

La desmanicomialización:
Crónica de la reforma del Sistema
de Salud Mental en Río Negro

Hugo Cohen - Graciela Natella

La desmanicomialización:
Crónica de la reforma del Sistema
de Salud Mental en Río Negro

Hugo Cohen

La desmanicomialización : crónica de la reforma de salud mental en Río Negro / Hugo Cohen y Graciela Natella. - 1a ed. - Buenos Aires : Lugar Editorial, 2013.

424 p. ; 23x16 cm.

ISBN 978-950-892-425-4

1. Psicología. I. Natella, Graciela II. Título.

CDD 150

Diseño de tapa: Silvia C. Suárez

Edición: Mónica Erlich

Motivo de tapa: *Esperanza* de Juan Marchesi, Viedma, 1994.

Dedicado a los trabajadores de salud mental de la provincia de Río Negro con los que hicimos la desmanicomialización, a los que la siguen haciendo y a los que la continuarán.

© Hugo Cohen / Graciela Natella

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, en forma idéntica o modificada y por cualquier medio o procedimiento, sea mecánico, informático, de grabación o fotocopia, sin autorización de los editores.

ISBN: 978-950-892-425-4

© 2013 Lugar Editorial S. A.

Castro Barros 1754 (C1237ABN) Buenos Aires

Tel/Fax: (54-11) 4921-5174 / (54-11) 4924-1555

E-mail: lugar@lugareditorial.com.ar / info@lugareditorial.com.ar

www.lugareditorial.com.ar

facebook.com/lugareditorial

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en la Argentina – Printed in Argentina

A nuestro hijo Gabriel Cohen Natella.
A nuestros padres Eugenia Pugliese, Amelia
Nostro, Carlos Natella, Werner Cohen.

Prólogo

Benedetto Saraceno¹

Escribir un prólogo para el libro de Hugo Cohen y Graciela Natella no significa que el libro necesite de algún tipo de visto bueno: la autoridad del relato deriva de su propia historia, de su raíces profundamente insertas en la realidad del sufrimiento de las personas, de su sólida visión innovadora, de su pasión contagiosa por los derechos de los usuarios de los servicios de psiquiatría y por la salud pública.

En pocas palabras: la innovación que aquí se documenta no necesita del visto bueno de nadie. Por eso, si por un lado me honra que los autores me hayan pedido escribir el prólogo, por otro lado tengo alguna renuencia a extenderme demasiado con palabras de elogio para los autores y su obra. No lo necesitan.

No voy hablar, entonces, ni del libro ni de los autores sino exclusivamente de la reforma que ocurrió en Río Negro y sus implicaciones para la evolución del debate internacional sobre los procesos de reformas psiquiátricas. Solamente, tres breves comentarios:

Primero. Río Negro muestra con claridad el continuo entre lo local y lo global: ya sea el continuo en lo que es la mala atención psiquiátrica, ya sea el continuo en lo que es la buena atención psiquiátrica. Detrás de las enormes diferencias de recursos humanos y de calidad de las infraestructuras que se encuentran a lo largo de los países del mundo, se pueden ver con transparencia elementos comunes de la atención psiquiátrica. Estos, de hecho, dependen de la identidad de la psiquiatría en cualquier país del mundo, la cual se manifiesta por medio de:

1. Calouste Gulbenkian, profesor de Global Health, University Nova de Lisbon, Portugal. Director de WHO, Collaborating Center on Mental Health, University of Geneva, Suiza.

- Una asistencia psiquiátrica centrada en el rol hegemónico del hospital psiquiátrico.
- Una cultura asistencial separada del sistema de salud, opresiva y, a veces, violenta.
- Una hegemonía de modelos terapéuticos exclusivamente biomédicos.
- Una influencia capilar y perversa de la industria farmacéutica.
- Una separación dramática entre el discurso humanista de los profesionales, la orientación psicodinámica y su práctica que, de hecho, permanece alineada con las prácticas tradicionales de la psiquiatría institucional biomédica.
- Una resistencia sistemática de los psiquiatras al cambio, o sea, una defensa corporativa (gremial) del *statu quo*.
- La ausencia de todo rol protagónico de los usuarios.

Esta era la realidad de Argentina y de Río Negro cuando empezó la experiencia que aquí se relata: una realidad local que representaba en escala reducida la realidad global.

Sin embargo, también la innovación en la atención psiquiátrica tiene elementos comunes que, más allá de las fronteras geográficas, socioeconómicas y culturales, recurren en todas las experiencias innovadoras y de cambio: la esencia de la asistencia psiquiátrica no es el hospital, porque las personas que sufren de una enfermedad mental no necesitan camas sino, más bien, una amplia selección de oportunidades terapéuticas, de vivienda, laborales, asistenciales, que van mucho más allá de la simple asistencia médico-psiquiátrica ofrecida en un sistema médico.

