

2019-07-10

El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo b̄y a r g e n t i n o (1 9 5 4 2 0 1 0)

Campodónico, Nicolás

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1109>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inn

El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010)

Nicolás Campodónico¹

Resumen

En la actualidad nuevas condiciones históricas hacen de la Salud Mental un tópico de creciente preocupación tanto a nivel de política pública como de orientaciones teóricas. En el contexto de los cambios actuales, las políticas sociales, y las de salud en particular, se ven transformadas en la redefinición de las funciones del Estado. Por este motivo, nos proponemos analizar los avatares y contextos sociales, políticos, culturales, económicos, por los que ha atravesado en la historia de Argentina, las formulaciones y aplicaciones de políticas públicas en salud mental, tomando como período desde: la profesionalización de la Psicología a partir de 1954 hasta la formulación de la Ley de Salud Mental en 2010. Para de esta forma historizar los avatares e implicancias que se suscitaron en este período.

Palabras clave: Salud Mental - Política Pública - Influencia cultural - Historia

The public policies impact on Mental Health when constructing the Argentine psychologist's identity and practice (1954-2010)

Abstract

At present the new historical conditions make the Mental Health an issue of growing concern at two levels, e.g., the public policies and the theoretical guidelines. In the current changing context, the social policies and specially the health ones are being transformed into the redefinitions of the State functions. So, we will study the vicissitudes and the social, political, cultural and economic contexts that the position and applications of the mental health public policies have gone through in Argentina's history from the 1954 Psychology professionalization to the 2010 Law of Mental Health. In doing so, we will historically contextualize the vicissitudes and implications of this time.

Keywords: Mental Health - Public Policy - Cultural Influence - History

Introducción

En el contexto de los cambios actuales, las políticas sociales y entre ellas las de salud en particular se ven severamente transformadas en la redefinición de las funciones del Estado. Las prácticas en salud mental son, obviamente, atravesadas por estas políticas que generan preocupaciones y ocupaciones, análisis y reflexiones e implican movimientos y transformaciones constantes en dicho campo. Es en este sentido que apuntaremos a plantear el impacto de la articulación de las políticas públicas y las prácticas profesionales dentro del campo de la salud mental, y para ello proponemos una producción historiográfica a fin de dar cuenta de los antecedentes de dicha articulación. El presente trabajo parte de una lectura más profunda de un trabajo publicado en las Actas del Encuentro de

Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis en 2018, para abordar lo sucedido en la articulación de las políticas públicas en las década del '50 y '60 en nuestro país tras la profesionalización de la Psicología. (Campodónico, 2018a) Se apunta a una reformulación y profundización del tema presentado previamente en la revista "Coordenadas..." (Campodónico, 2018b) por otro parte, haciendo hincapié en las consecuencias de la sanción de determinadas normativas en la construcción de la identidad del Psicólogo de nuestro país

Para aproximarse a la trama de la historia de la psicología académica y profesional en Argentina, con sus personajes, sus instituciones, el juego de intereses, las transformaciones ideológicas, la diferenciación de períodos y procesos, es necesario acudir a los diferentes

¹ Universidad Nacional de la Plata, Argentina. E-mail: nicolas_campodonico@hotmail.com

El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010)

trabajos específicos en el tema de autores como Klappenbach, Rossi, Vezzetti, Vilanova, entre otros

Caracterizamos a la configuración del campo de la salud mental como un proceso que se fue dando a través del pasaje de un modelo asilar-manicomial hasta llegar a las importantes políticas en el campo de la salud mental que se desarrollan en la actualidad. Estas políticas en salud mental plantean a su vez hablar del recorrido desde el paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos. (Arriaga, Ceriani, & Monópoli, 2013) Ante la crítica al sistema asilar-manicomial, la generación de propuestas asistenciales diversas a ésta, es posible de ser situada en los comienzos de los años cincuenta en el siglo pasado. La redistribución operada por las políticas sociales en esa época tendía a proveer márgenes de salud y bienestar a la población y a mantener los límites de los conflictos sociales dentro del dominio del saber técnico-administrativo. Podemos mencionar que la mayoría de las transformaciones en salud mental se englobaron en reformas sanitarias más extensas. Tal es el caso de la psiquiatría comunitaria inglesa, la Reforma psiquiátrica Italiana, entre otras. Sin embargo, con excepción de la experiencia Italiana, todas estas experiencias terminan coexistiendo con los manicomios y, en algunos casos, viendo reaparecer los supuestos objetivantes y segregativos en el interior de prácticas supuestamente innovadoras. (Chiarveti, 2008)

