

MODERNIDAD Y MODELOS DE ASISTENCIA EN SALUD MENTAL EN ARGENTINA*

DR. EMILIANO GALENDE

El término Salud Mental se ha convertido hoy en una contraseña, ritual de reconocimiento que requiere no indagar sobre sus sentidos a riesgo de romper los encantos que la creencia de su dominio promueve. En esencia todo su valor está dado por situar en el plano social una dificultad: pensar los avatares de la felicidad humana en términos de salud-enfermedad. Hemos de intentar analizar bajo qué fundamentos ha podido la medicina mental recortar un sector de la problemática social para definirlo como enfermedad mental, y por lo mismo autolegitimarse en ese plano.

En cuanto a la noción de "Modelo Asistencial" trataremos de mostrar que se trata de una complejidad de elementos en juego que sólo por superficialidad y error ha sido considerado exclusivamente como la resultante de la existencia social (o para algunos natural) de las enfermedades mentales y los conocimientos especiales y recursos técnicos que la sociedad dispone para resolverlos. Resulta obvio que nociones como necesidad de atención, demanda, morbilidad, población en riesgo, etc., no pueden ser utilizados al modo que se implementan habitualmente en medicina. Recordemos entonces cómo se constituyó este campo social de la S.M.

El campo de la Salud Mental

Es conocido que la psiquiatría se constituye como especialidad médica como efecto de un conjunto de medidas políticas tomadas en el curso de la Revolución Francesa. Esto produce un reordenamiento de lo que genéricamente denominamos el campo de la locura en la modernidad, codificándolo desde entonces como enfermedad. Este acto fue decisivo para la fundación de lo que hoy llamamos Salud Mental. Las estructuras generatrices de la enfermedad mental funcionan en todas las culturas y sociedades, y en distintos períodos históricos, en el mismo campo semántico en que se constituye el discurso social. Pueden así diferenciar-

* Mimeo

se dos órdenes de historicidad: la producción de trastornos o daños psíquicos en relación a las modalidades de la vida social, y las formas históricas en que cada sociedad se representa estos trastornos y las instituciones, disciplinas y especialistas dedicados a su atención. La psiquiatría no es más que la forma histórica en que el racionalismo iluminista se representa a la locura como enfermedad, y desde la perspectiva del proyecto científico de la modernidad, significó un progreso al disputar este territorio a las representaciones míticas o religiosas.

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

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

interpelan/demandan al especialista las respuestas que permitan acallar el problema. Es por esto que el análisis de la demanda en psiquiatría no puede ser hecho solamente por una sociología al estilo de "se necesitan tantas camas para cada tantos habitantes", ya que la demanda de bienestar psíquico está ligada al goce, al deseo y sus cumplimientos, y sólo se sostiene si hay otro, el psiquiatra, que está dispuesto a satisfacerla o perpetuarla. La demanda social nos parece ser ley constitutiva de las prácticas psiquiátricas, a la vez que la existencia de éstas sostiene y reproduce esa demanda. Pensamos además que es en el interior de esta relación que se realizan los conocimientos teóricos, que en el campo de la psiquiatría vienen siempre en un "a posteriori" a convalidar y legitimar las prácticas, ya que no a fundarlas, por lo que los supuestos saberes sobre la enfermedad tienden a cerrar este circuito. El discurso teórico de la psiquiatría queda así preso de una relación puramente imaginaria. Aunque escapa a los límites de nuestro tema me parece importante señalar que esta capacidad de una medicina mental prometedora de salud en la mente y bienestar en la vida social, capaz de generar y ensanchar las demandas realizadas a sus practicantes, lleva en sus entrañas, es decir tiene condiciones en su estructura, para una reproducción ampliada del campo connotado hoy por el término de Salud Mental.