Si una situación particularmente aguda requiere un ingreso hospitalario, este deberá hacerse, en todo caso, en un hospital general y no en un hospital especial. En otras palabras, nadie que sea un observador serio, independiente y sin sesgo sigue creyendo que las camas psiquiátricas representan la respuesta al problema de la enfermedad mental. Ya nadie cree que el sufrimiento psiquiátrico se pueda afrontar solo con un modelo médico y farmacológico; apoyo psicológico, apoyo a la familia, apoyo social, inclusión social, vivienda, inclusión laboral ya no son opcionales, sino componentes decisivos y fundamentales de una asistencia psiquiátrica de buena calidad técnica y ética. Cabe notar que, aunque con bastante escasas referencias internacionales, los profesionales de Río Negro, basándose en la observación de la realidad, se pusieron en marcha y tomaron la buena dirección. Y la mantuvieron durante años, gracias a la profunda convicción de que la sustentabilidad de la experiencia no podía derivar exclusivamente del compromiso y de la mística personal de los profesionales, sino que

necesitaba de un trabajo intenso de sensibilización de las comunidades, de los familiares, de los profesionales del sector salud y de otros sectores sociales, de los administradores y de los políticos. Se dieron cuenta finalmente de que incluso una ley era necesaria.

Segundo. La reforma de Río Negro fue reconocida más afuera que dentro de Argentina. Hay que considerar que la reforma rionegrina ocurre durante una década en la que instituciones internacionales como la OMS y la OPS empiezan a cambiar su actitud conservadora y orientan su estrategia hacia la defensa de los derechos humanos de los usuarios de la psiquiatría y hacia modelos de atención comunitaria. Esta “coincidencia” entre innovación local e innovación global permite a Río Negro salir del aislamiento en que el mundo de la psiquiatría oficial argentina lo quería mantener. Para entonces, la Organización Panamericana de la Salud, gracias a su líder progresista Itzhak Levav, propicia la histórica Conferencia de Caracas en 1990. Este evento asume una relevancia internacional imprescindible que fortalece también la experiencia rionegrina que, a partir de Caracas, no es más la “aventura” de un pequeño grupo de profesionales estigmatizados, aislados o ignorados por la psiquiatría oficial, sino que es reconocida como la experiencia de un grupo local enmarcado dentro de un proceso regional y global que tiene por arriba la autoridad moral y técnica del Informe Mundial de la Salud 2001 de la OMS, en el cual las posiciones progresistas de la psiquiatría comunitaria y anti-institucional son reconocidas y aceptadas.

Tercero. La experiencia de Río Negro sigue existiendo y evolucionando a lo largo de los años. Entonces, uno podría preguntarse: ¿tiene sentido contar esta “historia” que empezó muchos años atrás, recorrer en los detalles los *up and down* que han caracterizado tantos años de luchas, éxitos, fracasos, errores, intuiciones, ingenuidades, fragilidades y fuerzas? ¿Por qué hacerlo?

Por dos razones: la primera, que las experiencias innovadoras en salud mental que tienen una historia larga y sólida no son muchas. Es, por lo tanto, necesario que sean cuidadosamente documentadas, so pena que corramos el riesgo de que queden solamente “mitos”, y no importa si son mitos positivos o negativos porque lo que importa es que de los mitos no se puede aprender nada.

Los ministros de Salud, los directores nacionales de salud mental, los salubristas, las asociaciones de familiares y usuarios, los profesionales de la salud mental, los juristas y todos los que abogan por los derechos de las personas con discapacidad mental que quieran innovación y cambios

sustantivos de la atención psiquiátrica NECESITAN APRENDER SI SE HIZO Y CÓMO SE HIZO. Y para esto se necesitan historias detalladas y documentadas (como es el caso del libro del cual estamos hablando), y no mitos.

La segunda razón, quizás más puntual y local pero también importante: hace poco, en los días finales de 2010, en Argentina fue aprobada por el Parlamento una Ley de Salud Mental innovadora que ha sido juzgada muy positivamente por muchos expertos y organismos internacionales (incluso la OMS). La reforma de Río Negro representa un antecedente fundamental de esta Ley, representa una referencia ética y técnica imprescindible.

Necesitamos que de esta referencia técnica y ética quede constancia, para hoy y para mañana. Este libro cumple con esta función.

Introducción

Tiempo ha que no somos parte directa² del sistema de salud mental comunitaria de la provincia de Río Negro. No obstante, seguimos participando en su movimiento de desmanicomialización, manteniendo una continua comunicación con los integrantes de los equipos de salud mental, con el Departamento de Salud Mental de Río Negro (constituido en dirección a partir de 2004) y con diversas autoridades de la provincia. En donde residieramos, hemos procurado colaborar para que esta reforma de la atención en salud mental continuara, se fortaleciera y se extendiera tanto en el país como fuera de él.

