

La economía política de la salud mental. Una teoría necesaria para la intervención del Trabajo Social en el contexto sanitario argentino

The political economy of mental health.
A necessary theory for social work intervention in the Argentine health context

Carolina Santiago Dunaiewsky¹

ORCID: 0000-0003-1400-0346

Recepción: 23/01/21. Revisión: 13/05/21. Aceptación: 02/06/21

Para citar: Santiago Dunaiewsky, C. (2021). La economía política de la salud mental. Una teoría necesaria para la intervención del Trabajo Social en el contexto sanitario argentino. *Revista de Treball Social*, 220, 81-98. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.220.04>

Resumen

En el presente artículo, se pretende analizar el impacto que tuvo en la configuración del sistema sanitario argentino el modelo económico implementado en cada momento histórico de ese país. Poder considerar esta dimensión desde el Trabajo Social le aporta complejidad a nuestro abordaje y nos permite comprender cuáles son las consecuencias concretas sobre la población con la que trabajamos de las distintas políticas sanitarias que ejecuta un Gobierno a partir del presupuesto que les asigna. Esto se relaciona con el acceso al derecho a la salud, por el cual las trabajadoras sociales² debemos bregar.

La autora se detendrá especialmente en el impacto que han tenido dichos modelos económicos en el tratamiento de los padecimientos mentales, analizando los distintos paradigmas y actores intervinientes en estos procesos.

1 Licenciada en Trabajo Social (2006), Universidad de Buenos Aires. Diplomada superior en Control y Gestión de Políticas Públicas (FLACSO). Diplomada en Economía Política de la Salud (UNPAZ). tscarolinasantiago@gmail.com

2 En este artículo se utilizará el femenino genérico para dar visibilidad al colectivo de mujeres, evitando reproducir estereotipos que responden a la construcción de modelos androcéntricos que sitúan la mirada masculina como universal.

Palabras clave: Salud mental, economía política, Trabajo Social.

Abstract

This article strives to analyse the impact that the economic model implemented during each period of Argentina's history had on shaping the country's health system. Being able to consider this dimension from the standpoint of social work adds complexity to our approach and enables us to understand what specific consequences are brought about for the population we are working with due to the different health policies a government enacts based on the budget assigned to them. This relates to access to the right to health for which we social workers must fight.

The author will focus particularly on the impact of these economic models on the treatment of mental illnesses, analysing the different paradigms and actors involved in these processes.

Keywords: Mental health, political economy, social work.

1. Introducción

Este artículo tiene como objetivo analizar el impacto de la economía política de la salud en las intervenciones de las trabajadoras sociales en el campo de la salud mental. Incorporar esta dimensión en nuestro análisis permite diseñar estrategias de intervención que tengan en cuenta no solo la población destinataria sino también los componentes políticos y económicos que inciden directamente en las políticas sanitarias.

El presupuesto que se designa para cada plan, programa y proyecto es el resultado de disputas políticas enmarcadas en un modelo económico que condiciona el modelo de atención en salud.

Al ser una profesional que se formó y trabaja en Buenos Aires (Argentina), el desarrollo de este artículo se basa en la experiencia en este país. Y si bien no es posible trasponer modelos desde nuestra realidad en América Latina hacia otro continente, entiendo que la economía capitalista atraviesa muchos de nuestros países y eso hace que encontremos aspectos comunes que seguramente inciden en nuestras prácticas profesionales. Espero aportar una mirada estratégica y necesariamente política, donde podamos pensar en términos de actores con incidencia en la toma de decisiones que terminan condicionando de alguna manera nuestras existencias.

Comenzaré este artículo reseñando qué grandes paradigmas de la economía política atravesaron la historia argentina y cómo estos fueron configurando los distintos modelos sanitarios que hasta hoy coexisten. Mencionaré cuál era el rol del Trabajo Social en cada etapa para luego detenerme en los distintos modelos de abordaje de los padecimientos mentales y los aportes de nuestra disciplina en este campo.