Nos ha parecido importante partir entonces de la referencia de los autores en cuanto a la consideración de las prácticas en salud mental como un conjunto simultáneo de representaciones, saberes y acciones específicas de un campo definido, el de la salud mental, espacio no homogéneo, de contradicciones y antagonismos. Es así que el campo de la salud mental se transforma en un sub-campo de las prácticas de salud en general, cuya especificidad se define por el particular constructo social de sentido con respecto a la locura producido en la modernidad, y sus formas institucionales específicas. (Stolkiner, 2009)

Se puede caracterizar la configuración del campo de la salud mental como un proceso que se fue dando a través del pasaje de un modelo asilar-manicomial hasta llegar a las importantes políticas en el campo de la salud mental que se desarrollan en la actualidad. Estas políticas en salud mental plantean a su vez hablar del recorrido desde el paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos. (Arriaga, et.al, 2013) Ante la crítica al sistema asilar-manicomial, la generación de

propuestas asistenciales diversas a ésta, es posible de ser situada en los comienzos de los años cincuenta en el siglo pasado, ligada, por un lado, a la instauración del Estado Social en los países centrales, y por otro, posteriormente, a los movimientos sociales tendientes a cuestionar órdenes reinantes. La redistribución operada por las políticas sociales en esa época tendía a proveer márgenes de salud y bienestar a la población y a mantener los límites de los conflictos sociales dentro del dominio del saber técnico-administrativo. Podemos mencionar que la mayoría de las transformaciones en salud mental se englobaron en reformas sanitarias más extensas. Tal es el caso de la psiquiatría comunitaria inglesa, la Reforma psiquiátrica Italiana, entre otras. Sin embargo, con excepción de la experiencia Italiana, todas estas experiencias terminan coexistiendo con los manicomios y, en algunos casos, viendo reaparecer los supuestos objetivantes y segregativos en el interior de prácticas supuestamente innovadoras.

Es a partir de las crisis de la década del '30, con la reformulación del Estado bajo el influjo del keynesianismo que se generará, para las prácticas y las concepciones en salud, un contexto de profundas transformaciones con el nacimiento de las políticas sociales universales, en reemplazo de la filantropía de los Estados liberales. A los fines de este trabajo importan las políticas en salud y en relación con ellas las políticas en salud mental. Los Estados Sociales o de Bienestar tuvieron su mayor desarrollo en los países centrales en el período que va desde la posguerra hasta la crisis de mediados de los '70. (Stolkiner, 2003)

Esta nueva concepción del Estado y de los derechos se refleja directamente en la definición de salud que enuncia la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nacimiento en 1948: "Salud es estado de completo bienestar: físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". Se trata de una definición que propone asumir a la salud como objeto complejo y como una responsabilidad social. Entonces podemos señalar en esta definición que se trataría de ver a la salud como un estado de bienestar, completo, eficaz y eficiente.

Sobre este proceso, dice Galende (1990): "en los años cincuenta se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. Goffman muestra en los Estados Unidos la creación de una nueva patología por el internamiento. Crecen en todo el territorio norteamericano las socioterapias y

El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010)

las comunidades terapéuticas. Cuando llega la ley Kennedy en 1963, con el Programa federal de Psiquiatría Comunitaria, el terreno estaba abandonado. En Francia, a partir de Saint-Alban y con el apoyo del Frente Patriótico, se promulga la reforma sanitaria y la creación del sector como nueva política en Salud Mental. En Italia, el Frente Democrático, reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas, para luego, con Basaglia, desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de salud mental. Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas de salud mental.” (Galende, 1990, p. 146)

Las políticas en salud mental resultaron tan diversas como los contextos y Estados en que se desarrollaron. No obstante, hay algunas tendencias que, en términos generales, pueden señalarse como implícitas o deseables en las propuestas de reforma:

1. Centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no el de enfermedad mental.
2. Romper el supuesto o representación de peligrosidad asociado a la reclusión. Modificar las reglas jurídicas al respecto.
3. Proponer formas ambulatorias o integradas a la sociedad de atención de las patologías psiquiátricas tradicionales.
4. Trabajar sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social comunitaria en actividades de promoción de la salud.
5. Incorporar la conceptualización de ciudadanía y de derechos como componente de la práctica curativa y preventiva.
6. Reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

En los últimos tiempos, nuevas condiciones y concepciones históricas hacen de la salud mental un tópico de creciente preocupación y ocupación. En consonancia con esta realidad, en el año 1996 se desarrolló la Conferencia Internacional de Salud Mental, y el documento final de esa reunión, en acuerdo con la tendencia general en salud destacó la necesidad de reorientar los esfuerzos desde el ámbito institucional hacia el comunitario, y de incluir los servicios de salud mental en los programas de seguro médico. Se estimuló, además,

la creación de programas destinados a asegurar el desarrollo social de los niños y los derechos de las personas con discapacidad mental. El 2002 es declarado por la OMS Año Internacional de la Salud Mental y como parte de ello se anunció el Programa Mundial de Acción en Salud Mental.