Este vínculo con la desmanicomialización de la provincia –como impulsores en el pasado y colaboradores en el presente– nos sitúa en una doble perspectiva: la de haber sido actores y actuales espectadores de este proceso, un “adentro-afuera” que nos permite cierta distancia para poder intentar transmitir y evaluar esta novedosa y productiva construcción de una atención, respetuosa de los derechos humanos.

A lo largo de nuestra carrera profesional, hemos intentado con afán poner en práctica la demanicomialización y organizar la atención comunitaria, aplicando en cada paso los principios que construimos colectivamente y que guiaran las acciones de salud mental en la provincia. Cabe enfatizar que no limitamos el alcance de esta transformación al área de la salud mental, ya que hemos aprehendido una manera de pensar e intervenir también en las áreas sanitaria y social, que resultó válida para otras

2. La doctora Graciela Natella se desempeñó primero como psiquiatra del Hospital General Artémides Zatti de la ciudad de Viedma, luego como jefa del Servicio de Salud Mental de dicho hospital y posteriormente como jefa de la División de Promoción de las Personas, del Consejo Provincial de Salud Pública de Río Negro. El doctor Hugo Cohen se desempeñó como jefe del Programa de Salud mental y luego, cuando se creó el Departamento de Salud Mental del Consejo Provincial de Salud Pública de la Provincia de Río Negro, pasó a ocupar la jefatura de este.

problemáticas y, en especial, para personas y grupos con diversos grados de vulnerabilidad.

En efecto, a la distancia podemos constatar que lo que se ha transformado es el ámbito de la salud y de lo social, al incluir en su seno el componente mental en toda su dimensión, alcanzando así una gran diversidad de expresiones del malestar humano. Es por eso por lo que la población-objeto de la atención se amplió considerablemente, comenzando por quienes presentaban mayor grado de vulneración. Podían ser las personas internadas en instituciones psiquiátricas de forma permanente (institucionalizadas); o las que padecían crisis y para “curarlas” eran prácticamente excluidas de sus comunidades, o las afectadas por el uso excesivo del alcohol, un problema sanitario habitualmente evitado o desatendido por el área de la salud mental y una de las principales causas de muerte en la provincia. Pero también eran asistidas las personas portadoras de VIH; las mamás y sus niños con desnutrición; las niñas y adolescentes con embarazos tempranos; los jóvenes con causas penales. La situación de los adultos mayores “deprimidos” por el abandono social que sufrían, muchos de ellos “geriatrizados” como única respuesta a las limitaciones producidas por la edad o las enfermedades; y los pobladores originarios, habitualmente transculturalizados y con situaciones de marginalidad extrema, entre otras graves situaciones detectadas.

Fue así como, junto con la atención de los problemas de menor severidad ya incorporada en las prácticas de salud mental en los pocos hospitales generales que contaban con recursos en el área al inicio de la reforma, se priorizó la atención de personas excluidas (institucionalizadas, no incorporadas a la vida social de sus comunidades), ya sea por la severidad de su padecimiento como por su situación social y económica y/o su grado de abandono. Revertir esta constante, entonces, se convirtió en el objetivo principal y básico de todas las acciones: alcanzar la máxima inclusión social de las personas con sufrimiento mental en sus propias comunidades.

Para generar y sostener este propósito fue clave priorizar la atención de las crisis y la reintegración social de las personas con problemáticas de salud mental (aprendimos que no hay política de salud mental posible si no se establecen prioridades).

Lo relevante en una primera instancia no era el diagnóstico del trastorno mental, sino el diagnóstico situacional de la persona en crisis, entendida esta crisis como la punta del *iceberg* de una situación crítica multidimensional. Por otra parte, se constataban denominadores comunes referidos a la atención de las personas con sufrimiento mental –dificultad de acceso al tratamiento, seguimiento escaso o nulo, discriminación y estigma, institucionalización–, más allá de un diagnóstico particularizado. En todos los

eventos, la crisis representaba una oportunidad de movilización de fuerzas sociales que acompañaran la recuperación.

Este enfoque de la crisis implicaba el desarrollo de una estrategia que permitiera la atención de las personas en sus propias comunidades, y también la de su familia y su entorno (tríada usuario-familia-entorno), de tal forma de posibilitar una recuperación efectiva y duradera. Para esto era imprescindible el desarrollo de una multiplicidad de nuevas prácticas y servicios de salud mental en cada territorio, servicios disponibles y cercanos a los hábitos y a la cultura de los pobladores como respuesta a toda crisis más allá de su manifestación (el abuso de sustancias, un intento de suicidio, un trastorno psicótico, el malestar de un niño que interrumpe su escolaridad, entre otras).

El desarrollo y fortalecimiento de servicios fue una estrategia prioritaria para aumentar el acceso a la atención y permitir una inclusión activa de la persona con trastorno mental severo en su comunidad. La palabra “servicio” pasó a tener una doble significación: es estructura y es actitud de servir.