2. Metodología

Para realizar este trabajo, la metodología utilizada fue la de revisión bibliográfica. Parte del material incluido fue sugerido por mis docentes del diplomado en Economía Política de la Salud, cursado en la Asociación de Madres de Plaza de Mayo y organizado por la Universidad José C. Paz y la Fundación Soberanía Sanitaria (2019b). También sumé artículos acerca de la salud mental en Argentina escritos por autoras que poseen una mirada crítica hacia los manicomios y bregan por una salud mental en comunidad. Dichas autoras son referentes en Argentina y América Latina por su defensa de los derechos humanos. Asimismo, incorporé material de colegas que tienen una perspectiva latinoamericana y decolonial del Trabajo Social.

Me interesó incluir los aportes teóricos de especialistas argentinas para entender la realidad de nuestro país de la mano de quienes también la viven.

3. Desarrollo. Marco teórico

En este apartado, comenzaré definiendo la ciencia de la economía política para luego caracterizar los 4 grandes modelos macroeconómicos que marcaron la historia argentina tomando como punto de partida el año 1880 y llegando hasta la actualidad. Se analizará el impacto que estos ejercieron en el sistema sanitario y se describirán los distintos tipos de abordaje que tuvo el Trabajo Social en cada momento histórico.

Para comenzar a desarrollar este eje, es importante definir la economía de la salud. Comparto la perspectiva del equipo de salud de la Fundación Soberanía Sanitaria (2019a), quienes explicitan:

se considera la Economía de la Salud como un cuerpo de conocimientos técnicos, científicos y políticos que se realiza en función de las necesidades de la Política Sanitaria. Además, puede apoyar el proceso de toma de decisiones en salud contribuyendo en el análisis de la distribución de los recursos, del costo-beneficio de las tecnologías disponibles, de los intereses en pugna y en la priorización de acciones sanitarias.

La salud, como campo complejo, tenemos que analizarla atendiendo a la economía. Como profesionales debemos pensar qué tipo de modelo económico es el que promueve no solo una mayor accesibilidad al sistema de salud, sino también el que garantiza condiciones de vida dignas de la ciudadanía.

Comenzaré historiando los distintos modelos económicos y su impacto en la configuración del sistema sanitario actual y de nuestra disciplina.

3.1. Inicios del Trabajo Social bajo el modelo agroexportador

Según Basualdo (2007), este modelo tuvo vigencia entre 1880 y 1930 y estuvo caracterizado por la apertura al exterior. En ese período, a escala internacional hubo una mayor demanda de alimentos y una disminución en los costos del transporte.

A escala local, el Estado fomentó políticas de apertura comercial y se proveyó de infraestructura para exportaciones. El mercado necesitó emplear mayor mano de obra, trayendo como consecuencia procesos migratorios del campo a las grandes urbes.

Este modelo económico estuvo sustentado en la producción agropecuaria pampeana. Muchas de las dueñas de estas tierras, pertenecientes a la oligarquía, decidieron también invertir en otras ramas de actividad como la industria, el comercio o las finanzas (Basualdo, 2007).

Durante ese período, la cobertura sanitaria era parcial y quienes inicialmente se hacían cargo de la salud eran los movimientos filantrópicos e higienistas en los cuales participaban las "asistentas sociales". Nuestra profesión estaba asociada a la caridad y a la beneficencia. No había política sanitaria por parte del Estado y la salud debía ser garantizada por la propia

interesada, siendo la enfermedad y su curación vistas como un problema subjetivo. La relación entre médica y paciente se suscitaba en forma de contrato privado (Fazio, 2013).

El modelo agroexportador inicia su agonía tras la crisis económica de 1930 y es en este momento que comienzan a surgir las mutualidades, que se configuraron en torno a una rama de actividad y estaban regidas por los principios de solidaridad de clase y protección mutua de las trabajadoras (Stolkiner, 1997). También, a partir de la organización de ciertos colectivos de migrantes (españolas e italianas, entre otras) se crean hospitales para dar respuesta a la demanda sanitaria de esa población.

Las profesionales del Trabajo Social que se desempeñaban en el campo de la salud eran técnicas que colaboraban con las médicas (parte de este modelo persiste en la actualidad) y concurrían a los domicilios a verificar si las pacientes cumplían con las prescripciones médicas. Eran consideradas ayudantes y tenían poca autonomía para la toma de decisiones vinculadas a la vida de las personas que atendían.