En nuestro país, en el Plan Federal de Salud 2004-2007 estructurado en función de la Atención Primaria de la Salud, el Ministerio de Salud de la República Argentina plantea a la Salud Mental como una de las áreas importantes sobre las cuales es necesario implementar acciones específicas; pero denuncia a la vez “la ausencia de información para establecer líneas de base en algunos de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina” (Consejo Federal de Salud, 2004, p. 27). De esta manera y en función a la importancia de atender este campo que cobra cada vez mayor relevancia, se recurre a la implementación de programas y planes en el campo de la salud mental desde la llamada Atención Primaria.

En este sentido es que la Atención Primaria de la salud (APS) es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. Es allí que la Atención Primaria de la Salud fue definida como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (OMS, 1978)

Por consiguiente, podemos reconocer que cada época tiene una forma particular de producción de padecimientos y de responder ante ellos también. Siguiendo esta idea, Galende (1992) plantea, como hipótesis, que en las actuales condiciones es esperable un crecimiento de lo que se engloba bajo la denominación de patologías narcisistas: trastornos del carácter, perversiones, enfermedades funcionales, padecimientos psicosomáticos y adicciones, así como un incremento de la violencia familiar y los suicidios. Conjuntamente con el aumento de las depresiones de diversa índole. No obstante, algunos de estos

El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010)

problemas ya eran relevantes con anterioridad y su aparente aumento en términos relativos, puede provenir de su salida de un espacio de invisibilidad social. El ejemplo más claro es el del maltrato a la mujer, no se puede evaluar su incremento por el de la demanda de asistencia. Como indicador epidemiológico, la demanda es de poco valor dado que hasta hace unos años no existían servicios que brindaran asistencia a este problema y se lo ubicaba consensualmente en la esfera de lo íntimo, no trascendiendo del espacio doméstico. Quizás las modificaciones de representaciones de género y de situación de la mujer tienden a facilitar su corrimiento de la esfera doméstica e íntima y favorecer la aparición del mismo en la esfera pública. Quizás uno de los efectos de la crisis sea transparentar situaciones, desinvisibilizar procesos y desafiar a revisiones teóricas a fin de ajustar las herramientas a las problemáticas. Probablemente haya que pensar en nuevas categorizaciones en función de las nuevas formas de producción de padecimiento. En estas nuevas categorizaciones no puede quedar afuera, también, el malestar difuso (y eventualmente asintomático) de la crisis de las instituciones. (Galende, 1992)

Para las políticas de salud mental se mantienen permanencias de objetivos y formulaciones fundacionales, enriquecidas con los avances en las experiencias de sus realizaciones y del afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la salud mental. Entre ellas las que han tenido un significativo desarrollo en estas décadas son las que vienen impulsadas por las jurisprudencias y las políticas que tienen que ver con los derechos humanos y sociales. Si bien desde los principios de salud mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los “locos” y sus familias, o sobre las personas alcohólicas o con problemas de drogas, es simultáneamente con el incremento mundial y nacional de las luchas por esos derechos que se comienza a visibilizar las problemáticas del sufrimiento mental y sus maneras culturales de trato inhumano como un problema que necesariamente debe ser visibilizado como violación a derechos fundamentales. Con lo que se fueron produciendo marcos legales en consonancia con numerosos principios, acuerdos, declaraciones internacionales y recomendaciones de organismos internacionales, a los que nuestro país adhirió y que en algunos colaboró en redactar, comprometiéndose a

utilizarlos como orientadores para la planificación de políticas públicas.

“Nuestra” Identidad: entre la profesión y la disciplina.