Lo arduo de esta tarea, que convocó nuestra total dedicación a la reforma, dificultó su transmisión escrita. Esta es una larga deuda que intentaremos saldar con este libro.

La publicación *Trabajar en salud mental*, que fuera el primer ensayo de una construcción colectiva del proceso de cambio, no alcanzó a transmitir las bases históricas y la puesta en práctica de la reforma. Sin embargo, muchos de los contenidos del presente libro han sido fragmentariamente publicados o circulan gracias a la transmisión oral, debido a la socialización de la información durante los años de trabajo en Río Negro (1985-2000), o a posteriori durante nuestra estancia fuera de la provincia y del país (2001-2005) y, en particular, a partir de nuestro regreso (2006) como parte de la filiación institucional de ambos³.

Fue a fines de la década de 1980 cuando se publicaron las primeras notas periodísticas⁴, promovidas por el Departamento de Salud Mental.

A medida que trascendía la labor se recibieron invitaciones a congresos, cursos, ateneos, talleres y seminarios en los que se transmitieron las concepciones y las prácticas que sustentaban la desmanicomialización. Algunos de sus principios se difundieron en diversas publicaciones

3. En la actualidad, Graciela Natella se desempeña como coordinadora del Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, y Hugo Cohen es asesor subregional de la Organización Panamericana de la Salud.

4. Nota edición dominical de diario *Clarín*, 1991.

(Natella, 2009), (Cohen y Natella, 2009) (Cohen, 1994a), (Toth, Cohen y Hall, 1989)⁵, en cursos para universidades⁶, en áreas de salud mental de países latinoamericanos y a través de la colaboración en el desarrollo de proyectos de ley de salud mental de varias provincias argentinas⁷, así como en entrevistas radiales y televisivas⁸.

Las ideas y prácticas que sustentaron la desmanicomialización, cuestionadas y controversiales durante muchos años, se hicieron escuchar en diversos ámbitos, tanto académicos como de divulgación general. Para algunos fue una producción casi pintoresca; para otros, revolucionaria e idealista, siempre marginal, procedente de la alejada y mítica Patagonia. Es claro que cuando comenzó a hablarse de desmanicomialización, la mística, la utopía y la militancia no se consideraban valores intrínsecos del trabajo en salud mental.

Muchas de las críticas, tal vez la mayoría, no estaban sustentadas por un conocimiento directo y personal de la labor en terreno. Las opiniones se basaban en palabras de terceros o de los mismos protagonistas de la desmanicomialización, o en las publicaciones arriba mencionadas. Salvo un trabajo de investigación sobre "Percepciones y representaciones sociales de la salud mental"⁹ y una asignatura optativa de una universidad del país¹⁰, que se animó a recomendar la pasantía de los estudiantes en servicios de la provincia, llamó la atención el silencio de la "academia" durante muchos años respecto a la reforma del sistema de salud mental de Río Negro.

5. Se incluyen otras publicaciones de los autores en *CESS* de Rosario, *Publicación de las Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, organizada por la Comisión Nacional de Médicos Residentes (CONAMER) y la revista *Vertex*.

6. Curso de Formación de Formadores en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional Autónoma de México. ENEO-UNAM (México DF, 2004). Curso "Salud mental comunitaria y reforma psiquiátrica", "Modelo clínico-modelo comunitario en salud mental", Universidad Autónoma Metropolitana. UAM-Xochimilco (México DF, 2005).

7. El doctor Cohen fue asesor del legislador J. Casabé, presidente de la subcomisión de Salud Mental de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para la elaboración de la Ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires (1999). A comienzos de la década del noventa y a pedido de las autoridades de varias provincias argentinas, se asesoró en la reforma de sus sistemas de salud mental (Chaco y Tierra del Fuego), donde se implementaron también parte de estas ideas y estrategias.

8. Programa televisivo *Zoo* (1998), conducido por el periodista Juan Castro, ya fallecido.

9. Con Beca de Perfeccionamiento otorgada a la licenciada Noemí G. Murekian por Concurso de Becas del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Subsecretaría de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Psicología de la UBA, años 1987-1988.

10. La cátedra de Psicología Preventiva. Profesora titular, licenciada Graciela Zaldúa. Facultad de Psicología de la UBA.

Podemos aseverar que el carácter marginal de la desmanicomialización se mantenía tanto en el ámbito académico como en el *establishment* psiquiátrico-psicológico (a nuestro entender, estas actitudes no fueron casuales sino que expresaban una ideología cuyo análisis será hecho luego).

Veinticinco años después, "desmanicomialización" es un término de intercambio, que ha pasado a ocupar el centro de la escena en el debate por la transformación de los sistemas de salud mental en el país, reconocido y promovido por todos aquellos que procuran un cambio, como parte de los movimientos de reforma ya existentes en el mundo.