3.2. De la asistencia social al servicio social: cambio de paradigma durante el modelo de industrialización por sustitución de importaciones (ISI)

Este modelo puede dividirse en dos etapas: la primera data de 1930 a 1958 y la segunda, de 1958 a 1973 (Basualdo, 2007) y se caracteriza por ser de crecimiento “hacia adentro”, a diferencia del modelo anterior. Comenzando por el primer período, podemos decir que el contexto internacional estaba marcado por el fin de la Segunda Guerra Mundial (1945), el cierre de los mercados y una mayor volatilidad en términos del intercambio.

La industrialización será el eje del desarrollo económico para el que el Gobierno peronista implementa políticas de mayor incentivo y protección. Este movimiento promovió una mayor sindicalización, mejoras en el salario real e incorporó a la clase trabajadora como factor de poder en la vida social y política del país (Confederación de educadores argentinos, 2009). Vale la pena detenerse en este momento político y social, ya que marca un hito en la historia del sistema sanitario nacional. Se crea con rango ministerial la Secretaría de Salud Pública (1946) a cargo del Dr. Ramón Carrillo, que propone un cambio paradigmático en materia de salud al considerarla como un derecho que debe ser garantizado por el Estado y al entender que no hay política sanitaria sin política social. Por primera vez se reconoce el efecto de los determinantes sociales en el proceso de salud, enfermedad y atención. Alzugaray (2009, p. 62), citando a Carrillo, refleja el posicionamiento político del sanitario:

El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico. Porque entonces no habrá posibilidad de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud de un pueblo, porque un pueblo enfermo no es ni puede ser un pueblo digno.

El peronismo asigna presupuesto en materia de políticas sociales, ampliando y garantizando los derechos de las trabajadoras, las niñas, las personas con discapacidad y otros sectores en condición de vulnerabilidad social.

Conviven en este período refundacional dos modelos o subsistemas de salud: uno bismarkiano de seguridad social financiado con aportes de las trabajadoras y otro de acceso gratuito y universal.

En lo que refiere al Trabajo Social, se cuestiona la perspectiva asistencialista y se propone enfocar la intervención como un servicio. Se define la disciplina como servicio social, tomando ideas del modelo europeo y norteamericano, en un intento de profesionalizarse haciéndose más tecnócrata y burocrática. En esta etapa de expansión de políticas sociales las colegas ocupan mayor protagonismo en instituciones de salud, formando parte de equipos profesionales e intentando hacer un corrimiento del rol tradicional que venían ejerciendo.

Con el inicio de la autoproclamada Revolución Libertadora (1955), se inicia un proceso de descentralización y se habilita la participación de organismos internacionales en la toma de decisiones vinculadas a la salud de nuestro país (situación que veremos repetirse en un futuro).

A partir de 1958 (segunda etapa del ISI), la economía estuvo caracterizada por la llegada de nuevas inversiones extranjeras y por la reinversión de utilidades por parte de las empresas subsidiarias. A la estructura industrial ya existente en Argentina, se incorporan nuevas ramas de la actividad tales como la producción automotriz, la fabricación de acero y la petroquímica. Como hitos del sistema sanitario en este período, podemos mencionar la descentralización de hospitales nacionales; la propuesta de armar hospitales SAMIC (servicio de atención médica integral para la comunidad); la afiliación obligatoria a las obras sociales (en 1970, durante la dictadura de Onganía); el fallido intento de integrar el sistema sanitario a través del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud) en 1973 y el surgimiento del sistema privado.

3.3. La profesionalización del Trabajo Social en el marco del modelo de valorización financiera

Este modelo, que se inicia con la dictadura cívico-militar de 1976, viene a interrumpir el proceso de industrialización que se venía consolidando en el anterior período. Describiendo las medidas económicas, podemos mencionar como las más significativas la liberación del tipo de cambio, la apertura de importaciones, privatizaciones, desregulación laboral y precarización del empleo. También, la contracción de deuda externa (no para invertir en producción o industria sino para la especulación financiera), la fuga de capitales y la estatización de la deuda privada. Se liberaron los precios y además de congelarse los salarios, se disolvió la Confederación

General de Trabajo (CGT)³ y se iniciaron procesos de persecución a la clase trabajadora.

