los pacientes en el ámbito comunitario. “*Esta carencia conlleva indefectiblemente a la cronificación – cosificación institucionales de las personas residentes con padecimiento mental, con pérdida de la percepción personal, de la autonomía relativa, de hábitos sociales y de higiene, de lazos afectivos primarios, etc.*” (conf. fs. 9 del expte. 31.147 -D-). María del Carmen Badaloni -Psicóloga- valoró que en lugar de asegurar la recuperación de los pacientes, la ausencia de un abordaje interdisciplinario es más proclive a la pérdida de una alternativa terapéutica acabada y acorde a los fundamentos científicos que la disciplina podría brindarle actualmente (conf. fs. 19 vta.). Marlene Mezza Reynaga -médica psiquiatra- destacó la desprolijidad y las falencias de las historias clínicas, como el consentimiento informado respecto de los tratamientos que se realizan, que no se halló en ninguno de los casos seleccionados, y “*...que se encuentran internados hace varios años con las llamadas actas de urgencia o intervenciones judiciales*” (fs. 22 vta. y 29 del expte. 31.147 -D-). –

En cuanto a la Sala “*Solanef*”, Mariel Lucía Azcáibar –Lic. en Trabajo Social- resaltó la ausencia de equipo interdisciplinario que construya la estrategia de salida del hospital, teniendo en cuenta que en la citada sala se hallan “*...aproximadamente un 30% de pacientes en condiciones médico-psiquiátricas de alta y que permanecen en la institución por cuestiones de índole socio-económica-familiar-comunitario*”. Agregó que los pacientes “*No tienen actividades que organicen su jornada, la que transcurre en un ‘solo estar’ y librada a las posibilidades personales de cada quien. La inexistencia de objetos personales, lugares de guarda privados, de intimidad, conspira negativamente en la construcción respetable de dicha cotidianidad*” (fs. 11 del expte. 31.147 -F-). Karina V. Arcuschin –Psicóloga- manifestó que las historias clínicas son difíciles de evaluar por su desorden y porque las evoluciones repiten siempre el mismo contenido, sin demasiadas especificaciones. Que todos los pacientes relevados han ingresado hace por lo menos dos décadas o más. Que no hay psicólogos, que un solo paciente cuenta con acompañante terapéutico con quien realiza actividades sociales semanalmente y que la mayoría son pacientes institucionalizados que no poseen casi referencias que recuerden de su vida fuera del hospital. Que la mayoría posee nula conciencia de su enfermedad y se encuentran temporalmente desorientados. No se consigna trabajo psicológico sistemático para acceder a la desinstitucionalización (fs. 18-19 del expte. 31.147 -F-). Sergio Javier Cuba –médico psiquiatra- indicó que en todos los casos relevados la internación se produjo mediante las llamadas “*Actas de Urgencia*”, ficha de ingreso por la que antiguamente se ordenaba judicialmente la internación para pacientes acompañados por familiares o por la policía. No se registró ningún consentimiento informado. Evaluó la medicación suministrada a los pacientes y consideró la posibilidad de modificarla por otra con menos efectos colaterales y diferente perfil farmacológico, buscando reducción de drogas y de dosis (fs. 25 vta. y 37 vta. del expte. 31.147 -F-). –

En las Salas “*Melendez B*” y “*Mujeres E*”, María Cecilia Rodríguez y Eugenio Camino –

psiquiatras- y María Elina del Rosario Hiriart –psicóloga- señalan que la Sala “Melendez B” alberga pacientes con una gran cantidad de años de internación lo cual dificulta las posibilidades de externación, que el 20% de los pacientes carecen de documentación, y que en estos casos hay una mayor necesidad de tener un equipo terapéutico con orientación en rehabilitación física y cuidados generales. Que no obstante hay un solo profesional médico (psiquiatra) y nunca tuvieron equipo interdisciplinario (fs. 7 y 24 vta. del expte. 31.147 -I-). Respecto de la Sala “Mujeres E”, destacan que está orientada a pacientes con menor estadía en el Hospital, lo que se denomina como pacientes sub-agudos (con una estadía mayor a un año) y que por lo general mantienen mayores posibilidades de trabajo en la resocialización. Que ello generó la conformación de un equipo interdisciplinario, pero que en el último año se disolvió porque la Directora de Salud Mental del Hospital creó un dispositivo denominado “Andamiaje”, pero integrado con distintos tipos de pacientes, el equipo fue reubicado y los voluntarios (talleristas y/o terapeutas) dejaron de asistir, ocasionado un cese de funcionamiento del dispositivo alcanzado por el Jefe de la Sala. En la actualidad cuentan con menos recursos, un psicólogo asiste quincenalmente y un tallerista de música concurre voluntariamente los miércoles (fs. 6 y su vta., 24 vta. y 25 del expte. 31.147 -I-). Respecto de la Sala “Melendez B”, la Sra. María Julia Peñalba –Lic. en Trabajo Social-, refirió acerca de la falta de trabajo interdisciplinario, la ausencia de consentimiento informado en las historias clínicas así como de informes sociales que den cuenta de la vinculación de los pacientes con “el afuera”. Destacó que la mayoría de la información sobre familiares no consta formalmente en la documentación sino que fue facilitada por el personal de enfermería, y que no obstante la buena predisposición del personal a cargo, “...ello no alcanza para romper con prácticas de un sistema sostenido desde antaño sobre un concepto positivista de la locura, aun pese a la legislación actual en contrario”. Que la cronificación de los pacientes dificulta el tránsito por un proceso de externación, que no serían capaces de desear, ni buscar otras formas de vida (fs. 14 del expte. 31.147 -I-). En cuanto, a la Sala “Mujeres E”, detalla las actividades que realizan algunas pacientes dentro del Hospital, y que aproximadamente 20 pacientes (sobre 39) cuentan con alguna posibilidad de externación o de vinculación con sus familiares (fs. 15). Menciona que el “dispositivo de andamiaje” cuenta con tres casas de convivencia, talleres de fabricación de bolsas y huerta orgánica, que según el Jefe de la Sala se trata de un dispositivo importante pero que la Sala es notoria la falta de profesionales. Entiende que el trabajo interdisciplinario realizado en la Sala sentó precedentes positivos, impactando directamente en la autonomía y la confianza de las pacientes, pero que la creación de dispositivos intrahospitalarios ha derivado en la migración de profesionales hacia otros ámbitos, sin reemplazo, motivo por el cual la tarea quedó a mitad de camino. Ello si bien puede ser compensado por la iniciativa de algunos profesionales, no se constituye en una estrategia sistematizada y planificada desde la institución (fs. 17). Repara en la necesidad de profesionales del área del Trabajo Social, que articulen las necesidades de los pacientes con su realidad familiar y comunitaria puesto que la historia de vida del sujeto no puede ni debe reducirse a su faceta “clínica”. La inexistencia de dichos profesionales, en ambas salas, resulta una vuelta al punto de partida en concordancia con las prácticas de antaño (fs. 18 expte. 31.147 -I-) –

Por su parte, en la Sala “Charcot”, la Dra. Liliana Edith Rosa -Neuróloga- explica que la misma cuenta con pacientes con patologías crónicas neurológicas asociadas en su mayoría a diversas patologías psiquiátricas (retraso mental, alcoholismo, episodios psicóticos, entre otros), de tiempos prolongados de internación. Más allá de considerar adecuado el tratamiento farmacológico que se efectúa respecto de los cuadros neurológicos de pacientes relevados, entiende ajenos a su especialidad los aspectos relativos a la salud mental y al tratamiento farmacológico de las patologías psicológico-psiquiátricas (conf. fs. 396 y 398 del expte. 31.147 -A-). Agustina Gubia –Lic. en Trabajo Social- indica que la Sala no cuenta con psicólogos ni trabajadores sociales, y no cuenta con psiquiatra estable (sólo de enlace). En cambio, sí cuenta en su planta estable con diversos profesionales de la medicina. El abordaje de los pacientes es puramente médico, y dentro de éste se reduce al farmacológico, las actividades de la Sala se limitan a ver televisión o tomar mate. Agrega que existen algunos pacientes en condiciones de recibir el alta médica, pero que permanecen allí por razones sociales, pero que no existe ningún tipo de trabajo en estrategias de reinserción social, ni de prácticas vinculadas a la potenciación de la autonomía (fs. 399 vta., 400, 401 vta. y 404 vta. del expte. 31.147 -A-). –

En las salas de pacientes agudos, la situación en algunos casos presenta mayor gravedad. –

En la Sala “Agudos Hombres”, a su ingreso se encuentra el salón principal, el cual consta de un televisor, un patio y tres tubos fluorescentes para toda la superficie, lo que a simple vista parece insuficiente. Existen bancos de madera, observándose que tres pacientes se encontraban durmiendo sobre ellos. El baño contiguo cuenta con dos lavabos funcionando y dos inodoros, no hay luz artificial, solo un pequeño ventiluz que da al exterior y agua corriendo por todo el baño llegando casi al salón principal. Las condiciones de higiene eran muy malas y el olor desagradable. Del salón principal se

accede a la “sala de visitas” donde hay dos mesas y una silla. Falta un pedazo considerable de techo. En ese lugar los pacientes reciben a sus familiares durante las visitas. El sector que según el personal fuera el consultorio clínico, se encontraba cerrado con llave, el cual no fue abierto porque las llaves solo las tenían los médicos clínicos que en ese momento no se encontraban. El comedor se encontraba en pésimas condiciones, el espacio es amplio pero solo hay dos mesas largas con tablonces a los costados, y había agujeros en el cielorraso. En la cocina había un termo tanque que no parecía funcionar, una mesada, un artefacto de cocina y los platos de los pacientes. Los platos y vasos eran de plástico y las cucharas que usan para comer, de plástico descartables. No hay cielorraso en toda la cocina, pudiendo observarse directamente los tirantes de madera. La Jefa del Servicio manifestó que en la cocina no se cocinaba sino que los pacientes recibían la comida de afuera (servicio tercerizado). –

Existe un total de siete habitaciones destinadas al descanso de los pacientes, con cinco camas por habitación. Los colchones son placas de goma espuma sin carteles que indiquen que los mismos sean ignífugos. Dos camas se encuentran sin sábanas y una sin colchón. Todas las habitaciones tienen ventanas que dan al exterior, con rejas y cortinas, poseen dos placares que en la mayoría se encontraban vacíos con insectos en su interior, Asimismo en las habitaciones Nros. 1, 2 y 3 los armarios se encontraban cerrados con candados. Preguntados sobre dicha situación se nos informó que los mismos son armarios destinados a los enfermeros y que solo ellos tienen las llaves, que por no estar presentes no se pudieron abrir. Los baños de los pacientes no tienen luz natural ni artificial, tienen dos duchas, dos inodoros, dos lavamanos y cinco mingitorios. De los lavabos funciona solamente uno y con agua fría únicamente, hay un canasto de alambre con ropa sucia. Las condiciones generales del baño son deplorables, existiendo un muy mal olor en el ambiente, con moscas en todos los sectores, pésimas condiciones de higiene, encontrando en esa oportunidad inodoros con suciedad. –