El destino de esta palabra resultó impredecible. Fue sometida a acepciones diferentes. Fue disputada y apropiada por diversos sectores (incluso los de pensamiento antagónico), resignificada en contraposición a su verdadero sentido (y por verdadero entendemos su significado original, que desarrollaremos a continuación), y hasta discutida y desaprobada sin comprender o conocer los alcances que en realidad le han dado a la desmanicomialización aquellos que la pusieron en marcha.

Probablemente esto explique las múltiples acepciones y distorsiones que aún circulan sobre este término.

¿Qué fue la desmanicomialización?

La desmanicomialización fue concebida como *la transformación de un sistema de salud mental*, para que las personas con sufrimiento mental vivan en sus comunidades y no en hospitales psiquiátricos ni en ninguna otra forma de abandono. Para que no sean alejadas de su vida social, del trabajo, del hogar, de las oportunidades, de los intercambios y los riesgos. Para aumentar el acceso a una atención eficaz y disminuir la carga de enfermedad que soportan mayormente los usuarios, sus familias y comunidades (WHO, 2004)¹¹. Hacer esto posible fue producto de la modificación de las prácticas, los modelos de atención y las políticas de salud mental, o sea, el sistema de salud mental vigente. En otras palabras, se transformó el viejo sistema en un sistema de salud mental comunitaria.

El sentido original de la desmanicomialización está contenido en su práctica y principios, y en la Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental (en adelante, Ley 2.440) de la provincia de Río Negro.

11. En la actualidad, en Latinoamérica, alrededor de un 80% de las personas con algún trastorno mental severo no han sido tratadas en los últimos doce meses.

La desmanicomialización implicó en la provincia el cambio de la cultura manicomial hacia una cultura de inclusión y de hacer efectivo los derechos. Esa transformación se hizo cierta como consecuencia del cierre del manicomio.

No fue posible la coexistencia de este nuevo enfoque comunitario de atención junto al hospital psiquiátrico, cuya existencia era un pasaporte para sostener las prácticas de aislamiento y abandono y una captación de recursos que no podían ser reorientados hacia la red territorial de servicios de salud mental en particular y al área de salud mental en general. Por eso, en este contexto, la desmanicomialización fue sinónimo de *Nunca más manicomios* o sus equivalentes (hospitales psiquiátricos, hospitales monovalentes de salud mental, colonias, asilos).

Un cuarto de siglo después de que la palabra “desmanicomialización” entrara en uso y recorriera distancias y destinos, nos parece oportuno transmitir parte de la historia, el contexto y el sentido con los que fuera acuñada. Como verdadero producto histórico social, reflejo de una experiencia real y concreta, de una creación y construcción continua y colectiva, la desmanicomialización consistió en una transformación de la realidad, pero también de nuestras propias personas. Fue así como, junto con muchos otros y otras, se involucró al grupo familiar, se ofreció una dedicación exclusiva a esta causa (noches, días, fines de semana), muchas veces con sueldos insuficientes, y poniendo al servicio los bienes materiales (domicilio, transporte, entre otros).

Este compromiso y estos valores compartidos sustentaron la desmanicomialización, y son en gran parte los que le han dado fuerza, dirección, permanencia y legitimidad. Consideramos que este libro es parte de ese compromiso. Por un lado, para ser fieles a la convicción de que es necesario saldar las brechas entre la teoría y la práctica, y así contribuir con la transmisión del desarrollo de un sistema provincial de salud mental que se basa en servicios territoriales y comunitarios de salud mental; esto, como se ha demostrado, es posible, y el libro intenta dejar testimonio de ello. Por el otro, porque es necesario continuar recuperando la historia y la memoria de lo acontecido en la Argentina, y esto incluye el campo de la salud mental.

Estos contenidos, en parte, son conocidos por muchos, ya que vienen circulando desde hace años de la mano de los trabajadores de salud mental de Río Negro, así como de los autores del presente libro, que los han difundido y continúan haciéndolo en la actualidad. Además, están en sintonía con aquellos ya enunciados por las reformas de los sistemas de salud mental en el mundo, y con declaraciones y tratados internacionales, que resultan primordiales y con los que se cuenta hoy en día.

En efecto contamos, entre otros, con una diversidad de trascendentes declaraciones (Declaración de Caracas, 1990), convenciones (Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Naciones Unidas, 2006) y tratados internacionales (Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Naciones Unidas, 1991). A estos, se suman recomendaciones (Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental, 2000), así como estudios y publicaciones basados en la evidencia científica y promovidos por la OPS/OMS (Vásquez, 2009), en su mayoría surgidos en la década de 1990 y en la de 2000.

Estos relevantes documentos, junto con una importante bibliografía producida por dichos organismos (WHO, 2005a), son en la actualidad hitos para promover y respaldar los procesos de cambio en la región americana hacia una perspectiva comunitaria de la atención en salud mental. Es por eso por lo que, para muchos –probablemente aquellos que adhieran a estas ideas o trabajen para hacerlas realidad–, esta información puede resultar redundante.