En el ámbito de la salud, continúa la descentralización de los hospitales nacionales (sin los fondos correspondientes) y se inicia una crisis de financiamiento del sector de obras sociales, debido al encarecimiento de las prestaciones, la introducción de nuevas tecnologías, la evasión de aportes y la disminución de lo que se recaudaba al subir la desocupación (Cetrángolo y Gatto, 2002).

Surgen también las primeras prestaciones con aranceles en efectores públicos.

En lo que refiere al Trabajo Social, se venía cuestionando el paradigma de “servicio social” y se comienzan a repensar otras modalidades de intervención, más vinculadas al trabajo comunitario y desde una perspectiva latinoamericana. Durante la época de la dictadura cívico-militar, el trabajo en villas y barrios vulnerables vinculados a la prevención en salud y a la educación popular era muy riesgoso (de hecho, aún hay colegas desaparecidas).

Es una etapa en la cual nuestra disciplina se reconceptualiza y toma aportes de movimientos sociales y comienza a llamarse Trabajo Social.

Ander Egg (1984) lo explica de esta forma: “el objetivo final del Trabajo Social no será la adaptación o acomodación, ni la integración, sino la concientización, movilización y organización del pueblo y de cada persona”.

Con el regreso a la democracia en 1983, el Gobierno nacional se propone unificar el sistema de salud argentino y sugiere un Seguro Nacional de Salud, pero no prospera dada la resistencia por parte del sindicalismo y algunos gobernadores de la oposición.

Como estrategia sanitaria, comienza a cobrar protagonismo la atención primaria de la salud (APS).

En lo que refiere al Trabajo Social, se pone en marcha un nuevo plan de estudios universitarios de 5 años que acredita el grado de licenciatura. Este hito le otorga a nuestra disciplina mayor jerarquía y participación en equipos interdisciplinarios de salud.

Entrada la década los 90, la propuesta de transformar el sistema de salud venía por parte de los organismos internacionales que oficiaban de cuasi rectores de la política sanitaria, bajando programas y financiando algunos de ellos con éxito relativo, ya que se pretendía tener el mismo impacto en toda la población sin atender a las heterogeneidades de cada región.

Cabe mencionar el informe sobre el desarrollo mundial: “Invertir en Salud” (1993), citado en la investigación de Alicia Stolkiner (1997), en el cual el Banco Mundial sugiere que para reformar el seguro social en nuestro país era conveniente promover la libre competencia entre las coberturas. Se proponía una lógica de mercado, rompiendo con la de solidaridad

3 La Confederación General del Trabajo fue creada por trabajadoras en 1930, con el objetivo de conquistar los derechos de las trabajadoras y velar por su cumplimiento. Es una organización sindical con fuerte vigencia en la vida política argentina y tiene mucho peso en la toma de decisiones de los sindicatos y los partidos políticos, marcando la agenda pública y gubernamental.

que aún existía, y se sugería que esta competencia traería mejoras en la calidad de las prestaciones y ayudaría a superar la crisis financiera en la que se encontraban las obras sociales.

Por otra parte, se consolidó el proceso de descentralización sanitaria (atentando contra la gobernanza dada la multiplicidad de actores que suma y la complejidad que esto conlleva). Eso implicaba que cada provincia argentina y cada municipio se hiciera cargo de su política sanitaria con presupuesto propio. Esto impactaba directamente en la cantidad y calidad de servicios y prestaciones que se ofertaban a la ciudadanía. El Ministerio de Salud ejercía rectoría de muy pocos programas nacionales. Se va consolidando la fragmentación del sistema sanitario y el desigual acceso a servicios de salud de calidad. Es decir, aquellas provincias que logran mayor recaudación y presupuesto son las que cuentan con mejor infraestructura y calidad de servicios (la Ciudad de Buenos Aires es el mejor ejemplo).

En el Gobierno de la Alianza para el Trabajo, la Justicia y la Educación⁴ continúa el proceso de desregulación de obras sociales, mientras que los organismos internacionales siguen presionando para incidir en las políticas públicas.