En el mismo pasillo que conduce a los dormitorios se encuentra el “Depósito de enfermería”. En su interior hay colchones nuevos sin abrir, todos de goma espuma, artículos de higiene y medicamentos. Existe otra habitación de aproximadamente 4 mts. por 2 mts. que el personal denomina “depósito”, que en su interior cuenta con una cama, sábanas y frazadas. A pocos metros se encuentra un consultorio donde hay sillas, una mesa y un pizarrón. Existe otro depósito que se encontraba vacío y por último la Sala de enfermeros que tiene cocina, televisor, baño propio, ventilador y tres matafuegos en condiciones. –

La Sala en general carece de luces de emergencias, los matafuegos que había eran únicamente tres y todos en la enfermería, no hay salidas de emergencia, todas las puertas están cerradas o sin picaportes, no hay señalización de salidas, hay falta de pintura, moscas en todos los sectores, los vidrios en su mayoría están rotos, y la instalación eléctrica es precaria. –

Por su parte, la Sala “Agudos Mujeres” se encuentra integrada por 25 pacientes. Allí trabajan tres psiquiatras, una trabajadora social de planta y enfermeras por turnos de 24 horas. Hay tres o cuatro camas por habitación. No se advierte superpoblación. Si bien los pisos se encontraban limpios en ese momento, como en la mayoría de los pabellones toda la infraestructura de las habitaciones es mala y se encuentra deteriorada, falta pintura y los muebles no tienen puertas. Las camas son de hierro y los elásticos de las mismas de madera entablillada. Las sábanas y cubrecamas, muy deterioradas. Los colchones son placas de goma espuma de baja densidad. Las ventanas se encuentran oxidadas en sus correderas y muy sucias. Todas las habitaciones tienen ventanas que dan al exterior, con rejas, sin cortinas, poseen dos placares que en la mayoría se encuentran vacíos o con muy poca ropa, los radiadores están empotrados y no hay ventiladores. Las conexiones eléctricas son precarias. En las habitaciones vacías se observaron placares cerrados con candado y camas armadas con colchones y sin sábanas. Observamos que en algunas habitaciones las camas se encuentran inclinadas y sin las dos patas delanteras. Los baños son múltiples, sin puertas y con duchas sin cortinas. Uno de ellos sucio y en estado deplorable, con manchas de humedad y sin ningún tipo de intimidad para las pacientes. Luego hay una sala muy espaciosa que el personal denomina “living”. Sus paredes están sucias, faltan vidrios y pintura. A través de una ventana se visualiza un patio sucio con pastos altos y con colchones muy deteriorados tirados en el piso. –

Durante el recorrido se entrevistaron a las pacientes que se fueron encontrando en la habitación o en los pasillos, quienes se mostraron dispuestas al diálogo. Algunas manifestaron que la comida es muy mala, que les suministran al mediodía las sobras del día anterior y que comen polenta en días de mucho calor. Manifiestan que las levantan a las cinco de la mañana y en ese horario no tienen agua caliente. Que las atan con vendas “cuando se brotan”. En el día de la diligencia las pacientes comían hamburguesas con ensalada de vegetales, y dos de ellas manifestaban a viva voz que la comida había “venido mejor”. –

Para la realización de las entrevistas, se tomaron cinco historias clínicas de modo aleatorio.

De las mismas se desprende que algunas pacientes realizan terapia ocupacional en talleres de teatro o arte (una paciente adujo hacer murales con tapitas de gaseosas) pero se advierte que es escaso el tiempo que ocupan en esas actividades. Una paciente manifestó que *“las atan cuando se brotan pero poco tiempo hasta que el brote pase”*. Señalan que la comida es abundante pero de mala calidad. La mayoría no sabe la medicación que toma. Una paciente revela que le inyectan anticonceptivos pero preguntada sobre el uso de los mismos, carecía de información general sobre la sexualidad. Algunas no saben si cobran pensión, y otras se encuentran visiblemente sobre medicadas. Como sucede en general, las pacientes no tienen consigo su DNI y la mayoría no recibe visitas.–

De la selección aleatoria de pacientes, el caso de Nicol Bernal exhibe un trato de singular gravedad. De la lectura de su historia clínica se advirtió que el día anterior se le había indicado una medida de aislamiento. Se requirió al Director de la Sala —Sr. Sánchez— el acceso a ese lugar, quien accede a disgusto. Luego de señalar que Nicole es travesti, que tiene HIV, destaca que días antes habría mordido a una enfermera y ahora la profesional estaría medicada. Indicó que la paciente se encontraba en el living pero que no existía un lugar de aislamiento, aun cuando la historia clínica específicamente se refería a un *“aislamiento”*. Agrega que Nicol es hombre y que no tiene que estar con mujeres. Llegados al living se solicitó al Director que nos deje a solas con la paciente y se retira visiblemente molesto. En un rincón sin cama, sobre un colchón de goma espuma roto, sin sábanas y tirada en el piso, se encuentra durmiendo la paciente. El perito psiquiatra interviniente en el acto -Dr. Daniel Rodríguez- entrevista a la paciente, la ayuda a incorporarse y sentarse en una silla. Nicol se encontraba desalineada, sucia, se rascaba permanentemente la cabeza, apenas se entendía aquello que intentaba expresar. Presentaba una delgadez extrema, la boca inflamada y ausencia de varias piezas dentales. Señalando sus encías balbuceó que no podía comer. Se pudo advertir que estaba muy medicada. El citado perito la ayudó a recostarse. La paciente no podía sostenerse en pie (se documentó con fotografías). –

En la Sala de Recuperación Clínica (también conocida como *“Sala de Engorde”*), destinada a pacientes que además de padecer alguna afección en su salud mental requieren atención clínica, la situación es calamitosa. Al momento de la constatación, la Sala contaba con 23 pacientes que, en general, se encontraban muy deteriorados. El aseo personal es casi inexistente, la ropa con visibles agujeros y mal estado, muchos estaban descalzos. Un paciente se encontraba acostado en su cama totalmente desnudo. Luego se levantó y se dirigió hacia el baño totalmente desnudo. El personal manifestó que no hay ropa, que la ropa se manda al lavadero del hospital, pero luego no vuelve o vuelve en menor cantidad que la enviada. Que en general la ropa de los pacientes proviene de donaciones que hace la gente. –

Durante el reconocimiento judicial efectuado a la Sala *“de Engorde”*, se pudo constatar en las habitaciones un marcado olor a orín y excremento. Hay alta presencia de moscas en todas ellas. El personal manifiesta que hay varios pacientes con incontinencia. Que la mayoría no está en condiciones de ir al baño por sus propios medios. Se les provee de papagayos y pañales. En dos de las habitaciones se pudo apreciar charcos de orín en el suelo, y en el pasillo restos de excremento que estaban siendo baldeados por personal de limpieza.–

La infraestructura de la sala es deplorable. Las paredes y techos se encuentran en mal estado, con humedad y oxido, con faltantes de mampostería. Las instalaciones son, en general, precarias. El tablero eléctrico, es muy antiguo y no dispone de ninguna medida de seguridad. Se encuentra en una pequeña habitación cerrada y todos los cables se encuentran salidos, con extremo riesgo para el personal que trabaja en la Sala, quien manifiesta que intentan no ingresar a dicha habitación por temor. Hay un solo baño, con tres inodoros y cuatro duchas. Ninguna de ellas tiene cortinas ni agua caliente. Los sanitarios se encuentran sucios, y el olor es nauseabundo. –

Si bien se trata de una Sala donde específicamente se debe brindar atención médica clínica, el personal manifestó haber faltantes de insumos básicos para su funcionamiento: guantes, jeringas, gasas, agujas, bolsas de colostomía, pañales, no hay toallas y los pacientes después de bañarse se secan con sábanas. Que solo hay tres camas ortopédicas, que son insuficientes y cuando hay algún paciente en crisis o que tiene que dormir semisentado no se lo puede tratar adecuadamente. Que hay cuatro sillas de ruedas para pacientes, pero todas provienen de donaciones o regalos. A su vez, señalaron las enfermeras que los pacientes toman mucha medicación, y necesitan ingerir algún protector gástrico como omeprazol, pero que hay faltantes. Que había un paciente con bronquitis y no hay aspirador. Que hay varios pacientes con EPOC y el oxígeno es insuficiente. Que hay cinco pacientes con diabetes y la provisión de jeringas de insulina son insuficientes. Que en casos de extrema necesidad les solicitan a otras salas. –

Cabe agregar que la Sala no cuenta con médicos clínicos propios, sino que requiere la intervención de los médicos del CAPER, que sólo trabajan durante la mañana. La Sala cuenta con personal de enfermería las 24 horas del día y una médica psiquiatra que sólo trabaja durante la

mañana y al momento de la diligencia se encontraba de vacaciones (conf. fs. 1 y su vta. del expte. 31.147 -K-). –

Por su parte, a fs. 27/31 del expte. 31.147 -G- obra la pericia de los Dres. Agustín Manuel Capurro y Pablo José María Vilela, médicos clínicos de la Asesoría Pericial, quienes se constituyeron en la Sala “*Clínica Médica de Mentales*”, en la Sala de “*Rehabilitación Clínica*” (o “*de Engorde*”) y en el Servicio “*C.A.P.E.R.*” (Consultorio de Atención Primaria en Rehabilitación). –