Sabemos que las carreras de psicología en Argentina nacieron en la década del ‘50 y en universidades públicas, en tiempos de renovación social, cultural y educativa, favorables para la emergencia de nuevas profesiones. La primera fue creada en 1955 en la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Las siguientes abrieron sus puertas en la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1957, en las universidades nacionales de Córdoba (UNC), de La Plata (UNLP) y de Cuyo (en San Luis) en 1958, y en la Universidad Nacional de Tucumán (UNT) en 1959. Más tarde, en 1966, se abrió la de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMP). (Courel & Talak, 2001) La transformación social y cultural que se produjo a partir de la segunda mitad de los ‘50, luego de la caída del peronismo, implicó renovaciones de la formación universitaria, que trataba de ponerse a tono con los desarrollos que se habían producido en Europa y Estados Unidos durante la segunda posguerra. Las ciencias sociales pasaron a primer plano, y la psicología fue incorporada a los currículos junto a otras disciplinas como la sociología y la antropología. Así, para 1959 ya había en el país seis carreras mayores de psicología en universidades estatales. Una de las posibilidades para explicar la constitución de una identidad profesional, es analizar el contexto de la generación que encarna su génesis. Otra es considerar las cronologías para revisar cómo el orden de los nacimientos se relaciona con el curso de los acontecimientos, cómo se determinan linajes y relaciones de sucesión. (Uresti, 2002) Entonces, el objeto de análisis es una cohorte, con manifestaciones que expresan en ciertas condiciones y propiedades, experiencias compartidas, acontecimientos, contenidos y vivencias emparentados. Los individuos que la componen co-participan de objetivos afines, manifestaciones colectivas de las voluntades individuales, producciones y prácticas que van absorbiendo las convicciones de su tiempo. Las profesiones y sus reglamentaciones legales son entidades aglutinantes y complejas. Adquieren su condición de tales a partir de una formación prolongada y acreditada, del juicio de pares, de la valoración social y de la inserción en el mercado de trabajo. Son evaluadas desde la aptitud para

El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010)

desempeñarse en un campo específico del conocimiento y por la posibilidad de intervenir sobre la realidad. En el caso de la profesión de psicólogo, inexistente con graduados nativos hasta los años '60, la inserción profesional no era clara (...) era un poco un intento, sin saber muy bien lo que iba a pasar a nivel profesional (...) No estaban desarrollados como lo están ahora los equipos donde se incluyen todos los profesionales de la Salud Mental. (Langleib, 1983) En este contexto deben considerarse algunos hechos que atentaron contra su posibilidad consolidación y delimitación. Por una parte, la dificultad para acotar la exclusividad del contenido que abordaría, que ya era trabajado por otros profesionales, como psiquiatras y psicoanalistas. La carrera creada en 1957, que otorgaba el título de Licenciado, ponía en tensión tradiciones institucionales de enseñanza y expectativas de los alumnos, que fueron mutando con el tiempo. A ellos originariamente les inquietaban por lo menos dos cosas: o no sabían qué serían una vez graduados, o sabían que querían dedicarse a algo para lo que no estarían habilitados, que era, en muchos casos, el ejercicio de la psicoterapia. Además, una profesión, para ser considerada tal, debe tener establecido cómo se organiza internamente a partir de los conocimientos con los que opera, la forma en que mantiene su autonomía respecto de otras y de los modos en que controla y dirige la actividad que desarrolla. Ninguna de estas condiciones se cumplían exhaustivamente para la de los psicólogos a comienzos de los '60. Si se reconoce que la identidad profesional se conforma a partir de los modelos con los que identifican los aprendices, y que los psicólogos estaban siendo formados por médicos u otros profesionales, se puede anticipar que estos formadores no funcionarían con claridad como referentes para la construcción de una frontera que actuara como límite y como legitimador social y académico, como "vigilante" de las actividades de otros grupos, como regulador de la oferta de trabajo. También la profesionalización es una forma de búsqueda de prestigio colectivo paralela a la formalización, especialización y apropiación de un saber. (Gómez Campo, & Tenti Fanfani, 1989) El hecho de tratarse de un campo disciplinario compartido con profesionales de otras formaciones, complicaba la determinación respecto de quiénes constituirían el grupo de los acreditados para operar con ese saber. En este sentido, los primeros psicólogos debieron participar simultáneamente de dos procesos: el que