Toda sociedad propone una simbólica sobre la sexualidad (el goce de cuerpo, la apropiación de placer, el disfrute de sí mismo y del otro) y la muerte (el dolor, el límite, lo perdido), en relación a la cual cada sujeto vivencia su realización o su desdicha, es decir, sus posibilidades de sufrimiento mental. El malestar en la cultura y en la sociedad política estuvo ligado desde los comienzos al encargo hecho a la medicina mental para el control de la locura. No se trata de que lo que denominamos enfermedad mental sea reductible totalmente a este malestar, *se trata de que es inseparable del mismo*. Los trastornos mentales son en lo esencial un condensado de interrogantes que hacen a diferentes dimensiones de la vida. Sufrimiento psíquico, fracaso social, inadecuaciones de conducta, conflictos en la vida de pareja o familiar, desamparo, rupturas con la realidad consensual, delirios, son los modos visibles de este malestar que interroga a la psiquiatría y a los cuales ésta dio una sola respuesta reduciéndolos a una condición personal o hasta biológica. Lo que decide del valor y el sentido de todo modelo de asistencia mental es si está destinado a hacer para el sujeto más transparentes estas relaciones en el dominio de su propia palabra, o si por el contrario se le quita la palabra para hacer hablar a un saber profesional puesto en función de opacar esas relaciones bajo el engaño de dominarlas.

Es sin duda sobre la insuficiencia de esta respuesta y de su función de ocultamiento de las dimensiones en juego, que comenzaron a abrirse otros modelos de atención, regulados también desde otros parámetros socio-políticos: la Comunidad Terapéutica, la Psiquiatría Comunitaria, la política del Sector, etc. Piensen ustedes en la gran cantidad de trastornos mentales que producidos en la cotidianeidad vivida, del acontecer socio-económico y político, son respondidos desde los niveles del aparato jurídico, político o cultural. Sólo cuando desfallecen esas respuestas, cuando no funcionan o son insuficientes, una gran cantidad

de esos trastornos se psiquiatrizan. No decimos que todas las enfermedades mentales encuentren allí su causa última, pero sí que son éstos los niveles donde el campo de la Salud Mental va produciendo su expansión. Recorran las más de trescientas especies localizadas por la *Clasificación Internacional de los trastornos mentales* y verán que pocos individuos podrán decir que no están o no estuvieron en algún momento de su vida incluidos en ella. Vean también los extraños apetitos que las clases medias urbanas han desarrollado por las psicoterapias y el despliegue de un abanico de respuestas que tiende a abarcar todas las posibilidades: terapias para pequeños grupos, control mental, laboratorios, bioenergía, terapias sexuales, tratamientos para parejas, familias, instituciones, etc. Es necesario agregar que esta gama de respuestas técnicas, en la medida que son respuestas a problemas de las personas, van generando ideologías muy particulares sobre el hombre y la vida social, que legitiman que se haya identificado a la Salud Mental con un verdadero Aparato Ideológico en el sentido que mostrara Althusser. La cuestión de la Salud Mental debe ser vista a mi entender como situada en un plano de tensiones entre una psiquiatría médica que está agotando sus modelos tradicionales de asistencia y un polo de desarrollo que al codificar como trastornos mentales una cantidad creciente de aconteceres humanos, constituye técnicas de tratamiento para ellos, dando lugar a una demanda creciente de servicios. El lenguaje de los nuevos especialistas de la Salud Mental incorpora progresivamente el vocabulario de las ciencias sociales y especialmente de la política. Creo que, sin abandonar la crítica y la denuncia a una medicina mental, representada por el modelo asilar de asistencia, es necesario definir con precisión los alcances de lo connotado por Salud Mental, porque esto hace de modo crucial a la constitución de los modelos de atención.

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

Al no compartir las soluciones liquidacionistas que diluyen lo específico de la problemática de la salud mental en lo socio-político, ni compartir la inversión no dialéctica operada por la antipsiquiatría originada en Inglaterra, creo necesario preguntarse sobre las condiciones de posibilidad de un modelo de atención alternativo, que no oculte, reduzca o excluya las dimensiones en juego.