Con respecto a la Sala de “*Clínica Médica de Mentales*” (de atención exclusiva a internados en el nosocomio), manifiestan que allí se tratan las patologías agudas que merecen internación clínica y/o quirúrgica ajena a la salud mental (neumonías, infecciones, apendicitis, cirugías traumatológicas, etc.), como un servicio de clínica habitual. El paciente es retirado de su sala habitual, asistido allí hasta estar en condiciones de retorno a su sala de origen, o en caso de ser necesario hay un paso intermedio por la Sala “*de Engorde*” para “*ponerlo en condiciones*” (conf. fs. 27 vta./28). En cuanto a ésta última, explican que originariamente recibía pacientes de la clínica de mentales para mejorar su condición clínica previo a su restitución a la sala de origen, atento a que aproximadamente en el año 2000 había un 30% de desnutrición por la crisis económica reinante en el país, esto es al momento de apertura de la sala. Que actualmente, luego del cierre de diversas salas, “*...los enfermos remanentes son reubicados donde hay lugar y en esta situación la sala pasó a ser mixta, o sea recibe a enfermos de clínica y a enfermos mentales de las diferentes salas, perdiendo el perfil originario que tenía esta sala en referencia a lo que fuera estrictamente rehabilitación*” (fs. 29). Señalan que “*dentro de las patologías clínico-quirúrgicas se encuentran enfermos diabéticos, con enfermedad obstructiva pulmonar crónica (EPOC), postquirúrgicos abdominales y traumatológicos, entre otros*” (fs. 29 vta.). Luego de relevar el perfil de los pacientes sostienen que la situación de la Sala resulta contraproducente y contraria a las normas médicas, puesto que “*no pueden cohabitar enfermos con patologías quirúrgicas, respiratorias, etc. Con otros enfermos que tienen otros hábitos higiénico-dietéticos, entre los cuales llama la atención el tabaquismo, que se practica junto a enfermos con patologías clínicas como las descritas ut supra*” (fs. 30 vta.). Acerca del “*C.A.P.E.R.*”, indican que se trata de un pequeño edificio donde se encuentran dos medicas generalistas, quienes manifestaron que “*luego de varios reclamos recién esa semana se comenzó a construir un baño para los pacientes, ya que los mismos realizaban sus necesidades afuera entre las plantas*” (fs. 31). Agregaron los médicos allí presentes que recién el día de la diligencia judicial se encontraba personal municipal en el predio realizando tareas de desmalezamiento y corte de pasto, producto de sus reclamos por los roedores que habitualmente se encuentran “*ya que es zona endémica de hantavirus*” (fs. 31). Señalan los peritos que “*este centro es el corazón de la medicina preventiva y puramente asistencial de los enfermos desde el punto de vista médico generalista; realizando los médicos afectados a este servicio tareas de educación, prevención, promoción de la salud, control metabólico, de anticoncepción y de atención a la mujer, habiendo adherido por gestión de este centro al programa PROGEMA para control ginecológico de las internas*” (fs. 31). –

4.2. La situación del Servicio de Atención en Crisis (S.A.C.)–

El Servicio de Atención en Crisis (S.A.C.), destinado a tratar las urgencias y que efectúa – junto con la Guardia Psiquiátrica- las admisiones al Hospital Neuropsiquiátrico, no realiza una evaluación interdisciplinaria en el ingreso de los pacientes, por no contar con psicólogos ni trabajadores sociales en su planta estable. Agregó el personal que la idea del servicio es contener al paciente, se le habla y contiene, en casos extremos se los sujeta con tiras de sábana. Aclaran que no existe práctica de electrochoque. –

Se pudo constatar que el Servicio no cuenta con libro de visitas ni de novedades judiciales. Las inspecciones judiciales se informan en cada historia clínica. No llevan libros de registros contables ni del circuito de administración. No se llevan registros de stock de medicación, sustituyéndolo con una planilla donde consta la medicación que requiere cada persona y que se solicita los días martes a farmacia. En encargado de enfermería manifestó que no tiene libro de insumos, que se maneja con “*remitos*”. Por tales motivos resulta extremadamente difícil efectuar una evaluación general respecto de la medicación que se les provee a los pacientes. –

Respecto de las condiciones de internación se observó que los pacientes se encuentran mal vestidos, uno de ellos incluso descalzo. Las habitaciones se encuentran en muy malas condiciones de higiene y presencia de moscas. El estado de conservación es deplorable, las paredes están sucias y escritas, incluso en una de las habitaciones por causa de un incendio, aún se encuentra con hollín. Las paredes están en mal estado, con humedad y falta de revoques. Los placares en su mayoría no tienen puertas, y otros poseen puertas cerradas con candado. Los baños de las habitaciones tienen grifería, aunque un paciente manifestó que el día anterior a nuestra visita habían sido puestas las griferías en uno de los baños. Los baños comunes poseen dos lavamanos, las canillas no tienen agua, incluso hay un chapón en el piso con filos a la vista. Posee tres inodoros, 2 duchas. No hay luz

artificial, las conexiones eléctricas son peligrosas, los cielorrasos están caídos y la higiene es deplorable. Luego existe una habitación que es utilizada como consultorio, donde hay una camilla, una balanza y un artefacto cocina. Hay rastros de heces de roedores. Se observaron dos habitaciones cuyas puertas se encontraban soldadas con chapones y pintura fresca, a las que no se pudo tener acceso. Según los enfermeros las mismas eran habitaciones que padecían fallas de infraestructura y de mantenimiento, resultando necesaria su clausura (conf. acta de fs. 1/4 del expte. 31.147 -H-). –

El igual sentido, Lic. María de las Mercedes Utrera –perito Asistente Social- destacó en su dictamen pericial que *“El SAC junto a la Guardia de Psiquiatría son la puerta de entrada de los hombres portadores de padecimiento mental al circuito psiquiátrico. Si bien el SAC tiene como objetivo atender la crisis de los sujetos en un periodo no mayor a 15 o 20 días, los datos relevados permiten inferir que en la mayoría de las situaciones se excede el mes de permanencia en la sala [...] Las condiciones edilicias e higiénicas son deficientes y no se constituyen en un lugar apto y saludable para el alojamiento de personas. [...] Ninguno de los pacientes había sido entrevistado interdisciplinariamente en el ingreso ni en el SAC dado que la Sala no cuenta con un equipo de trabajo de Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Trabajadores Sociales, entre otros. [...] La vida en la sala se caracteriza por una colectivización normativa del cotidiano: todos comen, duermen, toman mate y son medicados a la misma hora. No hay intimidación y todos los espacios son colectivos. Conviven homogéneamente edades, patologías y situaciones muy disímiles. Mayoritariamente reciben el mismo tratamiento: ‘encierro’ y abordaje estrictamente farmacológico”* (fs. 40 vta. y 41 del expte. 31.147 -H-. El subrayado se encuentra en el original). –

La perito Psicóloga Lic. Graciela M. Gardiner se expidió en términos análogos a fs. 45 vta. y 46 del expte. 31.147 -H-. –

Por su parte, la Dra. Patricia Lentini y el Dr. Jorge A. Dettbarn, peritos psiquiatras designados en autos, agregan que en el S.A.C. son internados los pacientes hombres, y luego son trasladados a las Salas “*Agudos Hombres*” y “*Carrillo*” (especializada en alcoholismo y otras adicciones) porque no existen camas de internación en otras salas. Que por ello los pacientes prolongan su estadía más allá de los 20 días. Que la mayoría de los pacientes ingresan en forma involuntaria, salvo un caso detectado al momento de la diligencia. Que hay dos pacientes sin identificación (N.N.), y dos suicidios en los últimos dos años (fs. 49). Aclaran que las mujeres que ingresan por guardia son inmediatamente trasladadas a la Sala “*Agudos Mujeres*” (fs. 57 vta.). Luego de la evaluación de los pacientes allí alojados, aducen que todas las internaciones fueron involuntarias, que en ningún caso hay consentimiento informado por no encontrarse los pacientes en condiciones psíquicas de hacerlo, que todos llegaron al Hospital trasladados por personal policial, y que sólo se efectúa atención psiquiátrica y control médico clínico (fs. 57 vta. y 58). Valoran los peritos que *“Los servicios de atención en crisis tienen la responsabilidad de hacer diagnósticos rápidos pero precisos para descartar patologías médicas que puedan ser completa o parcialmente responsables de los síntomas psiquiátricos, como por ejemplo obtener estudios de laboratorio y radiológicos necesarios para descartar organicidad en los cuadros psiquiátricos”*. Para ello, *“es requisito indispensable que los servicios de atención en crisis estén dentro de un hospital general con una sala de guardia bien equipada. En este sentido, sería necesario saber cuántas camas de internación para personas con padecimiento mental se han creado en los Hospitales Generales desde que la nueva Ley de Salud Mental fue promulgada [...] Los pacientes tienden a beneficiarse de los servicios durante periodos breves, luego necesitan tratamientos menos intensivos, apoyo y rehabilitación. La duración de la estancia hospitalaria guarda relación directa con los recursos de la comunidad [psiquiátricos, sociales y económicos] que actualmente podemos decir que son escasos o nulos”*. Y concluyen que *“...no solo por no cumplir con los requisitos mínimos de tratamiento interdisciplinario de un servicio en crisis, sino por lo indigno y deplorable del estado edilicio del mismo. Es evidente que el Servicio de Atención en Crisis del Hospital ‘Dr. A. Korn’ no se encuentra en condiciones de seguir funcionando”* (fs. 58/59 del expte. 31.147 -H-. El resaltado y el subrayado se encuentran en el original).–

Cabe destacar que el día 29-X-2014 el actuario se apersonó en el S.A.C. a fin de efectuar una serie de entrevistas a los pacientes allí alojados, constatando que el sector se encontraba anegado debido al gran caudal de agua que desde el techo caía en los pasillos internos, por donde transitan los pacientes, toda vez que se trataba de un día de lluvias. –

En esa oportunidad, se le entregó al actuario copia de la documentación que describe las falencias y problemáticas del sector, entre la cual obra una nota del 13-XI-2013 elevada por el entonces jefe de servicio —Dr. Eduardo Cattaneo— a la Directora Asociada de Psiquiatría —Dra. López Santi— por la que se reiteraba un pedido de reparaciones del S.A.C., efectuado el 19-VII-2012 (conf. fs. 16 del expte. 31.147 -H-). En el mismo se denunciaba: “1) *El servicio cuenta con 5*

habitaciones de 2 camas con sus respectivos baños. 2) En ninguna de estas habitaciones hay lavatorio. 3) En ninguna de estas habitaciones hay duchas. 4) En el baño de la primera de estas habitaciones tampoco hay inodoro. 5) En la cuarta de estas habitaciones no hay cielorraso. 6) El baño general está clausurado por tener el cielorraso en malas condiciones y la instalación eléctrica expuesta de manera riesgosa. 7) El estado general del servicio es deplorable y las últimas adecuaciones realizadas quedaron inconclusas. 8) El servicio carece de timbre de manera que los familiares que concurren al mismo no pueden anunciarse. 9) El servicio carece de luces adecuadas. 10) Los placares en las habitaciones no se pueden usar [...]; y concluye "...Por lo anteriormente mencionado queda claro que la calidad de vida de los pacientes durante su permanencia en el servicio no cumple con los requisitos mínimos de dignidad, vulnerándose todos los derechos habidos y por haber. Partiendo del simple hecho de que no se pueden higienizar, sino a través de procedimientos muy voluntariosos de parte de todos. Sería conveniente que se acerque a este servicio para ver directamente estas falencias si es que las notas remitidas no son suficientemente explicativas. En breve sacaremos fotos de las falencias mencionadas para que las archive en su registro." (conf. fs. 16, expte. 31.147 -H-). –