Sin embargo, creemos que es útil presentar el desarrollo de un proceso de transformación, su historia y los principales ingredientes para su construcción, en una época en la que se carecía de los aportes mencionados.

En el inicio de la desmanicomialización, si bien se conocían desarrollos de salud mental comunitaria en el país y en la región americana, estos constituían experiencias de reformas parciales y no del sistema global de salud mental de todo un territorio.

Sí estaban en curso reformas en el continente Europeo, como por ejemplo en algunas regiones de España, impulsadas por el artículo 20 de la Ley General de la Sanidad, y en particular en Italia, cuya reforma psiquiátrica será referida en el transcurso del libro. También en Sudamérica, con la creación en Brasil del Movimiento de Trabajadores de Salud Mental y la Primera Conferencia Nacional, coincidente con los inicios de la transformación en la ciudad de Santos.

La desmanicomialización fue entonces, en muchos aspectos, una reforma pionera en el país y en la región, por lo que contó con resistencias adicionales (al iniciarse un proceso de cambio) y con escasas “hojas de ruta” para enfrentarlas.

Otro motivo fundamental para impulsar esta publicación fue contribuir a la continuidad de la causa de la reforma, al compartir estas ideas con todas aquellas personas que, sin provenir del campo de la salud mental y sin ser técnicos o profesionales, pueden ser protagonistas principales para un cambio. Personas que acompañan y dan respuestas en el campo

de la salud mental, en primer lugar por su sensibilidad y vocación de servicio, y que son esenciales a la hora de conformar un movimiento para construir y sostener la reforma. Personas que aún en la actualidad no son consideradas parte fundante de las políticas, de las acciones y base de un movimiento por la salud mental, y que no son habituales destinatarias de los libros y escritos sobre el área. Intentaremos llegar a ellas con un lenguaje que las alcance para dar a conocer contenidos y experiencias de los que habitualmente carecen las formaciones académicas tradicionales.

Además de las particularidades del trabajo en Río Negro que pudieran aportar a la construcción de nuevas transformaciones, quisiéramos destacar lo que ha constituido a nuestro entender su motor fundamental: el factor humano; el equipo, el “nosotros”. Un grupo que vivió y vive el constante hacer de la desmanicomialización hasta hacerla posible.

Este sector técnico fue un esencial impulsor de esta construcción que, como toda experiencia comunitaria, es un continuo. No es cerrada ni acabada; es perfectible, requiere avances y profundizaciones. Aun después de años de vigencia, refleja contradicciones.

El desarrollo no ha sido homogéneo. El grado de avance entre los equipos de cada una de las localidades de la provincia fue diverso. Esto obedece a una complejidad que se tratará de analizar, pero que no hace más que reflejar que el alcance de cada uno de los desarrollos locales fue interdependiente del contexto regional.

Es fundamental destacar que, a pesar de sus veintisiete años, el sistema de salud mental rionegrino es muy joven aún frente al desarrollo de una cultura *asistencialista*, aún imperante en el país, basada mayormente en prácticas restrictivas, en la supresión sintomática y en la institucionalización, más que en el respeto y la garantía de derechos, como pretende sustentar la desmanicomialización.

Es probable que este sea un motivo –como acontece en otras reformas regionales e internacionales–, por lo que estos cambios son inicialmente resistidos, a los que se suman el desconocimiento y/o los intereses creados.

Por lo tanto, no es ingenuo el cuestionamiento que ha sufrido en ocasiones el proceso de reforma rionegrino, así como quienes lo han encarnado (está claro que no hablamos de la crítica indispensable para producir avances, sino de aquella que encubre la resistencia a las transformaciones). Es difícil imaginar, por otra parte, que un cambio de paradigma no produzca oposición y una defensa del sistema preexistente. Es como pensar una revolución sin opositores y detractores.

Para terminar, es altamente probable que no podamos transmitir la complejidad y la riqueza de lo vivido y aprendido en Río Negro, y este ha sido otro de los motivos principales de la dificultad de escribir este libro:

¿cómo hacer para transmitir la pasión, el propio cambio, el cambio con otros? ¿Cómo expresar que tras este trabajo hay una reparación histórica –en términos de dignificación personal y colectiva– que nos incluye a todos? Aun más complicado es relatar el gran afecto y respeto que hemos compartido con los usuarios del sistema y sus familiares, que sigue vigente en cada emotivo encuentro, y, claro está, con quienes fueron nuestros compañeros de labor, grupo pionero en la reforma.

Conscientes de la limitación de no alcanzar a traducir la intensidad de lo vivido y realizado, preferimos optar por ese riesgo, ya que creemos que es importante reafirmar que lo dicho está hecho, que se puede, que está probado y que no es una ilusión ni una utopía. Aunque sí lo fue.

Presentación

Este libro fue dividido en seis capítulos. Comenzando con una breve secuencia histórica del proceso de desmanicomialización para continuar con los principios que le dieron sustento y los métodos y prácticas que los hicieron posibles, para concluir con la evaluación y un trabajo de investigación sobre el nuevo sistema.