los ubicó como graduados de una carrera mayor y el que les dio visibilidad y legitimidad social, buscando la forma de instalarse en un campo ya ocupado por otros, que anteriormente fueron habilitados para ejercer lo que ellos también querían hacer. Debieron batallar entre su condición de emergentes históricos y de opositores a estrategias preestablecidas de operación dentro de una disciplina. (Diamant, 2009) Compartieron con otros universitarios la idea de operar sobre organizaciones sociales, organismos de conducción en áreas básicas como salud y educación, con el objetivo de promover cohesión social, e impulsar procesos de funcionamiento democrático de la sociedad. En nuestro país, (al menos en la Universidad de Buenos Aires) parece claro que la psicología perdía contacto con ese horizonte externo, carecía de figuras relevantes y quedaba reducida a una enseñanza rutinaria, a la incorporación "técnica" de lo que se llamaba "psicología médica" (que abrió el campo de las psicoterapias médicas) y a un perfil técnico centrado en procedimientos auxiliares, los tests mentales, en el campo de la educación y la orientación profesional. Si el I Congreso Nacional de Psicología, de 1954 puso en evidencia un interés bastante amplio por la disciplina, la inspección de los participantes locales alcanza para ver que se trataba de una confluencia en la que coincidían representantes de disciplinas ya constituidas (la filosofía, la pedagogía, la psiquiatría médica y algunos psicoanalistas) y que, en todo caso, concebían la creación de una carrera universitaria de psicología como una prolongación de lo existente. En todo caso, queda pendiente la investigación del impacto inmediato de ese Ier Congreso en dirección a la efectiva creación de las carreras y, sobre todo, a la definición de un perfil autónomo para la disciplina. Pero en el caso de la Universidad de Buenos Aires, en esos primeros años, no hay señales claras de que se esté propugnando el nacimiento de una disciplina nueva y con un perfil profesional definido. El "campo psi", hasta el egreso de los primeros psicólogos universitarios, estaba habitado por médicos psiquiatras y psicoanalistas que se consideraban - y de hecho lo estaban - habilitados para actuar en el terreno de la Salud Mental y aspiraban a hacerlo. Para insertarse debieron enfrentar a quienes ya estaban instalados en él, así como a algunas manifestaciones de hostilidad y se avinieron participar de negociaciones no siempre beneficiosas. A algunos psiquiatras les preocupó

El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010)

mantener distancia respecto de los psicólogos. Otros les encontraron lugares de inserción en sus servicios. Mientras tanto, entre psiquiatras y psicoanalistas también se tramitaban diferencias. No disputaban los mismos espacios, miraban desde perspectivas diferentes al campo teórico y laboral, sobre todo a partir de la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1956. En este momento de la historia en Argentina surge la legislación nacional que proponía diversas limitaciones a la actividad de los psicólogos para de esta manera delimitar las implicancias que tuvo en la práctica y en la identidad profesional. Entre estas limitaciones estaba claramente especificado el puesto auxiliar que ocupaba el psicólogo respecto del psiquiatra. Veremos cómo a sólo dos meses de haberse producido el Congreso de Psicología en Tucumán, el 12 de mayo de 1954 se firma la Resolución N° 2282, durante el gobierno peronista, comúnmente conocida bajo el nombre de Resolución Carrillo, que otorgaba las facultad del ejercicio de la Psicoterapia y el Psicoanálisis a los profesionales médicos, concretando legislativamente a favor de los médicos en lo concerniente al campo psicológico. De esta manera, vemos que la creación de las carreras de Psicología en Argentina genera un fuerte desafío y un gran interrogante. Para incluirse en el campo "psi" los nuevos pretendientes debían librar dos batallas: la de autorización para ingresar y la de consolidar una cultura propia a partir de antecedentes de otras profesiones sobre el mismo campo. La Resolución 2282 se mantuvo vigente hasta 1967, estableciendo que la Psicoterapia como procedimiento sugestivo, debía estar en manos de profesionales de la Medicina. Fue reemplazada por la ley 17132 que colocó al ejercicio de la Psicología y de la Odontología como actividades de colaboración, reglamentándolas junto con las de terapeutas ocupacionales, auxiliares de radiología, kinesiólogos, mecánicos para dentistas, dietistas, auxiliares de anestesia, auxiliares de psiquiatría y técnicos en calzado ortopédico, entre otras (Falcone, 1997). Pertener y permanecer era considerado un verdadero desafío, implicaba transgredir las leyes, negociar y al mismo tiempo comprometerse en la preservación de lo acumulado como profesión en el corto tiempo de existencia. Como hito importante que debemos señalar, recién el 27 de septiembre de 1985 era aprobada la ley 23.277, más conocida como "ley del psicólogo". Allí se establecían ámbitos y condiciones de aplicación así como derechos, obligaciones y