Dada la gravedad de la situación, la actual jefa de sala –Emma Guano- manifestó haber solicitado el cierre del S.A.C. por las condiciones de infraestructura, y acompaña una nota del día 8-X-2014, elevada a la Directora Asociada de Psiquiatría del Hospital –Dra. Cecilia López Santi- donde la propia jefa de sala solicita el cierre del Servicio de Atención en Crisis (S.A.C.). De la misiva puede leerse que *"Hay evidencia de ratas, faltan ventanas, colchones en muy mal estado, llenos de piojos que son visibles en ropas y nosotros mismos, muy pocas almohadas y en estado deplorable, sucias y rotas, insuficiente ropa de cama que si bien se han repuesto, faltan por razones desconocidas, no hay toallas [se secan con sabanas cuando hay], se inunda en días de lluvia y rebalsan los desagües pluviales, se caen los revestimientos a pedazos etc. [...] Baños en estado de conservación incompatible con la dignidad humana [...] Si bien estamos centrados en reclamos básicos, no deben dejarse de atender otras cuestiones que afectan el bienestar en esta instancia de internación (situación de por sí estresante), como que no hay puertas, cortinas, mesas, roperos, lugares de recreación, etc... Nuestras demandas de reparación han sido reiteradas. Las respuestas nunca satisficieron los requerimientos. El hábitat de trabajo es pésimo, los recursos humanos no pueden satisfacer los requerimientos legales [sólo contamos con psiquiatras haciendo imposible las evaluaciones exigidas por ley] [...] Nadie se ha mostrado sensible a estas carencias y el tiempo pasa inexorablemente, provocando violaciones a los derechos de las personas. En síntesis, creemos que el Servicio de Atención en Crisis no se encuentra en condiciones de prestar asistencia a personas. Solicitamos que se cierre sin más, hasta poder generar una asistencia digna a quienes la necesiten. **Así, la ley de salud mental será tenida en cuenta en la vida real y no sólo en el discurso**"* (conf. documento acompañado por la Jefa del S.A.C., obrante a fs. 12 del expte N° 31147-H-. El resaltado se encuentra en el original). –

La insostenible situación del S.A.C. denunciada por su propia Jefa, finalmente fue tenida en cuenta por las autoridades luego de efectuado el reconocimiento judicial de autos, toda vez que apenas transcurridos cuatro (4) días hábiles, el 3-XI-2014 el Director del Hospital -Dr. Egidio Melia- emitió la Disposición N° 1043/14 (obrante a fs. 222), mediante la cual ordena *"el cierre temporal del SAC, a partir del 3 de noviembre de 2014, por el lapso de 6 meses, fecha en la cual estarán culminadas las obras edilicias de refacción, las que resultarán en una mejora de la calidad de vida de los pacientes"* (conf. art. 1). Para así decidir, consideró inviable la continuidad del Servicio y la procedencia del cierre temporal –por seis meses- del SAC por haberse dado inicio a las obras de refacción. A esos efectos, dispuso brindar colaboración y capacitación para los servicios de los Hospitales Generales de la Región Sanitaria XI que así lo requieran, y que deban atender a personas en crisis de descompensación de su salud mental (conf. art. 2), así como también la derivación de los pacientes allí internados a otras salas. –

Sin embargo, la Jefa del SAC, manifestó ante nuestra presencia que *"...algunos pacientes no egresan de la sala porque no hay lugar en el Hospital, no tienen camas libres en otros servicios. En especial el pabellón agudos hombres y sala Carrillo"* (conf. acta de fs. 1 vta. del expte. N° 31.147 -H-). Por tal motivo, se requirió al nosocomio un informe acerca del diagnóstico de cada uno de los pacientes que fueran trasladados y de los criterios utilizados para dichas derivaciones. –

A su vez, cabe destacar que el Director del Hospital manifestó que *"el nuevo SAC contará con mayor cantidad de personal de enfermería en actividad, ya que se incorporaron en noviembre del corriente al plantel"* (conf. parte considerativa de la Disposición N° 1043/14), lo cual se ajusta a lo manifestado por el citado funcionario respecto de personal de enfermería que se habría de incorporar al nosocomio (diez enfermeros el 1-XI-2014 y cincuenta enfermeros el 2-I-2015), de acuerdo con la propuesta para la realización de obras e incorporación de recursos humanos obrante a fs. 182 y que

durante el reconocimiento judicial le fuera entregada a la actuario (conf. constancia de recepción de fs. 191 vta.). –

5. Sentado lo expuesto, corresponde ingresar en el análisis de la pretensión cautelar, a fin de valorar si se encuentran reunidos los recaudos de procedencia de este remedio cautelar (art. 9 de la Ley 13.928 y 22 del CCA). –

5.1. Verosimilitud en el derecho. –

5.1.1. Al respecto, sin perjuicio de las pruebas periciales pendientes y otras complementarias que las partes pudieren ofrecer, el dictado de las medidas cautelares solicitadas por la actora no requieren *“mayor intensidad de debate y prueba”*, criterio que pretorianamente ha fijado la Cámara de Apelación en lo Contencioso Administrativo de La Plata, toda vez que en autos, con los elementos de convicción obtenidos de manera anticipada y que plantean un escenario de extrema gravedad, la dilación en brindar asistencia, trato digno y atención de calidad a los usuarios del sistema de salud mental implica desatender no sólo a los más básicos deberes de la función jurisdiccional, sino a la condición humana que ostentan aquellos. –

En efecto, se ha podido constatar el perfil monovalente del Hospital *“Dr. Alejandro Korn”* de Melchor Romero, institución donde rige el viejo modelo médico psiquiátrico asilar, caracterizado por el encierro y la medicalización del paciente, que en la mayoría de los casos coincide con situaciones de pobreza y exclusión social, que el mismo sistema propicia al sostener el desarraigo de la comunidad a los usuarios, a través de internaciones que los privan de su libertad por años, o incluso de por vida.

Asimismo, como fuera ya expuesto, se han verificado gran parte de las denuncias efectuadas por la accionante en autos, a saber: falta de atención médica apropiada, con registros clínicos que no contienen los datos mínimos requeridos por la Ley 26.657 y la Ley 26.529; ausencia de procesos de rehabilitación o que tiendan a la promoción y restitución de los lazos sociales afuera del manicomio; relaciones asimétricas entre profesionales y personas internadas; situación de abandono de estas últimas; inexistencia de privacidad que favorezca la preservación o construcción de vínculos al interior de la institución manicomial; deficiencia de controles externos eficaces que garanticen sus derechos, en particular de la intervención judicial sobre las internaciones en los términos previstos por la Ley 26.657; prácticas que pueden constituir trato cruel, inhumano o degradante, como la sujeción física (ataaduras); el aislamiento y el uso abusivo de la medicación con fines de control social; condiciones inhumanas de encierro; estructuras edilicias deficitarias que no guardan las mínimas condiciones de seguridad e higiene —riesgosas para la salud y la vida de las personas—, y que no respetan mínimos requerimientos de privacidad, comodidad y trato personalizado. –

En suma, en el manicomio se hallan presentes una serie de condiciones que la parte actora ha caracterizado como un *“depósito de personas”*.–

Al respecto, el destacado sociólogo Loïc Wacquant, ha señalado con acierto que la *“medicalización”*, junto a la *“socialización”* y la *“punición”*, constituyen las principales estrategias de las sociedades occidentales para tratar las condiciones y las conductas que consideran indeseables, ofensivas o amenazantes. Particularmente, ha señalado que *“La total hegemonía del pensamiento de la ley y el orden en ambos lados del Atlántico, oculta el hecho de que las sociedades contemporáneas cuentan con, por lo menos, tres estrategias principales para tratar las condiciones y las conductas que consideran indeseables ofensivas o amenazantes. La primera consiste en socializarlas, es decir, actuar en el nivel de las estructuras y los mecanismos colectivos que las producen y reproducen: por ejemplo, para hacer frente al aumento continuo del número visible de personas ‘sin techo’ que ‘manchan’ el paisaje urbano, se construyen o se subsidian viviendas o se les ofrece un empleo o unos ingresos que les permitirían conseguir una vivienda en el mercado de los alquileres. Ese camino implica [re]afirmar la responsabilidad y [re]construir las capacidades del Estado Social para abordar los desplazamientos urbanos permanentes o emergentes. La segunda estrategia es la medicalización: se trata de considerar que una persona vive en la calle porque es alcohólica, drogadicta o sufre de deficiencias mentales y, por lo tanto, se busca una solución médica a un problema que se define, desde el inicio, como una patología individual que deben tratar los profesionales de la salud. La tercera estrategia es la penalización: en éste caso no se trata de comprender una situación de sufrimiento individual ni de contrarrestar una falencia social; el nómada urbano es categorizado como un delincuente (a través de ordenanzas municipales que declaran ilegales las acciones de mendigar o de estar tendido en la calle, por ejemplo) y tratado como tal; deja de pertenecer a los ‘sin techo’ apenas se le coloca tras las rejas. La ‘construcción legal de la situación de quien no tiene hogar como instinto de supervivencia’ socava sus derechos, lo reduce a un no ciudadano y facilita su enjuiciamiento penal. La penalización funciona como una técnica para la invisibilización de los ‘problemas’ sociales que el Estado, como palanca burocrática de la voluntad colectiva, ya no puede o no quiere tratar desde sus causas, y la cárcel actúa como un contenedor*

judicial donde se arrojan los desechos humanos de la sociedad de mercado.

En la medida en que han desarrollado la necesaria capacidad organización e ideológica, los países avanzados pueden aplicar estas tres estrategias en combinaciones distintas y para condiciones diversas. Además, existe una interrelación entre esas tres modalidades de trato estatal para situaciones deplorables, donde la medicalización se suele utilizar como un conducto para la criminalización en el nivel más bajo de la estructura de clases, pues introduce una lógica de tratamiento individual [...]