El relato inicial de los principales acontecimientos de la reforma es posteriormente desarrollado y profundizado en términos conceptuales y metodológicos en los capítulos siguientes.

A pesar de creer en la importancia de presentar este recorrido, que introduce la idea de una construcción progresiva, la opción de invertir el orden de tal forma de comenzar con el capítulo de metodología y clínica de la desmanicomialización se hizo sentir en varias oportunidades. Es decir, iniciar este libro con un contenido considerado el corazón de la reforma: la producción de nuevas prácticas, “el cómo” se construyó el cambio de sistema.

Finalmente esta inversión no prosperó, al considerar que era el proceso, con sus avances y condiciones –gradualidad, progresividad, continuidad, participación colectiva e interacción con el contexto–, el que fue reorientando el camino de la acción.

Esta reflexión definió el formato de esta crónica, la que intenta transmitir cómo los avatares propios de la tarea y los sucesos histórico-sociales vividos en la provincia fueron produciendo una nueva forma de entender y hacer salud mental.

Es probable que esta convicción acerca de la relevancia del plano de la acción, como traductor y expresión directa de ideas y teorías, produzca a lo largo de la publicación reiteradas consideraciones de orden práctico, sumadas a las viñetas que relatan –sobre todo– las situaciones de personas con sufrimiento mental, que han sido usuarias del sistema de reforma de la provincia.

Cabe admitir que también existió una clara dificultad en separar el plano conceptual del plano de la estrategia y de la acción. Probablemente –además de las respectivas limitaciones– obedezca a la permanente prédica contenida en el ideario de la desmanicomialización sobre el carácter indisoluble de la teoría con la práctica. La intersección de estos dos planos posiblemente haya sido fuente de reiteraciones en el relato de cada uno de los apartados correspondientes. Se ha confiado en que los lectores puedan disculpar una repetición que, como aspecto positivo, tiene el de facilitar una mayor comprensión de varios de los temas planteados sin necesidad de una lectura previa de los precedentes.

En línea con lo dicho, los hechos históricos relatados inicialmente se completan con las ideas y las acciones que fueron el eje de la labor y en particular con las historias de personas reales que fueron expresadas en el transcurso del libro.

Pero adviértase que las reiteraciones responden también a una tradición oral: las formas habituales de comunicación de la desmanicomialización, en las que la repetición de ideas, consignas y logros fortaleció y alentó al colectivo humano que estaba al frente del cambio.

También es necesario aludir a que la riqueza simbólica del concepto de desmanicomialización ha originado una multiplicidad de sentidos, por lo que fue necesario contar con nuestra versión de los términos –sus contenidos– que, en último análisis, definieron y caracterizaron la reforma rionegrina.

A lo largo de la narrativa se ha preservado la identidad de las personas y de la casi totalidad de localidades donde sucedieron los hechos, puesto que, en su mayoría, no se solicitó autorización para revelarlos. Por igual motivo no se han expuesto las imágenes fotográficas de personas significativas; tanto de trabajadores de salud y de salud mental, de referentes institucionales y sociales como de usuarios de los servicios y sus familiares.

Tal decisión posiblemente haya restringido la riqueza de los respectivos relatos y el impacto de visualizar a estos actores de la desmanicomialización en pos de respetar su privacidad.

Por último, queremos expresar que desde los respectivos lugares de trabajo, en el pasado y en el presente, esta tarea ha involucrado nuestra vida entera y lo sigue haciendo, por lo que no pudimos obviar algunas referencias que atravesaron el plano laboral y también el personal, las que en su mayor parte se han incluido al pie de página.

En Río Negro y en forma comparativa con otras regiones, la falta de dispositivos intermedios propios del sector sanitario no constituyó un obstáculo significativo para la reinserción social de los usuarios. Obstáculo que sí se produjo en aquellos servicios que no compartían la labor de desmanicomialización y que, al no disponer de dichos dispositivos y no generar respuestas comunitarias alternativas, extendieron la permanencia de los usuarios en los hospitales generales por períodos prolongados.



Desarrollo de prácticas de promoción habitacional

Entre otras formas de inclusión habitacional y promoción de la vivienda, se favoreció y gestionó:

- El alquiler de viviendas autónomas, ya sea a través de la gestión de subsidios o el apoyo en la administración de pensiones, entre otros.
- El apoyo en el sostenimiento de la propia vivienda, a través de las gestiones necesarias para mantener los servicios básicos (gas, luz, agua, entre otros) así como del equipamiento o remodelación.
- La gestión y participación en la construcción de viviendas autónomas por parte del equipo de salud mental junto a otros sectores y actores comunitarios (Schiappa Pietra, 2003).
- La gestión ante el organismo provincial de vivienda para la priorización del otorgamiento de terrenos y planes de viviendas a usuarios y familiares.