prohibiciones en el ejercicio de la psicología en Capital Federal y territorios nacionales. Ahora bien, esa legislación tenía como antecedente la ley 17.132. Más precisamente, la legislación de 1985 derogaba los artículos 9 y 91 de la ley del 30 de agosto de 1967, que a su vez proponía diversas limitaciones a la actividad de los psicólogos. Entre estas limitaciones estaba claramente especificado el puesto auxiliar que ocupaba el psicólogo respecto del psiquiatra. En este sentido esta regulación de 1967, como se ha mencionado previamente, estaba antecedida por la conocida "ley Carrillo", que era en realidad la resolución n° 2282 del Ministerio de Salud Pública, emitida el 12 de mayo de 1954. Más precisamente, la ley 17.132 no hacía más que precisar y profundizar lo que estipulaba aquella resolución. En 1985 se produjeron tres hechos de decisiva trascendencia profesional:

- Se promulgó la ley 23.277, que reconoce y habilita la práctica psicológica.

- Se elevó a rango de Facultad la carrera de Psicología de la U.B.A.

- Se aprobaron las incumbencias del Título de Licenciado en Psicología, incluyendo todas las áreas para las que está capacitado el egresado. (Falcone, 2013) El jueves 12 de septiembre de 1985, la Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología obtiene la media sanción en la Cámara de Diputados y obtuvo su sanción definitiva el 27 de setiembre de 1985, bajo el número 23.277. Fue promulgada de hecho el 6 de noviembre de 1985 y publicada en el Boletín Oficial número 25.806, con fecha 11 de noviembre de 1985. (Falcone, 2013)

Hasta aquí hemos trazado en algunas pinceladas la historia de la Salud Mental Argentina hasta llegar a la coyuntura actual. Es en este escenario en el que verá la luz la Ley Nacional de Salud Mental a continuación como situación problemática a nivel de lo que política pública se trata.

La Ley Nacional de Salud Mental: hito en el rol de nuestra historia profesional.

La Psicología, en nuestro país, se fue haciendo profesión al mismo tiempo que se hacían los profesionales que de ella se ocuparían. Una profesión puede ser pensada como una forma de organización social y del conocimiento y un profesional será quien forma parte de esa organización por derecho adquirido a través de una formación prolongada y sistemática, un entrenamiento constante, por la validación por parte

El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010)

de pares experimentados y por las posibilidades de incluirse en el mercado de trabajo. Profesión y profesionales adquieren monopolio sobre un recorte del saber, sobre un conjunto de actividades y sobre la formación de sucesores por identificación con sus precedentes. Para el caso de la psicología como profesión estas condiciones fueron resultado de una construcción compleja y paralela. El recorte del saber disciplinario podría considerarse preexistente, pero en manos de otros profesionales. Otros tanto sucedía con las actividades. (Campodónico, 2018b)

Es así que nos encontramos con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26627 sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada en diciembre del mismo año, y es a partir de ésta que se genera un marco de referencia en el cambio de las viejas prácticas socio-sanitarias y de internación propias del siglo XIX. Por otra parte, en dicha Ley, el artículo 3° reconoce a la Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, p. 9) Se puede ver como la concepción teórica que subyace a las prácticas de Atención Primaria de la Salud Mental, descansa en una dimensión bio-psico-social, en donde lo psíquico aparece como paralelo al organismo que sufre las consecuencias del ambiente o los factores externos y los factores biológicos. La Ley Nacional de Salud Mental ha instalado un indispensable debate público respecto de la protección de los derechos cívicos, sociales y culturales en la atención de los enfermos mentales. Además de su relevante dimensión simbólica, la ley expresa una decidida voluntad social por transformar un campo de prácticas que, surcado por tensiones políticas de muy diverso tipo, se ha planteado altamente refractaria al cambio y en el cual se ha naturalizado históricamente la violación de los derechos humanos de las personas asistidas. Una de las cuestiones que ha favorecido el nuevo paradigma en salud mental se vincula a la revisión de los tradicionales supuestos de la ética aplicada a la salud a partir de la emergencia de una perspectiva fundada en los principios de la autonomía, la dignidad y la equidad social.

Para Carpintero (2011), el contexto político que posibilita la sanción y promulgación de la ley es justamente el del avance de la globalización de

la economía de mercado. En tal sentido, el autor señala que los elevados costos de internación de los grandes manicomios serían el impulsor primordial de las recomendaciones de los organismos internacionales como la OMS o la OPS relativas a la desinstitucionalización de la salud mental. La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental es la primera norma legal que da un marco nacional a las políticas en el área. Como señalan Ana Hermosilla y Rocío Cataldo, “inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que, hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental”. (2012, p. 134)

Entre las principales innovaciones, se encuentran:

- El acento puesto en la interdisciplina, la cual debe caracterizar las prácticas de los equipos. Se equipara a los miembros de los mismos en relación a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Incluso los tratamientos psicofarmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios.