Hago al respecto dos constataciones y una conclusión: 1º) la especificidad de problemáticas teóricas y prácticas que se juegan en S.M. no son abordables en profundidad, (es decir en la totalidad de sus determinaciones) si no se parte de la

premisa de que las formas de poder y dominación en una sociedad deciden las formas de vida y los vínculos sociales consiguientes, y éstos a su vez condicionan la subjetividad en sus realizaciones y sufrimientos; 2º) en nuestro país las propuestas de transformación y modernización surgidas de desarrollos teóricos y sus implementaciones sanitarias parciales (el Plan de S.M. del I.N.S.M. de 1966, los lineamientos de la intervención Carrillo en 1974, y los actuales hasta el momento) han servido para ocultar las determinaciones reales del estado de la S.M., y por lo mismo, han sido fallidas en sus propósitos de transformación. Concluyo entonces: ya que el aparato de la S.M., con todos sus dispositivos asistenciales e ideologías terapéuticas, se modifica y se transforma en relación a las luchas sociales globales y a los juegos de poder, la cuestión política es la clave PREVIA a toda propuesta alternativa.

3. Los modelos de asistencia

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

Dependientes entonces de Salud Pública, los modelos de atención en S.M., están sujetos a los sistemas de atención médica, fundamentalmente en nuestro caso a la existencia de los subsectores estatal, privado y de Obras Sociales, lo que impone límites y complejiza una planificación global. Definimos por Modelo de Atención en Salud Mental la producción teórica, técnica e ideológica de los profesionales de la S.M., estructurados en el plano sociopolítico y estruc-

turante del conjunto institucional implicado en su funcionamiento. Es decir, no se trata de respuestas técnicas a una problemática natural (enfermedades), sino recortada de las formas de la vida social, sus avatares y perturbaciones, donde la desdicha, el fracaso y el conflicto humano, dan origen a una respuesta social específica (técnicas) que a la vez es fundante de esas perturbaciones como enfermedades mentales. Este es el sentido más profundo de la historicidad del concepto de enfermedad mental y de los modelos de atención. Estos están constituidos por el conjunto de las actividades y técnicas a emplear, en el soporte de las distintas estructuras institucionales sin las cuales los objetivos, las actividades y las técnicas pueden planificarse, organizarse en programas concretos, ejecutarse y evaluar sus resultados. A su vez, ya lo hemos dicho, todo modelo de atención en S.M., está inserto en el sistema asistencial global, cuyo funcionamiento es regulado por las políticas generales en salud y salud mental en especial, que se nutren y son expresión de las políticas que el Estado se da en su accionar.

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

4. El modelo asilar hasta 1966

La política en S.M. hasta 1966 estuvo dirigida a sostener el modelo asilar, no sólo en la asistencia dependiente del Estado, sino que también fue dominante en las prácticas llamadas privadas y en su reproducción en la Universidad. Denominamos "modelo asilar" a aquel modelo de atención cuyos rasgos esencia-

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

a) establecimiento de una relación de asistencia en la que el asistido reconoce y se somete o es sometido al saber y poder de decisión del especialista que lo asiste;

b) supuesto, no siempre explicitado, de la enfermedad como daño biológico individual;

c) concepción positivista, objetivante del asistido, que legitima en el plano de la práctica profesionalizada su manipulación;

d) a-historicidad y a-socialidad del trastorno a tratar;

e) estructuración de una actitud pasiva y una participación subordinada en el tratamiento por parte del asistido;

f) identificación del psiquiatra con el conocimiento, del que se excluye al enfermo, e identificación ideológica de ese saber con el de la ciencia, para sancionar la exclusión de otras prácticas terapéuticas no profesionalizadas;

g) identificación de la gravedad del trastorno (medido por pérdida de adecuación o captación de la realidad consensual) con la irresponsabilidad y peligrosidad social, legitimando la internación forzada y el control. La internación como posibilidad es estructural y definitoria del modelo asilar;

h) este modelo de atención es isomórfico con una estructura de clases sociales basado en la jerarquía y asimetría del poder socio-económico y cultural.

La dominancia de este modelo que reseñamos no excluyó su coexistencia en ese período con la presencia del psicoanálisis (casi exclusivamente en Capital Federal hasta entonces) que no sólo produjo la concurrencia de algunos psicoanalistas a los Hospicios, sino que sobre todo tuvo preponderancia en su intervención en las carreras de psicología que se abrieron a partir de 1956/7, y cuyos egresados iban a jugar un rol fundamental en los acontecimientos que se suceden a este período. Esto nos lleva a otra historia de la S.M. en Argentina, que tendría su punto culminante en 1966 con la formulación del Plan Nacional de S.M. Ejercitemos nuestra memoria a falta de una elaboración que nos fue impedida.