- El alojamiento y la comida en casas de familias que percibían una renta por dicha prestación.
- El desarrollo de hogares de tránsito y casas de medio camino dependientes del sector salud.
- El acuerdo con otras instituciones de la comunidad que disponían de hostales u hogares y podían albergar a usuarios de los servicios de salud mental.
- El alquiler de habitaciones en pensiones u hoteles modestos.



Importancia de las Casas de Medio Camino en el tratamiento de pacientes, Viedma.

Índice

Prólogo a cargo del Dr. Benedetto Saraceno	9
Introducción.....	13
Presentación	23
Capítulo 1. Génesis de una transformación	25
El desafío de instalar capacidades a nivel local	29
Los equipos de salud mental y la incipiente red territorial de servicios	32
Una incorporación clave para la reforma: los recursos humanos no profesionales y no convencionales	37
El hospital psiquiátrico de la ciudad de Allen	40
Estrategias de externación y de intervención en crisis. Salud mental como 5ª clínica básica.....	44
La reconversión del hospital psiquiátrico en hospital general	47
Nuevos cambios, nuevas dificultades.....	52
Grandes respaldos, fuertes resistencias.....	54
Algunos elementos imprescindibles en la construcción de la reforma.....	58
¿Cómo se desencadenó la reforma?	59
Algunas dinámicas propias de un cambio de paradigma	68
La capacitación como estrategia de cambio	69
La sanción de la Ley 2.440	79
Capítulo 2. Fuentes de inspiración.....	103
Una referencia pionera: la atención en el Hospital General “Evita”	107
Capítulo 3. Contenido y dimensiones de la desmanicomialización	113
Un poco de historia sobre el término “desmanicomialización”	113
Las dimensiones de la desmanicomialización.....	117

Capítulo 4. Los principios rectores de la desmanicomialización.

Los recursos humanos que los sustentaron	129
Atender e integrar a la persona con sufrimiento mental en su medio habitual desde un enfoque de crisis y de reinserción.....	132
Rescatar los recursos de salud presentes en las personas y comunidades	140
Intervenir en los planos técnico, político y social.....	142
Implementar estrategias de intervención por medio del trabajo en equipo.....	149
Socializar e intercambiar los conocimientos y redistribuir responsabilidades.....	150
Desmanicomializar-se	153
Reconocer las necesidades básicas como condicionantes de la salud mental y gestionar su satisfacción.....	155
Producir una práctica intersectorial, interinstitucional y con las redes de apoyo social	158
Promover una nueva cultura de la salud mental basada en la inclusión y el respeto de los derechos	160
Una oferta diferente construye una demanda diferente.....	163
Aceptar la incertidumbre como aspecto inherente a la transformación	167
El recurso humano, principal instrumento del modelo de inclusión social.....	168
Recursos no convencionales	173
Los operadores de salud mental	175
La gestión del recurso humano.....	181
La falta de recursos	186

Capítulo 5. Metodología. Estrategias y nuevas prácticas

La “clínica” de la desmanicomialización	189
Consideraciones generales	189
Premisas sobre las intervenciones y el alcance de la palabra “clínica”	190
Condiciones generales de intercambio con usuarios, familiares y otros referentes sociales.....	195
Criterios priorizados en el abordaje territorial	196
Principales destinatarios.....	198
Creación y desarrollo de la red territorial de servicios de salud mental.....	199
Estructuras y dispositivos de la red de servicios y sus prestaciones principales	202

Funcionamiento de la nueva red de servicios: aspectos operativos.....	209
Los equipos de salud mental (ESM). El trabajo en equipo.....	209
Elaboración de la estrategia terapéutica. Recursos terapéuticos	216
Internación de personas con sufrimiento mental en los hospitales generales	221
Trabajar en la urgencia: intervención en crisis.....	241
Atención ambulatoria	258
La visita domiciliaria.....	260
El armado de la red de apoyo	264
Sensibilización comunitaria	265
Asambleas comunitarias.....	285
El trabajo de equipos móviles multipropósito de intervención a distancia (EMID-patrullas).....	289
La reinserción social.....	303
Intervenciones familiares: el trabajo con la familia	323
Gestión de necesidades básicas: la práctica de los Derechos Humanos	331
La práctica intersectorial.....	336
Promoción del asociacionismo. Asociaciones de usuarios y familiares, grupos de ayuda mutua, otras asociaciones civiles.....	339
Estrategias de externación.....	343
Las reuniones periódicas provinciales, zonales y locales.....	347
La primera Conferencia Nacional de Salud Mental	351
Capítulo 6. Monitoreo, evaluación, investigación	359
Indicadores de avance del proceso de reforma	359
Obstáculos y facilitadores de la acción	360
Investigación.....	364
La desmanicomialización como objeto de estudio.....	365
Conclusiones generales	391
Anexo 1	400
Visitantes nacionales e internacionales	403
Anexo 2. Ley N° 2.440	405
Bibliografía	411