- Se establece la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes.

- Disposiciones en relación a las internaciones: se convierten en el último recurso terapéutico, de carácter restrictivo. Por lo tanto, el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario. En relación al tema internaciones, se prohíbe la creación de nuevos manicomios. A su vez los existentes deben adaptarse para seguir los principios que plantea la Ley, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (art. 14, Ley Nacional de Salud Mental, 2010)

- En referencia al impacto en el derecho argentino, modifica el Código Civil al eliminar el concepto de peligrosidad y sustituirlo por el de peligro cierto e inminente como criterio de internación involuntaria. (Carpintero, 2011)

Las principales críticas formuladas a la Ley de Salud Mental han apuntado a la preparación académica de quienes dispongan las internaciones y externaciones, a la imprecisión en la definición del objeto, al riesgo de un cierre definitivo y

El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010)

prematureo de las instituciones monovalentes, a la viabilidad de la ley y a la interdisciplina como práctica cenagosa de escasa factibilidad. Por el contrario, en relación con las críticas válidas, cabe decir que ponen sobre el tapete el problema (y desafío) de delimitar una formación profesional que permita establecer una incumbencia precisa y consistente en cada caso, el problema de los recursos presupuestarios que tornen operativa la ley y la cuestión de la importancia de la especificidad clínica en lo que atañe a la definición del objeto de la Ley de Salud Mental.

Resulta importante subrayar una afirmación incluida en el artículo 3 de la Ley, dedicado a la definición de la Salud Mental. La afirmación a la que me refiero es la siguiente: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010) Esta idea es quizás el eje primordial de la Ley.

A pocos años de la formulación de la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental que los Ministros de Salud de las Américas aprobaron en la Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) de agosto de 2009, y a 6 años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, el campo de la Salud Mental en la Argentina cuenta hoy con una multiplicidad y heterogeneidad. Esto habla de que, si bien se ha avanzado respecto a la legislación y en cuanto a las intenciones de reformar la atención de aquellas personas con padecimiento subjetivo, hay carencias evidentes en el plano de la planificación, de la gestión y de la formulación de programas que optimicen, distribuyan y den coherencia al sistema. Además, hay muchas veces otra gran brecha, que pocos se animan a saltar. Esta es la que se abre entre la formulación de políticas de Salud Mental y las exigencias de una clínica que sustente las respuestas que los profesionales del campo ofrecen al sufrimiento subjetivo. Otro punto importante a situar es la relación compleja establecida con las políticas y prácticas de Atención Primaria de la Salud, esto es, la complejidad de las relaciones de quienes gestionan, trabajan, planifican en Salud Mental con los que lo hacen desde el campo de la Salud en general.

Observamos también que por la misma diversidad de disciplinas, prácticas y problemáticas que constituyen el dominio de la Salud Mental, se obliga a ensayar opciones de interdisciplinariedad y transdisciplinariedad tanto en cuanto a la hora de elaboración de estrategias, como cuando se trata de

la creación de dispositivos alternativos a la ya perimida práctica de encierro manicomial.

Finalmente, la época en que vivimos ha modificado y ampliado el panorama de demandas al sistema de salud mental, lo que amerita desde el campo sanitario público el relevamiento de las nuevas problemáticas así como la producción de herramientas de trabajo para dar respuestas eficaces (las cuales se espera).

Y como hemos mencionado, es desde la perspectiva que venimos desarrollando, al poder político, ligado al proceso de mundialización capitalista, no le interesa seguir sosteniendo grandes estructuras manicomiales. Por ello los organismos internacionales como la OMS y la OPS recomiendan la desinstitucionalización de la Salud Mental. Es en este contexto que situamos la sanción por la Cámara de Senadores y Diputados de la Nación, de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Ley que plantea en sus artículos algunas cuestiones cuya importancia implica una ruptura con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y sostiene Derechos Humanos fundamentales de los pacientes.