*Es fundamental que esas elecciones se hagan con pleno conocimiento de las causas y las consecuencias, a medio y largo plazo, de las opciones ofrecidas. El más craso error científico y cívico consiste en creer y hacer que la gente crea, como afirma el discurso hipersecuritarista que hoy satura los campos políticos y periodísticos, que la policía y la cárcel son la solución óptima, el camino real para la restauración del orden sociomoral en la ciudad, si no el único medio de garantizar la 'seguridad' pública, y que no tenemos más alternativa para contener las perturbaciones sociales y mentales inducidas por la fragmentación de la mano de obra y la polarización del espacio urbano" (Wacquant, Loïc. *Castigar a los pobres. El gobierno neoliberal de la inseguridad social*, Ed. Gedisa, Barcelona, 2010, págs. 24-27). –*

En este contexto, el Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Alejandro Korn" responde al modelo imperante propio de la época de su construcción (fue fundado bajo el nombre de "Melchor Romero" el 23 de abril de 1884), y por ende es consecuencia lógica de un sistema de control que desubjetiva y que desconoce el derecho de toda persona al reconocimiento de su personalidad jurídica (conf. art. 3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), siendo inexistente el abordaje del paciente mental desde una perspectiva de derechos humanos, y que violenta de manera sistemática a los derechos que se le reconocen en las leyes, tal como fuera extensamente tratado en la causa "Colectivo de Investigaciones y Acción Jurídica s/ Amparo" (N° 25.565, sent. del 13-III-2014), de éste Juzgado a mi cargo. –

En efecto, los derechos que dan sustento a la petición cautelar se encuentran garantizados por las obligaciones que recaen sobre la Provincia de Buenos Aires, de respetar y hacer respetar las normas de protección y de asegurar la efectividad del derecho a la salud mental y a la integridad psíquica reconocidas en diversos instrumentos internacionales (arts. 1.1, 2, 5.1 y 26 de la CADH, con el alcance dispuesto en el art. 10 de su Protocolo Adicional I —Protocolo San Salvador—, art. XI de la DADDH, art. 12 incs. 1 y 2 del PIDESC, art. 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 17 de la CDPD, arts. 14 bis, 33, 42, 75 incs. 22 y 23 de la Constitución nacional; arts. 12 inc. 3º y 36 inc. 8 de la Constitución provincial). –

De acuerdo con ello, se ha reafirmado el derecho a la preservación de la salud, expresando que existe en cabeza de las autoridades públicas una obligación impostergable de garantizarlos con acciones positivas (arts. 42 y 75 inc. 22 y 23 de la Constitución nacional y 36 inc. 8º de la Constitución provincial; conf. Fallos 321:1684, 323:3229; SCBA, doct. causas B. 64.393, "Falcón", sent. del 2-III-2005; B. 65.893, "D.R.O", sent. del 17-X-2007, entre otras). –

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, la Constitución Local "...garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico-dependientes [...]" (art. 36 inc. 8), así como también consagra el derecho de las personas con discapacidad a una protección integral, garantizando de manera expresa "la rehabilitación, educación y capacitación en establecimientos especiales", así como la promoción de la "inserción social, laboral y la toma de conciencia respecto de los deberes de solidaridad" para con quienes la padecieran (conf. art. 36 incisos 5 y 8 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires). –

Por su parte, la Ley 26.529 -sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud-, reconoce los derechos fundamentales del paciente, entre otros, a ser asistido sin discriminación alguna, al trato digno y respetuoso, al respeto a sus convicciones personales, a su intimidad y a la autonomía de su voluntad. –

En el campo específico de la salud mental, la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada por Ley 26.378); la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Ley 25.280), la Ley 26.657 de Salud Mental, a la cual adhirió la Provincia con la sanción de la Ley 14.580, han producido un cambio de paradigma en el ordenamiento jurídico argentino. –

Frente aquel sistema de la incapacidad absoluta de obrar con sustitución de la persona por la de su curador, actualmente se reconoce el ejercicio de la capacidad como regla, debiendo establecerse un sistema de apoyos y salvaguardias que permitan, a quienes estén afectados por

estos padecimientos, el ejercicio de esa capacidad jurídica en iguales condiciones que los demás. Se reemplaza el modelo de sustitución de voluntad del “*incapaz*” por la recuperación de su poder de decisión -en la medida de sus posibilidades- sobre su propia persona y bienes. Asimismo, se ingresa en un proceso de abandono del sistema manicomial y su sustitución por dispositivos comunitarios de atención a la salud mental, que según el Decreto 603/13 -reglamentario de la Ley 26.657- debe encontrarse finalizado para el año 2020 (conf. su art. 27) de acuerdo con el llamado “*Consenso de Panamá*” adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental celebrada en esa ciudad el 8-X-2010. A esos efectos, el citado art. 27 dispone que las jurisdicciones que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. –

En el caso de la institución de autos, el mandato legal ha sido recogido mediante el “PLAN DE TRABAJO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA PARA LA READECUACION DEL HOSPITAL DR. ALEJANDRO KORN A LA LEY NACIONAL 26657 – LEY PROVINCIAL 14580”, elaborado en septiembre de 2014 por la Directora Asociada de Psiquiatría del nosocomio —Dra. Cecilia López Santi—, obrante a fs.158/181 y que fuera entregado por el Director del Hospital —Dr. Melia— a la acturaria durante el reconocimiento judicial efectuado en autos (conf. constancia de recepción de fs. 191 vta.). –

Sin embargo, la decisión de incorporar sesenta (60) enfermeros, muchos de los cuales serán destinados al S.A.C., que según las autoridades estará funcionando y hecho “*a nuevo*” en el término de seis (6) meses, aparece como una medida regresiva y contraria no sólo a las metas que establece la Ley 26.657, sino también al propio “*Plan de Trabajo*”. –

El documento señala que el “*Plan de Trabajo*” se propone asegurar el pleno ejercicio de los derechos referidos a la protección de la salud mental de las personas alojadas en el Hospital Alejandro Korn y de aquellos usuarios asistidos en comunidad, “*adecuando los abordajes al paradigma de los derechos humanos inserto en las normativas vigentes en el marco de la salud mental comunitaria*” (conf. fs. 159). Entre sus objetivos, apunta a “*la construcción colectiva de una salud integral donde prevalezca el derecho a la mejor atención disponible, trato digno, respetuoso y equitativo, acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes respetando la gratuidad, accesibilidad y territorialidad*”, y considerando a la salud mental “*como parte integrante de las políticas y la red de salud, asumiendo como necesarias la integralidad, la intersectorialidad y la interdisciplina en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados comunitarios*” (conf. fs. 159). –

Con ese sentido, el “*Plan de Trabajo*” prevé como una de sus líneas de acción el traslado de los equipos de admisión del S.A.C. a los hospitales generales (conf. fs. 174). Ahora bien, la inexistencia —en el citado documento— de plazos para avanzar sobre el cierre de ese dispositivo con un plan sustentable para cada uno de los pacientes, junto con las medidas regresivas que se habrán de adoptar en la institución mediante la contratación de personal de enfermería, exhiben una construcción de políticas centradas en la esfera retórica o discursiva (tal como lo expresara la propia Jefa del S.A.C.), pero que luego no tendrán la capacidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes que allí reciban atención en salud mental. –

De tal modo, queda claro que las mejoras edilicias del S.A.C., si bien imprescindibles para disponer la internación de personas, no brinda una adecuada solución a la problemática planteada, que se vincula con las lógicas de intervención. La respuesta manicomial de dotar con sesenta (60) enfermeros al Hospital monovalente, no satisface ningún estándar vigente en materia de salud mental en la medida en que no haya un equipo interdisciplinario que evalúe las admisiones en cada caso, y proyecte un plan de externación desde el mismo momento en que el paciente ingresa a la institución. En definitiva, la falta de implementación de un plan sustentable respecto de los usuarios del S.A.C., determina la imposibilidad de brindar una atención de calidad en salud mental. –

5.1.2. Intervención de la Dirección Asociada de Psiquiatría.–

A tenor de los fundamentos expuestos precedentemente, estimo adecuado y proporcionado a los derechos que se desean preservar, disponer con carácter cautelar, la intervención judicial de la Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital “*Dr. Alejandro Korn*” de Melchor Romero, por resultar la única medida susceptible de lograr el cese progresivo de las violaciones verificadas en la causa y el establecimiento de controles eficaces que garanticen los derechos en juego, que reclaman protección, con independencia de lo requerido por las partes, en función del orden público consagrado por la Ley Nacional de Salud Mental (art. 45), de modo tal que los servicios y efectores de salud, sean éstos públicos o privados y cualquiera sea la forma jurídica que tengan, adecuen sus prácticas a los principios establecidos por ella (art. 6). No es ocioso aclarar —como bien apunta la actora- que el diferimiento temporal establecido por la Ley 14.580, no obsta a la vigencia de los citados derechos, que conservan su operatividad, conforme lo dispone su art. 3 in fine. –

Con relación al objeto de la pretensión cautelar, cabe destacar que la parte actora no solicita una clásica intervención judicial, sino una específica que contemple las particularidades del caso, a saber, la conformación de una mesa interministerial y con participación de organizaciones de la sociedad civil abocadas a la promoción de la salud mental, que informen y propongan al infrascripto las acciones más eficaces para evitar la violación a los derechos de las personas allí internadas. –

Sobre el particular, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) establece en su art. 33 —incisos 2 y 3— que “2. Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención. Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos. 3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento”. –

Cabe recordar a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al advertir sobre la necesidad de ejercer “una estricta vigilancia” sobre los establecimientos psiquiátricos. Expresó, al respecto, que “Los Estados tienen el deber de supervisar y garantizar que en toda institución psiquiátrica, pública o privada, sea preservado el derecho de los pacientes de recibir un tratamiento digno, humano y profesional, y de ser protegidos contra la explotación, el abuso y la degradación” (Corte IDH. Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, sent. del 6-VII-2006, Serie C, N° 149, párr. 108). Para así decidir, consideró el “desequilibrio intrínseco de poder” entre las personas internadas en los entornos institucionales y aquellas que tienen la autoridad o están encargadas de su cuidado, y que se multiplica muchas veces en las instituciones psiquiátricas. “La tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, cuando infligidas a esas personas afectan su integridad psíquica, física y moral, suponen una afrenta para su dignidad y restringen gravemente su autonomía, lo cual podría tener como consecuencia agravar la enfermedad” (Idem. Párr. 107). –

El art. 33 —incs. 2 y 3— de la CDPD exige el establecimiento de un mecanismo de control y supervisión que posea una composición plural, con participación de sectores la sociedad civil, y que garantice su independencia en el desempeño de sus funciones. El estándar fue receptado por la Ley 26.657, con la creación de un Órgano de Revisión multidisciplinario, “...integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos” (conf. art. 39). –