5. La reforma de 1966

“... que es inadmisibles que en el actual desarrollo de nuestra sociedad el enfermo mental sea segregado como simple medio de protección social y en deficientes condiciones de subsistencia... Que es urgente tomar una medida de gobierno que permita elevar la asistencia psiquiátrica a un nivel en el que la base del tratamiento sea el cuidado y comprensión del enfermo, creando asimismo las condiciones necesarias para lograr en un futuro cercano, una asistencia fundada

en la aceptación de la enfermedad mental como diferenciación dentro de la comunidad...", así rezaban los considerandos con los que la dictadura de Aramburu dictó el Decreto-ley 12.628, en Octubre de 1957, creando el Instituto Nacional de S.M.

Nada cambió por cierto en lo inmediato, ya que el poder de las cátedras de Psiquiatría de las facultades de medicina y los Directores de los grandes establecimientos neutralizaron la reforma, pero junto con el desarrollo del Psicoanálisis y las carreras de Psicología, se habían creado las condiciones para que el debate fuera abierto.

Cuando diez años después el nuevo dictador de turno nombró al Coronel Julio Ricardo Estevez interventor del I.N.S.M. se iba a producir uno de los hechos más curiosos de esta historia: en nombre de la dictadura militar se lanzaba la reforma democrática de la psiquiatría. Un extraño frente se constituía al efecto. Convergían en él psiquiatras conocidos por sus posiciones fascistas, especialistas en Comunidad Terapéutica, psiquiatras dinámicos de prestigio como demócratas, y la Asociación Psicoanalítica Argentina daba su aporte como el Ejército Argentino cedía cuarteles al I.N.S.M. y facilitaba el transporte para la redistribución de pacientes.

Naturalmente el proceso no podía ser homogéneo. Uno de los convocados como Director del nuevo Hospital Psiquiátrico de Entre Ríos, el A. L. Robal Dr. Guedes Arroyo, decía entonces: "Hoy tenemos la certeza de que las instituciones para la atención de pacientes mentales son mucho más efectivas de lo que fueron antes: muchos más pacientes pueden ser dados de alta, el promedio o período de internación hospitalaria puede ser reducido y el pedido de remisiones es mayor. Diversas formas de tratamiento pueden realizarse en los hospitales psiquiátricos mediante la aplicación de programas de atención diurna o nocturna y muchos pacientes pueden ser mantenidos en la comunidad merced a tratamientos ambulatorios solamente. El hospital abierto y el hospital como Comunidad terapéutica es una realidad hoy día y aunque todavía existe alguna oposición a ellos, estoy seguro que en eso quedará: en una simple oposición o actitud sin mayores fundamentos." (el Hosp. Psiq. como Comunidad Terapéutica - Sta. Fe., Junio 1968).

Al mismo tiempo se modificaba la legislación sobre las internaciones. La Comisión Ambrona, designada en 1966 al efecto de redactar el proyecto, reformuló el art. 482 del Código Civil, y se propusieron dos proyectos de Ley para legislar la internación de enfermos mentales. El problema era tomado por la Comisión en estos términos: "... en clínica médica la internación es optativa y voluntaria, mientras que en clínica psiquiátrica es necesaria y prescindente. Es necesaria porque las alteraciones psíquicas trascienden de lo individual a lo social y prescindente porque la dolencia no es reconocida por el enfermo cuya voluntad o está incapacitada para expresarse o se opone a la internación". Es curioso: o la voluntad no se expresa y hay entonces que decidir por él, o si se expresa para oponerse a la internación es porque es demente y entonces hay que decidir por él.

El Art. 23 de la ley de Internación, que legisla lo referente a la fuga, dice: "...

en caso de salida de enfermos mentales internados sin autorización del Director del establecimiento, o cuando no reingresen dentro del término establecido los salidos provisoriamente, el Director o/y el Curador del enfermo y/o el Juez que ordenó la internación, podrán requerir el auxilio de la fuerza pública (léase Policía) para lograr su reingreso al establecimiento." Lo más curioso de esta ley es que fue hecha con el propósito de restar algo del poder absoluto que hasta "entonces" tenía el Director del Asilo.