3.4. El Trabajo Social con los pies en América Latina: acompañando el modelo de postconvertibilidad

Esta etapa podemos analizarla a la luz de los hechos ocurridos post-crisis del 2001 y con la asunción primero del Dr. Eduardo Duhalde⁵ y, poco más de un año después, del Dr. Néstor Kirchner.⁶ Según Wainer (2010) podemos situar el inicio de este periodo con la devaluación y la derogación de la ley de convertibilidad. Se modifica no solo el régimen cambiario, sino que también se convierten a pesos los créditos y las deudas contraídas. El patrón de crecimiento es liderado por la producción de bienes y servicios. Otro aspecto central es que bajan las tasas de interés, lo que implica una mayor conveniencia al momento de invertir en producción, disminuyendo la especulación financiera.

Este periodo se caracteriza por una fuerte expansión de las políticas públicas, que implicaron la restitución y ampliación de derechos, la mejora en los índices de empleo y en los ingresos (a pesar de las dificultades que persistieron en combatir la informalidad de las trabajadoras). Se reactivó el mercado interno, utilizando la capacidad instalada y subsidiando las tarifas de servicios públicos. Dichas políticas públicas impactaron en una mejora en la calidad de vida de las personas y, por ende, de su salud. A

4 El partido de La Alianza gobernó Argentina entre 1999 y 2001. En diciembre de ese año, el expresidente Fernando de la Rúa abandonó el Gobierno, luego de fuertes protestas y de la brutal violencia policial ejercida sobre la ciudadanía.

5 El Dr. Duhalde presidió Argentina entre enero del año 2002 y mayo del 2003. Era miembro del Partido Justicialista (opositor a La Alianza).

6 El Dr. Kirchner ganó las elecciones nacionales por el Partido Justicialista en el año 2003 y gobernó hasta diciembre del año 2007.

las medidas concretas se suma que el Ministerio de Salud reasume la función de rector, regulador y ejecutor en temas de salud. Cabe agregar que por primera vez una colega, Alicia Kirchner, es designada en el cargo de ministra de Desarrollo Social.

El Trabajo Social en este momento se compromete con una epistemología latinoamericana, centrada en los saberes y particularidades de nuestros pueblos desde una perspectiva decolonial y crítica. Eso implica el reconocimiento y valoración de nuestra cultura, recuperando así experiencias de los pueblos originarios, los movimientos sociales y grupos oprimidos. Se proponen abordajes adecuados a nuestras realidades con herramientas propias de los territorios, analizando críticamente la historia desde la mirada latinoamericana (Meschini y Hermida, 2017).

Se promueve un mayor grado de involucramiento con las problemáticas sociales y de participación social para acompañar procesos de defensa y restitución de derechos. Para estas alturas los servicios sociales en salud ya gozan de mayor jerarquía, autonomía y reconocimiento por parte de las otras disciplinas.

Para ir finalizando esta etapa, se mencionarán las políticas económicas implementadas por el partido Cambiemos⁷ durante los 4 años de su gestión y su impacto en lo social y sanitario. Se intentaron aplicar las viejas recetas neoliberales, que trajeron como consecuencia la vulneración de derechos que ya se habían conquistado.

Algunas de las medidas económicas tomadas fueron la desregulación del sector externo, la apertura comercial, el endeudamiento y la quita de subsidios a las tarifas. Hubo pérdida de empleos genuinos y se crearon puestos precarizados y desprotegidos (y, por ende, disminuyeron los aportes a las obras sociales y contribuyeron a su desfinanciación).

Durante esta gestión, el Ministerio de Salud pasó a ser Secretaría (2018), lo que implicó un recorte presupuestario y que dicho organismo perdiera el poder de rectoría que había intentado recuperar durante el kirchnerismo. Se entendía la salud más como un paquete de prestaciones y servicios que como un derecho universal que debe ser garantizado por el Estado.