Sin embargo, la Ley 14.580 no prevé ningún mecanismo de control independiente, toda vez que los arts. 4 y 6 confieren al propio Ministerio de Salud el monitoreo periódico sobre los servicios de salud, así como el desarrollo de los estándares a partir de los cuales dichos controles deberán realizarse. A su vez, el art. 7 encomienda al Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires a realizar “un [1] relevamiento anual, donde se evidenciará la situación de la protección de la salud mental en la Provincia”, a cuyo fin deberá elaborar un informe que “deberá ser presentado ante el plenario de las Comisiones de Salud de ambas Cámaras Legislativas”. –

En contraposición a ello, resulta fundamental para un mecanismo o entidad del Estado que cumpla con esta labor de seguimiento y vigilancia, la independencia en el ejercicio de sus funciones. Y sin perjuicio de que el Ministerio de Salud se encuentra habilitado a efectuar tantos controles internos como crea correspondiente respecto de los cometidos que tiene a su cargo, se advierte que la Ley Provincial de adhesión a la Ley 26.657 omite el establecimiento de un mecanismo de éste tipo, a la manera que, en cumplimiento del art. 33 de la citada Convención, lo hace la Ley Nacional, de modo de evitar que el organismo público sea “juez y parte” de las funciones que realiza. –

Por consiguiente, encauzar esta exigencia mediante la vía cautelar aparece como una respuesta adecuada y proporcionada a los intereses que se pretenden tutelar en el proceso. Ello así, en función de lo dispuesto por el art. 9 de la Ley 13.928 y 222 inc. 2 del CPCC, en tanto habilita a disponer la intervención judicial siempre que las acciones u omisiones de una entidad pusieren en peligro el normal desarrollo de sus actividades, de modo que, conforme a las particularidades de la causa, se habrá de ordenar la conformación de un cuerpo colegiado, que si bien no sustituirá a las autoridades del nosocomio en sus funciones de gobierno, tendrá las facultades que por la presente se le reconocen, vinculadas principalmente a tareas de fiscalización, diagnóstico y propuestas de modificaciones al funcionamiento de la institución en cuestión. –

Medidas de éste carácter, vale aclarar, se hallan fundadas en la naturaleza de los derechos involucrados y en la necesidad de garantizar la continuidad del funcionamiento del órgano afectado,

que motivan —como en el caso— litigios de interés público, entre cuyas notas características la doctrina ha destacado: “a) *el activismo procedimental y la dilatación de los poderes del juez, tanto en el comando y dirección del trámite, cuanto a la instrucción probatoria y aun a los alcances de la decisión*; b) *el método dialógico impulsado por el tribunal, que arbitra en un marco de amplia transparencia de los procedimientos, en el que ‘expone’ a las partes -habitualmente entidades de la sociedad civil, públicas, corporativas- comprometiéndolas en la búsqueda de soluciones consensuadas. Diálogo público que se enriquece con la eventual intervención de terceros, amicus curiae*; c) *la singularidad de la decisión, conformada por sucesivos pronunciamientos que se proyectan hacia el futuro, asumiendo una función ‘remedial’, tendiente a la modificación ‘estructural’ de las organizaciones burocráticas involucradas y, de ese modo, lograr la satisfacción en concreto de los derechos fundamentales involucrados*; d) *el cumplimiento o la ejecución pasa a constituirse en una etapa de continua relación entre el tribunal y las partes, anudándose un vínculo de supervisión a largo plazo de instrucciones fijadas en términos más o menos generales*” (Lorenzetti Ricardo Luis. *La justicia colectiva*, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2010, págs. 185-186, citado por Berizonce, Roberto O. “Conflictos ambientales de interés público y principios procesales”, La Ley, DJ del 14-IX-2011, 13). De tal modo —concluye Berizonce— se articula una verdadera justicia de “acompañamiento”, un modelo en el que el juez actúa, en esencia, como gestor, controlador, garante, y aún, ejecutor del interés público comprometido en la protección del derecho de que se trate (Berizonce, Roberto O. “Conflictos ambientales...”, ya citado. Véase también, del mismo autor, “El activismo de los jueces”, La Ley 1990-E, 920). –

En el caso de la creación de cuerpos colegiados que efectúan un control y seguimiento de las acciones de las entidades afectadas por la intervención, existen precedentes judiciales de relevancia (conf. CSJN, causa “*Mendoza, Beatriz Silvia*”, sent. del 8-VII-2008; y Cám. Nac. Apel. Cont. Adm. Fed., Sala IV, causa “*Viceconte, Mariela*”, sent. del 2-VI-1998). En la primera de las citadas causas, la Corte Federal recordó a los jueces su obligación de tomar un rol activo y desplegar una particular energía para hacer efectivo el mandato constitucional dirigido a la protección de los derechos de incidencia colectiva o pertenecientes a la esfera social (Fallos 329:2316, “*Mendoza, Beatriz Silvia y otros*”, sent. del 20-VI-2006, consid. 18 in fine), en cuyos casos “...se presenta una revalorización de las atribuciones del tribunal al contar con poderes que exceden la tradicional versión del juez espectador, y que un examen cerradamente literal de las normas rituales previstas para el clásico proceso adversarial de índole intersubjetivo sería frustratorio de los intereses superiores en juego” (Fallos 329:3493, “*Asociaciones de Superficiales de la Patagonia*”, sent. del 29-VIII-2006, consid. 23), de manera tal que los magistrados posean los poderes necesarios para poder cooperar activamente en la satisfacción del interés público que está en juego en el proceso, todo lo cual confiere un preciso sentido a las facultades ordenatorias e instructorias establecidas en el art. 36 incs. 1 y 2 del CPCC, y en el art. 25 de la Ley 13.928. –

Desde esta perspectiva, corresponde decidir acerca de la integración y las atribuciones del cuerpo colegiado de control que intervendrá el Hospital “*Dr. Alejandro Korn*”. –

En éste aspecto, y a efectos garantizar la eficacia de dichos controles, estimo conveniente el dictado de una medida cautelar distinta a la peticionada (conf. art. 204 del CPCC), toda vez que, en atención a la gravedad de la situación constatada en autos, conferir el control a la misma autoridad que lo detenta actualmente, constituye un contrasentido y una medida de dudosa utilidad, motivo por el cual, se habrá de designar con carácter de interventores judiciales, a un equipo interdisciplinario de profesionales con incumbencias en las áreas de medicina clínica, psiquiatría, psicología y trabajo social, los cuales serán seleccionados de un listado que al efecto habrá de requerirse a los respectivos Colegios Profesionales y Facultades pertenecientes a la Universidad Nacional de La Plata. –

A efectos del desarrollo de sus funciones, los interventores judiciales que se habrán de designar en autos, deberán conformar un cuerpo colegiado, con atribuciones de asesoramiento y colaboración, integrado por la parte actora y las diversas carteras ministeriales que intervienen en el campo de la salud mental, tales como el Ministerio de Salud, la Secretaría de Derechos Humanos, la Dirección General de Cultura y Educación, el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. Con respecto al Ministerio de Salud, podrá incluir la participación de las instituciones que —como la Organización Panamericana de la Salud (OPS)— integran el Convenio de Cooperación “*para brindar apoyo en el proceso de adecuación, sustitución y cierre del Hospital monovalente*”, conforme lo expresa el denominado “*PLAN DE TRABAJO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA PARA LA READECUACION DEL HOSPITAL DR. ALEJANDRO KORN*” (conf. fs. 178). –

Al respecto, es indudable que el carácter interministerial deriva de los propios lineamientos que impone la Ley Nacional de Salud Mental, por la interdisciplinariedad, la integración del órgano de

revisión y la comisión interministerial. Por su parte, la intersectorialidad es correlato de la participación que la Ley Nacional le otorga a diversos actores de la sociedad civil en la implementación de las políticas de adecuación a los estándares de la Ley Nacional de Salud Mental (arts. 11, 36, 39 y 40 de la Ley 26.657 y 5 y 6 de la Ley 14.580). –

De acuerdo con ello, se habrá de invitar al Defensor del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires a participar en los términos del art. 55 de la Constitución Local, como así también a las asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud y a las organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos, que demuestren interés relevante en la temática involucrada. –

Por otra parte, no puede soslayarse la especificidad de la temática que se ventila en autos, cuya resolución requiere de elementos cognoscitivos propios de la experiencia en el territorio que -en principio- resultan ajenos a la labor judicial cotidiana. En razón de ello, y en ejercicio de facultades instructorias y ordenatorias, corresponde invitar al Órgano Revisor creado por la Ley Nacional de Salud Mental, para que tome intervención mediante la actuación de sus profesionales, que cuentan con antecedentes y conocimientos necesarios y apropiados respecto de la temática involucrada, teniendo en cuenta la inexistencia -en la Provincia de Buenos Aires- de un organismo de control específico en materia de salud mental, y que el organismo nacional cuenta con facultades vinculadas al control del cumplimiento de la Ley en instituciones públicas y privadas, como así también, requerir la intervención judicial en caso de constatar irregularidades (arts. 40 incs b, f y k de la Ley 26.657). Todo ello en el marco de la cooperación y asesoramiento técnico que debe existir entre las autoridades nacionales y provinciales respectivas (arts. 40 inc. j y 41 de la Ley 26.657). –

El cuerpo colegiado que se habrá de conformar a partir del dictado de la presente, deberá ejercer todos los controles que resulten necesarios para proteger los derechos humanos de los pacientes alojados en la Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital “Alejandro Korn” de Melchor Romero, y proponer ante esta sede todas aquellas medidas tendientes a sustituir el dispositivo monovalente que actualmente existe en dicho nosocomio, por dispositivos de salud mental comunitarios que permitan incluir en la sociedad a las personas que se encuentran allí internadas. –

A esos efectos, entre otras acciones que sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos, serán facultades propias de los interventores judiciales: -

a) Realizar visitas periódicas en el Hospital intervenido para constatar las condiciones de internación en que se encuentren las personas allí alojadas. A tales efectos, podrán requerir toda la documentación necesaria para el cumplimiento de sus funciones. -

b) Requerir el control de los magistrados competentes en cada caso, en todas las internaciones, cuya revisión se considere necesaria. –

c) Realizar un diagnóstico general de la situación en la que se encuentran las personas internadas en el citado establecimiento.-

d) Requerir la adopción de todas aquellas medidas necesarias tendientes a hacer cesar las graves violaciones que se denuncian en autos, y a garantizar el cumplimiento de los derechos reconocidos por las Leyes 26.529 y 26.657. –

e) Adoptar un plan de acción dirigido a la efectiva implementación del proceso de desinstitucionalización que deriva de la Ley Nacional de Salud Mental.–

f) Presentar ante esta sede, un informe trimestral acerca del resultado de su gestión. -