Los dos núcleos esenciales de esta reforma lo constituían el proyecto de privilegiar las Comunidades Terapéuticas en los hospitales psiquiátricos y el Plan Goldemberg para la Capital Federal, que postulaba la creación de Servicios de Psicopatología en Hosp. Gral. y centros periféricos de S.M. Lo primero no alcanzó a lavar la cara del sistema asilar y se agotó rápidamente en sus efectos, lo segundo logró una reformulación parcial de lo asilar, cuyos efectos aún perduran, aunque no se hayan redefinido en profundidad las nuevas relaciones que se establecían entre el aparato psiquiátrico y el modelo de la medicina general.

Pero lo esencial de todo el proyecto era la curiosa relación con la política general de la dictadura, que hacía que el Plan se presentara como un conjunto de programas de carácter técnico destinados a modernizar la psiquiatría argentina, y por consiguiente eran los mismos técnicos convocados al efecto los que por sí mismos iban a realizar la transformación, excluyendo al conjunto de los protagonistas cotidianos de la S.M.

De la lucha contra esta política de excluir la discusión política en S.M. y de la crítica a su tecnocratismo reformista que impedía el protagonismo del conjunto de los trabajadores de la S.M., surgió la Federación Argentina de Psiquiatras, como decíamos entonces, despertando el sello que sus fundadores habían dejado dormir en un cajón de su escritorio desde su creación en 1959, y que iba a protagonizar en la década del setenta el mayor movimiento de transformación psiquiátrica llevada a cabo en el país.

6. La Federación Argentina de Psiquiatría

Es difícil en el poco espacio que dispongo condensar lo que la F.A.P. representó para S.M. en la Argentina y para cada uno de los que a partir de allí decidimos llamarnos Trabajadores de la S.M. Quizás también porque en nuestro país los procesos de este tipo, cortados siempre abruptamente por los períodos de represión política, no alcanzan a elaborar sus propias propuestas y nos fuerzan al duelo por ideales segados en el mismo momento de su florecimiento. Se elaboraron proyectos posibles, pudimos discernir qué era lo previo, la política fundante, y dónde situar lo técnico. Fracasamos, recordémoslo, muchos, casi todos, comprometiendo nuestros saberes con el pueblo, decididos a denunciar los engaños y manipuleos que en nombre de una psiquiatría dicha académica se ejercía sobre los otros, los enfermos. Y tuvimos, es preciso no olvidarlo, nuestros muertos.

Las cuestiones del poder político, la desigualdad social, la funcionalidad del dispositivo psiquiátrico con los modos socio-políticos de marginación social, se fueron planteando para nosotros como las cuestiones previas y condicionantes de toda propuesta técnico-profesional alternativa. No hacíamos politicismo, como pretendían acusarnos los que entonces ejercían el poder, no, habíamos situado con precisión argumental que sin la discusión de la cuestión política en S.M. caíamos inevitablemente en la trampa de despojarnos del poder que nuestro saber y nuestro hacer técnico-profesional suponía, y que era y es sin duda ejercido justamente por los que desde lo técnico lo niegan. La FAP puso así en el centro del debate la cuestión política, no porque pretendiera hacer política, como se decía, sino porque había descubierto que la S.M. está constituida alrededor de una cuestión política.

Voy a recordar de esto un solo ejemplo: en 1971 el I.N.S.M. pide a F.A.P. participar en el Encuentro Nacional de Programación en S.M. enviando un Documento titulado "Ideas para la elaboración de una política en S.M. entre las cuales estaba la siguiente: "... Ministerio del Interior, Bienestar Social, Educación, Secretarías de las FF.AA., etc., que realizan un estudio sobre la violencia en los sectores estudiantiles y laborales, de una zona determinada del país: en este caso se tendrán en cuenta los múltiples factores causantes del área del problema y se evaluarán las acciones de S.M. más convenientes para resolver la situación."