Discusión

Consideramos importante entonces analizar lo que ha sucedido en la historia de políticas públicas en salud mental porque aún cuando existe un extendido consenso en la comunidad científica respecto de la necesidad de dar a tales problemáticas una respuesta integral, compleja y centrada en la dimensión histórico-social, la orientación hegemónica en la formación de los recursos humanos y la práctica de los servicios sanitarios continúa siendo individualista, fragmentada, reduccionista y apartada de lo social. Como consecuencia de la primacía de este enfoque, a menudo los programas asistenciales se organizan según una lógica sectorial en las que prima la focalización de los destinatarios y la fragmentación de las acciones, lo cual se expresa directamente en la dificultad de coordinar objetivos, recursos y acciones entre áreas técnicas que responden a distintas dependencias del propio aparato del Estado. Esta fragmentación reproduce una lógica segmentada que dificulta la articulación de las prácticas que los profesionales desempeñan en cada una de las instituciones comprendidas en dichos programas y refuerza algunas limitaciones propias de las políticas públicas, entre las cuales cabe señalar la concepción acerca de los usuarios como

El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010)

receptores pasivos de la asistencia dispensada (De Lellis, 2010).

Cabe señalar que el enfoque de la psicología, nuestra profesión, disciplina tradicionalmente excluida del conjunto de los saberes que han operado en el campo de la atención de la enfermedad, presenta indudables potencialidades para sumar su aporte desde una perspectiva que destaque el potencial salutogénico de los individuos y comunidades y no meramente

acciones de asistencia o reparación de la enfermedad. Podemos situar este aporte en el marco de lo que actualmente se denomina como política pública saludable. De esta forma el objetivo central se constituye en analizar e historizar los obstáculos materiales y simbólicos, y los diferentes espacios de participación que limitaron, posibilitaron y/o garantizaron el derecho a una atención integral del cuidado de la salud mental.

Referencias

- Arriaga, M; Ceriani, L; & Monópoli, V. (2013). *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*. Por Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Campodonico, N (2018a). Las consecuencias de la “ley carrillo” en la inserción y en la práctica profesional del psicólogo argentino. En Actas del XIX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis.
- Campodonico, N. (2018b). La configuración de las políticas públicas en Argentina. Desde la profesionalización de la Psicología hasta la Ley de Salud Mental (1954–2010). *Coordenadas. Revista de Historia Local y Regional* (5) 2, 67-89.
- Carpintero, E. (2011). La subjetividad asediada. La medicalización para domesticar al sujeto. Serie Futuro Imperfecto. *Fichas para el siglo XXI*. Editorial Topía.
- Chiarvetti, S. (2008) La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol XVII*, 173–182.
- Consejo Federal de Salud. (2004). *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*. Buenos Aires. Ministerio de Salud de La Nación.
- Courel, R & Talak, A. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina. *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*. Vol.1. 21-83.
- De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. *Psiencia. Revista Latinoamericana de ciencia psicológica. Vol II. N°2*.
- Diaman, A. (2009). Recorridos iniciales en la construcción de la identidad profesional de los psicólogos en la Universidad de Buenos Aires de los '60. *Anuario de investigaciones*, 16, 163-172
- Falcone, R. (1997). Historia de una ley. El Ejercicio Profesional de la Psicología (Ley 23.277) y sus antecedentes. en Rossi, L. y otros (Comps.). *La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas* (pp. 65-78). Buenos Aires: EUDEBA.
- Falcone, R. (2013). Historia de las prácticas de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis. Resultados de la investigación a partir de casos clínicos (1900-1960). *Anuario de investigación. Vol. XX. N°2*.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires. Paidós
- Galende, E. (1992). *Perspectivas en Salud Mental en Argentina para la próxima década*. Seminario FLACSO-OPS. Buenos Aires.
- Gomez Campo, V. M. & Tenti Fanfani, E. (1989). *Universidad y profesiones. Crisis y alternativas*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Hermosilla, A-M & Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Psiencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 134-140.
- Langleib, M. (1983). Crónica de la creación de la Carrera de Psicología. *Revista Argentina de Psicología; Año XIV*, 34, 12-14.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2011). Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1978). Declaración de Alma – Ata.
- Stolkiner, A. (2003). *Nuevos enfoques en salud mental*. Ponencia en XIV Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería. Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2009). Ética y prácticas en Salud Mental. En *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Compiladores Juan Carlos Fantin y Pablo Friedman. (pp. 171-186). Buenos Aires. Editorial Polemos.
- Uuresti, M. (2002). Generaciones, en Altamirano, C (Dir.). *Términos críticos de sociología de la cultura*. Buenos Aires: Paidós.

Recibido: 10/02/2018

Aceptado: 13/02/2019