6. Peligro en la demora. –

6.1. Para el dictado de esta clase de medidas resulta suficiente un temor fundado en la posibilidad de sufrir un perjuicio inminente, pues ello configura un interés jurídicamente tutelado que justifica el adelanto jurisdiccional. El requisito *sub-exámíne* se vincula con el daño, pero atento al carácter preventivo de las medidas cautelares, el CCA no requiere su producción, sino su eventualidad, es decir, la posibilidad de su existencia. –

6.2. En el supuesto de autos, es dable considerar que los derechos afectados (vinculados a las personas con padecimientos en su salud mental) no admiten demoras en las decisiones que propendan a su tutela dado que —en definitiva— los perjuicios podrían tornarse de difícil o imposible reparación ulterior (v. Vallefín, *C. Protección Cautelar Frente al Estado*, Lexis Nexis, 2002, pág. 70). –

6.3. Sin perjuicio de ello, corresponde destacar que los recaudos exigidos para la admisión de medidas cautelares no son independientes, sino que, su interrelación ha llevado a la concluir que cuando mayor sea la presencia de uno, menor será la exigencia respecto del otro (confr. Morello-Vallefín, *El Amparo - Régimen Procesal*, Ed. LEP, 1998, Pág. 165 y ss.). –

6.4. Que el citado recaudo, por tanto, se encuentra configurado en el caso de autos toda vez que, las personas con discapacidad psicosocial internadas en el Hospital “Dr. Alejandro Korn” se encontrarían actualmente con graves afectaciones a sus derechos constitucionales, situación que indudablemente requiere de un pronto remedio, o dicho en términos constitucionales, una rápida

"acción positiva" que le asegure la vigencia de los derechos de los pacientes, dentro de la garantía constitucional a una "tutela judicial continua y efectiva" (arts. 15 Const. prov. y 9 de la Ley 13.928). –

6.5. En igual sentido, la Corte Suprema ha afirmado que: "es de la esencia de las medidas cautelares innovativas enfocar sus proyecciones -en tanto dure el litigio- sobre el fondo de la controversia, ya sea para impedir un acto o para llevarlo a cabo. Tales medidas están orientadas a evitar la producción de perjuicios que se podrían producir en caso de inactividad del magistrado, tornándose de muy dificultosa o imposible reparación en la oportunidad del pronunciamiento de la sentencia definitiva" (CSJN, "Camacho Acosta", Fallos 320-1633). –

7. No afectación del interés público. –

No se advierte "prima facie" que la medida cautelar peticionada pueda producir una grave afectación al interés público. –

Como he señalado desde hace tiempo en diversas oportunidades, la mera inobservancia del orden legal, por parte de la administración, vulnera el interés público determinado por el pleno sometimiento de la misma al ordenamiento jurídico, como postulado básico del Estado de Derecho (Conf. Causas N° 7156, "MANTENIMIENTOS DEL SUR S.R.L.", res. del 8-VII-2005; N° 2873, "CLUB NAUTICO HACOAJ", res. del 25-X-2006; N° 11004, "SAVAFAMA S.A.", res. del 8-V-2006; N° 12443, "ABDALA", res. del 7-V-2007, entre muchas otras). –

A mayor abundamiento, la intervención judicial no altera sino que resalta la necesidad de cumplir acabadamente con los intereses comprometidos en autos, los cuales —en cualquier caso— consisten en garantizar una atención de calidad en materia de salud mental. –

8. Contracautela. –

En función de lo expuesto, las particulares circunstancias de autos y la incidencia colectiva de la medida cautelar, entiendo que no corresponde exigir a los peticionarios prestar caución alguna (art. 24 del CCA y 200 del CPCC). –

Por los fundamentos expuestos y las normas citadas; -

RESUELVO:-

1. Hacer lugar a la medida cautelar solicitada por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), disponiendo la intervención judicial de la Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn" de Melchor Romero, a través de la designación de un equipo interdisciplinario de profesionales, de acuerdo con la integración y las facultades establecidas en el apartado 5.1.2. del presente despacho cautelar. Los gastos que irrogue dicha intervención, se encontrarán a cargo de la demandada, conforme a las liquidaciones que se aprueben oportunamente. –

2. Requerir a los Colegios de Médicos, de Psicólogos y de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires y a las Facultades de Medicina, Psicología y Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, la elaboración en el plazo de **diez (10) días hábiles**, de un listado de profesionales con incumbencias en las áreas de medicina clínica, psiquiatría, psicología y trabajo social, que reúnan condiciones de idoneidad y disponibilidad para el cumplimiento de la presente medida. –

3. Comunicar la presente medida al Ministerio de Salud, a la Secretaría de Derechos Humanos, a la Dirección General de Cultura y Educación, al Ministerio de Desarrollo Social, al Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, al Defensor del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires, y al Órgano de Revisión Nacional creado por la Ley 26.657 a efectos de integrar el cuerpo colegiado que habrá de colaborar con la intervención judicial aquí dispuesta, conforme lo expresado en el apartado 5.1.2. -

4. Ordenar al Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires, la inmediata adopción de todas aquellas medidas que estime necesarias para reestablecer la vigencia de los derechos de todos los pacientes internados en el citado nosocomio, que se encuentran reconocidos en las Leyes 26.529 y 26.657 y cuya vulneración se ha constatado en estos autos. -

5. Dar vista a la Asesora de Incapaces. –

REGISTRESE. Notifíquese por cédula a la Fiscalía de Estado con copias y con habilitación de días y horas y carácter urgente y líbrense los oficios respectivos por Secretaría (arts. 135 inc. 5 y 153 CPCC.). –

LUIS FEDERICO ARIAS

Juez

Juz. Cont. Adm. N°1

Dto. Jud. La Plata

ANEXO II
CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA

CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA

1. ¿Cuántos usuarios están admitidos en el CSMC?
2. ¿Cuántos usuarios fueron admitidos en los últimos 6 meses?
3. ¿Qué porcentaje de usuarios admitidos concurren?
25 % 50 % 75 % 100 % Otros
4. ¿Cuántos años de permanencia tiene el usuario más antiguo?
< 3 años 4 a 6 años 7 a 9 años > 10 años
5. ¿Qué porcentaje de usuarios concurre de manera regular a los talleres?
25 % 50 % 75 % 100 % Otros
6. ¿Considera que los usuarios están en condiciones de incorporarse a la actividad laboral?
Si No Otro
7. ¿Trabajo Social hace un seguimiento de la búsqueda de trabajo?
Si No Otro
8. ¿Detectan inconvenientes en los talleres?
Si No Otro
9. ¿Colaboran los talleres en la incorporación a la vida laboral cotidiana?
Si No Otro
10. ¿Cuántos viven de su trabajo?