La F.A.P. respondió a esta convocatoria: "... bajo la apariencia de exponer las bases de una política respecto de la Prevención Primaria... resulta estar centrada en la coordinación entre el I.N.S.M. y diferentes organismos estatales con el fin de que los investigadores provistos por el I.N.S.M. desarrollen tareas de expertos en S.M. al servicio de organismos represivos del gobierno..." y agrega más adelante, "El Comité Ejecutivo de la F.A.P. considera que estos ejemplos iluminan las ideas que el I.N.S.M. propone para su política en S.M. Estas son las ideas de los organismos de Seguridad del gobierno que pretenden "vietnamizar" su enfrentamiento con el pueblo derivando parte de la ingrata tarea de la represión a los trabajadores de la S.M." (Gaceta Psiquiátrica, N° 9, Sept. 1971).

Lo manifiesto de este ejemplo no debe oscurecer las expresiones más sutiles de lo mismo en las condiciones cotidianas del hacer en S.M.

En síntesis, la F.A.P. había logrado consenso activo entre el conjunto de los T.S.M. para plantear que la reformulación de un modelo alternativo en S.M. en Argentina, debía partir de dos premisas: discutir las bases políticas de ese modelo en relación al contexto socio-político, situando lo técnico-profesional como relativo a esa definición, y segundo, el modelo que quiera impulsarse, sólo es viable si convocaba para su discusión e implementación al conjunto de los TSM, en un movimiento de carácter socio-político que garantice el debate político en la sociedad. Esto porque las decisiones de liquidar los Hospicios y Hosp. Psiquiátricos núcleos del modelo asilar, y ejecutores de la política de marginación y confinamiento del enfermo, lleva al enfrentamiento con los responsables de ese sistema y hace necesario el ejercicio de un poder en el plano social.

También porque no hay posibilidad de crear las bases de un modelo alternativo si no se cuenta con un movimiento que asegure consenso en la sociedad civil. Las cuestiones técnicas específicas sólo son viables si esas bases están consolidadas. De allí también nuestra convicción que el proyecto que F.A.P. sustentaba dependía del desarrollo de la situación política en el país. Se esperaba por entonces que el peronismo, a través de su viejo general, hiciera el reordenamiento que unificaría un movimiento popular fragmentado y de composición heterogénea, en una sociedad a la que por más de cuarenta años no se la había dejado librar sus debates y luchas. Creemos que el movimiento que F.A.P. protagonizó se ligó estrechamente a este proyecto y participó de la confusión de la derrota, alojando en bolsones de resistencia frente a la represión desatada a partir de 1975. En diciembre de 1983 cerramos las puertas de F.A.P. en Capital (no sin cierto orgullo de haber transportado hasta allí su nombre y sus banderas) conscientes de que se abría un nuevo tiempo histórico y que éste requería de nuevas ideas y nueva organización.

7. La situación actual

Las ideas que volvieron a barajarse en S.M. con la llegada del gobierno democrático reeditaban remozadas las del Plan de 1966, y muchos de sus propulsores son los mismos protagonistas de aquel proyecto, quizá su sector más progresista. Nuevamente, ahora en nombre de la modernización, se habló de liquidar los Hospicios, de abrir los hospitales psiquiátricos, de destronar el poder manicomial que hegemoniza la psiquiatría académica, y de replantear las cuestiones asistenciales en relación a los nuevos conceptos de Atención Primaria y de una participación de los implicados en las gestiones de salud. Consignas todas que compartimos al menos como condiciones mínimas necesarias para abrir el debate sobre la construcción de un modelo alternativo al asilar.

Algunas de estas consignas han logrado plasmarse en proyectos, sobre todo en la provincia, y muchos encuentros y debates han ayudado a crear conciencia de la necesidad del cambio. Muchos esfuerzos y vocaciones volcados a la idea de un plan global transformador no se han visto aún compensados. Y esto porque sobre un fondo de posibilismo se despliegan discursos modernizantes, que al verse condicionados por cuestiones como el poder, la organización federal, el presupuesto, la estabilidad y los compromisos adquiridos, sostienen la escena sin afectar la realidad. La doble ausencia de una decisión política transformadora y de un movimiento que nuclea a los implicados en S.M., hace que las coordinadas esenciales del viejo modelo asistencial, hegemonícamente psiquiatrizante, se mantenga, al lado del no menos inquietante desarrollo de un formidable aparato psicologizante que impregna la conciencia actual de silogismos sofisticados en clave de psicoanálisis.