ANEXO III
RESULTADOS

Variable: *Edad de los usuarios*

Gráfico N° 10.1. Edad de los usuarios, Centro Pre Alta. 2014

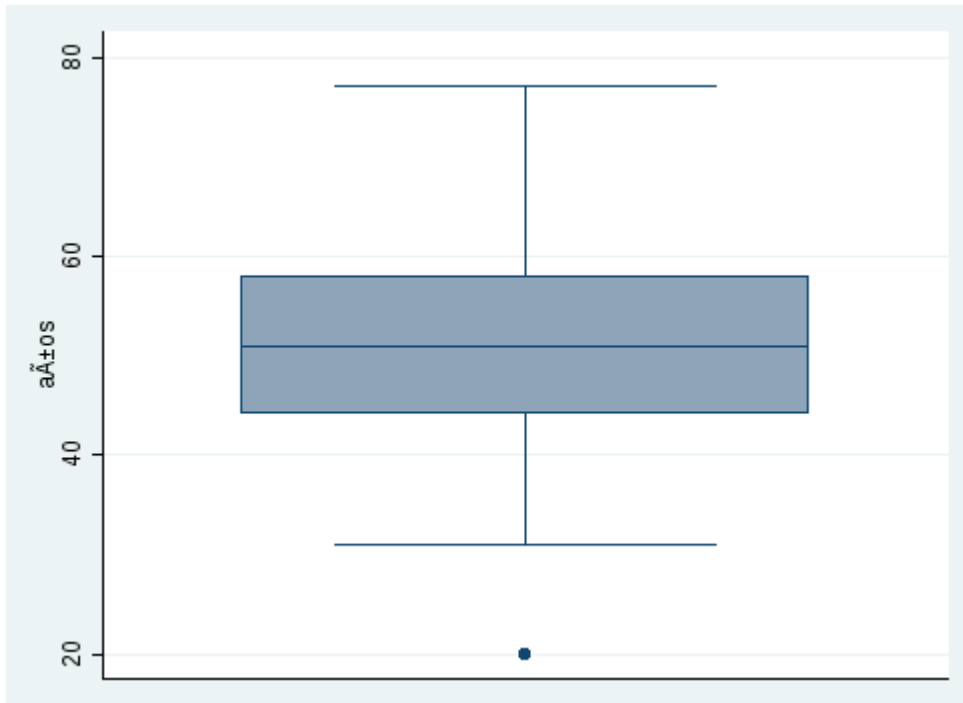


Gráfico N° 10.2. Edad de los usuarios, Centro Pichon Rivière. 2014

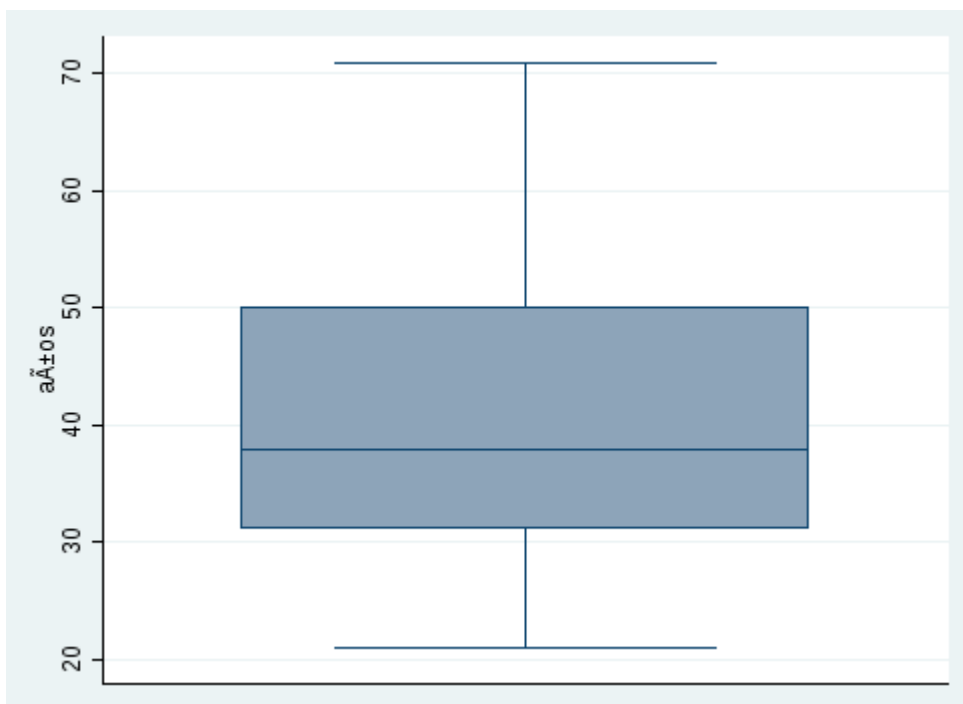
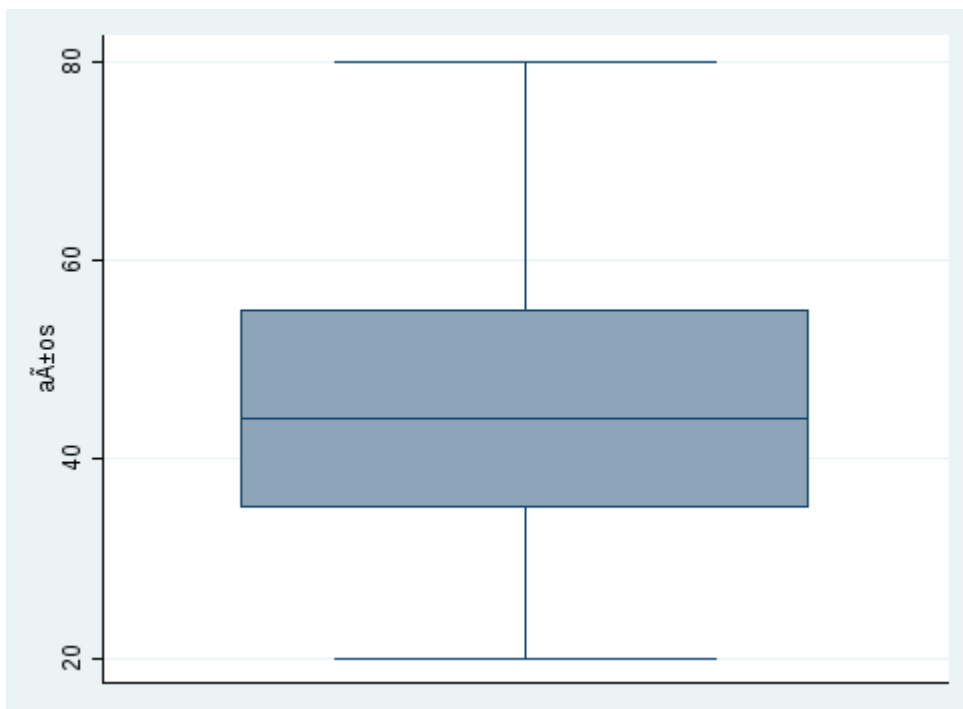


Gráfico N° 10.3. Edad de los usuarios, Centro Franco Basaglia. 2014



Lugar de procedencia: Partidos y localidades

Localidades homologadas

- La Plata, Berisso, Ensenada (GLP)
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)
- Primer Cordón, Segundo Cordón, Tercer Cordón (GBA1, GBA2, GBA3)
- Resto de la provincia de Bs. As. (RBA)
- Otras provincias (OP)
- Otro país (EXT)

1.º cordón

Avellaneda
Lanús
Lomas de Zamora
La Matanza (este)
Morón
Tres de Febrero
San Martín
Vicente López
San Isidro

2.º cordón

Quilmes
Berazategui
Florencio Varela
Almirante Brown
Esteban Echeverría
Ezeiza
Moreno
Merlo
Hurlingham
Ituzaingó
La Matanza (oeste)
Tigre
San Fernando
José C. Paz
San Miguel
Malvinas Argentinas

3.º cordón

San Vicente
Presidente Perón
Marcos Paz
Gral. Rodríguez
Escobar
Pilar

Localidades registradas	Partido	Cordón
Abasto	La Plata	
Melchor Romero	La Plata	
La Granja	La Plata	
Lisandro Olmos	La Plata	
San Carlos	La Plata	
Los Hornos	La Plata	
Gonnet	La Plata	
Villa Elisa	La Plata	
Ringuelet	La Plata	
Monte Grande	Esteban Echeverría	2
Luis Guillón	Esteban Echeverría	2
Glew	Almirante Brown	2
Adrogué	Almirante Brown	2
Villa Tesei	Hurlingham	2
Villa Domínico	Avellaneda	1
Ingeniero Budge	Lomas de Zamora	1
Temperley	Lomas de Zamora	1
Lomas del Mirador	La Matanza	1
Ranelagh	Quilmes	2
Villa Ballester	Gral. San Martín	1
Gral. Pacheco	Tigre	2
Magdalena	Resto Pcia. Buenos Aires	
San Andrés de Giles	Resto Pcia. Buenos Aires	
Alberti	Resto Pcia. Buenos Aires	
Baradero	Resto Pcia. Buenos Aires	
Bavio	Resto Pcia. Buenos Aires	
Carmen de Areco	Resto Pcia. Buenos Aires	

Variable: Nivel educativo

Gráfico N° 14.1. Nivel educativo de los usuarios de Centro Pre Alta. 2014

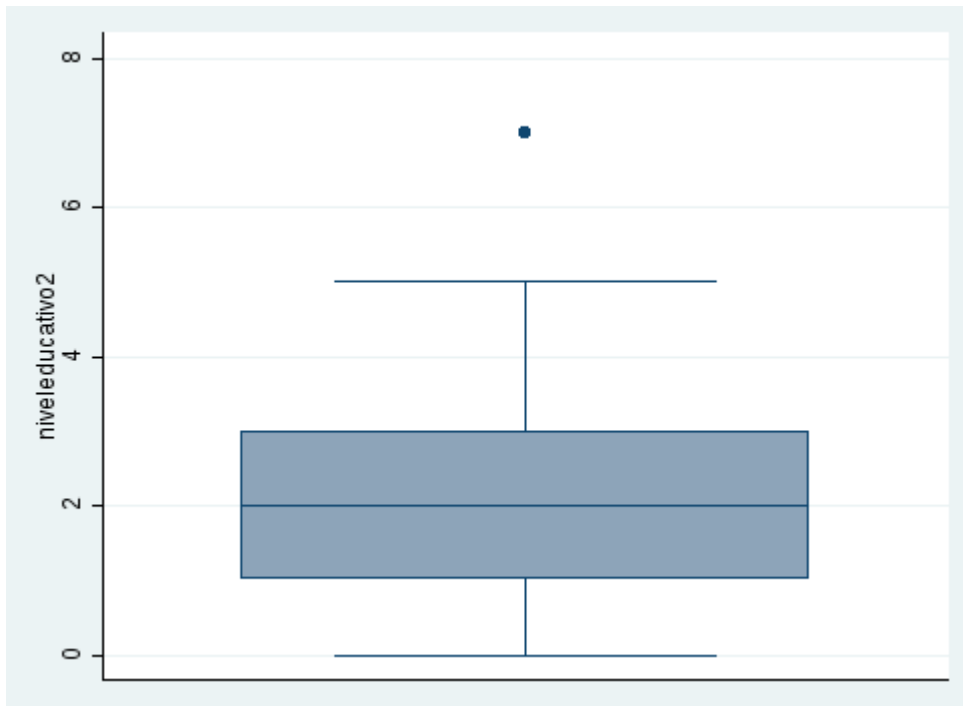


Gráfico N° 14.2. Nivel educativo de los usuarios de Centro Pichon Rivière. 2014

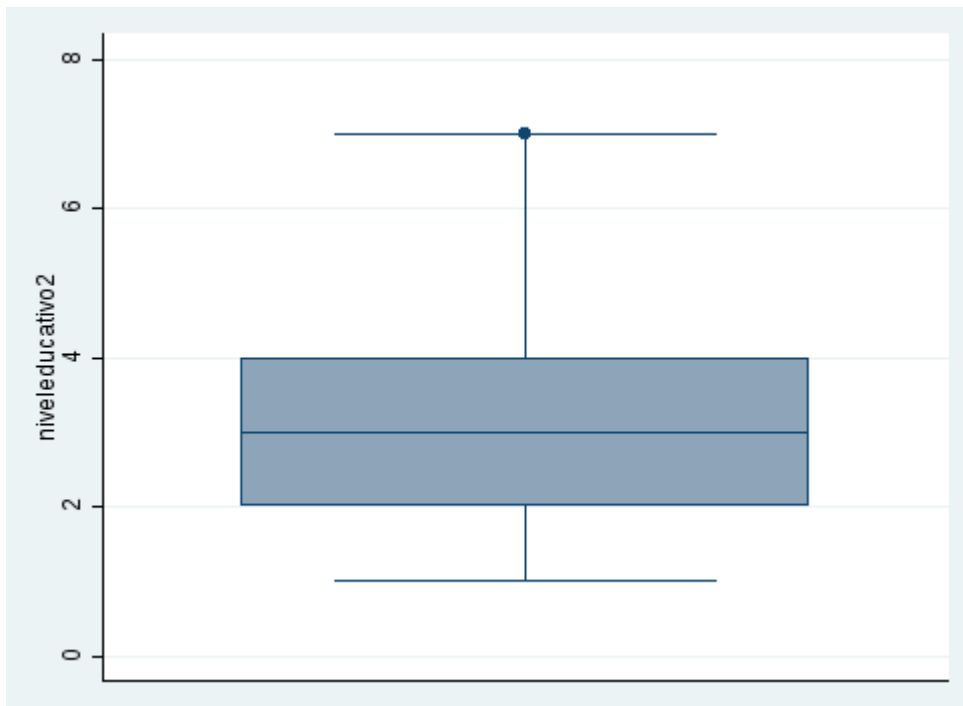


Gráfico N° 14.3. Nivel educativo de los usuarios de Centro Franco Basaglia. 2014