En síntesis, el sistema sanitario argentino se fue configurando en función de las características de los distintos modelos económicos implementados. Si hoy sacáramos una foto de nuestro sistema podríamos decir que está compuesto por 3 grandes subsectores: público (de acceso universal, gratuito e irrestricto), de obras sociales (financiadas con los aportes de las trabajadoras registradas) y privado (donde las personas pueden acceder a diferentes coberturas en función del pago que realicen).

Cada subsector trabaja en forma independiente y carecen de articulación entre sí. Y, como ya se mencionó, el sistema se caracteriza por ser inequitativo y atomizado, concentrándose los servicios de calidad y alta complejidad en las grandes ciudades. Es importante tener en cuenta este

7 El partido Cambiemos gobernó el país entre el 2015 y el 2019. El presidente argentino en ese período fue el Ingeniero Mauricio Macri.

contexto en el momento de la intervención profesional, por varios motivos. Debemos conocer cuáles son los recursos de la red sanitaria con los que se cuenta, qué presupuesto tenemos para gestionar, qué prestaciones podemos ofertar a la población y cuáles debemos exigir al Estado. Es preciso promover desde nuestro rol una mayor articulación y coordinación entre los distintos servicios, optimizar el uso de los recursos disponibles y ser un nexo entre la población y el Estado que permita garantizar el derecho a acceder a una prestación sanitaria de calidad.

Entendiendo la salud como campo complejo donde los determinantes sociales impactan directamente en el proceso de salud, enfermedad y atención, es parte de nuestra responsabilidad profesional contribuir a mejorar las condiciones de vida materiales de las comunidades y favorecer su organización y participación social, orientando y acompañando medidas de exigibilidad de derechos (por ejemplo, al agua potable y al asfalto, entre otros). También poder desarrollar tareas de prevención y educación para la salud que permitan a las personas contar con herramientas para el autocuidado.

4. La salud mental en Argentina

Como ya venimos analizando, los modelos económicos y el tipo de políticas públicas que los distintos Gobiernos ejecutan tienen consecuencias directas en el pueblo. Pensemos a modo de ejemplo en cómo impacta en la salud mental de una persona haber perdido su empleo cuando tiene a cargo una familia o en aquella que teniendo una enfermedad crónica no puede acceder a los medicamentos. Muchos de estos padecimientos pueden desencadenar problemáticas de salud mental más o menos graves, que van desde cuadros de ansiedad o depresión a otras enfermedades más complejas y crónicas. Como vengo insistiendo, no hay que soslayar la importancia de los determinantes sociales en la salud.

En nuestro país, el tratamiento de estos padecimientos ha sido objeto de disputas políticas, económicas y profesionales que han incidido en la configuración de los diferentes modelos de atención en cada momento histórico de los que las trabajadoras sociales fuimos parte. Para poder comprender estos procesos, se hará un recorrido histórico acerca de la atención en salud mental en Argentina.

4.1. Antecedentes de la atención en salud mental

Los padecimientos mentales en nuestro país fueron entendidos desde diferentes paradigmas (que aún conviven). Para hacer un recorte histórico, podemos tomar los últimos 50 años para describir la modalidad de atención que tuvieron las personas afectadas en su salud mental.

Inicialmente, dichos padecimientos eran circunscriptos a un problema biológico, solo posible de ser atendido por la medicina en el marco de un hospital psiquiátrico. El encierro era parte del “tratamiento” y se complementaba con planes de medicación y un fuerte control institucional

dada la presunción de peligrosidad que existía sobre las personas internadas. Parte de este control institucional era ejercido por las trabajadoras sociales, que funcionaban de enlace entre las personas internadas y el poder judicial civil y penal. Ingresar a una institución de esas características implicaba la pérdida de derechos básicos como la intimidad, la toma de decisiones, el manejo de su patrimonio, etc. Eran, en muchos casos, consideradas incapaces o insanas judicialmente restringiéndoseles el ejercicio de derechos civiles como casarse, salir del país, administrar bienes y tener la patria potestad de sus hijas, entre otros.

El manicomio como institución total (Goffman, 1972) fue y sigue siendo sostenido para preservar a la sociedad de aquellas personas que resultan una amenaza para la comunidad (el Trabajo Social fue, en muchos casos, una pieza importante para sostener esa lógica).

A partir de la vuelta a la democracia en 1983 comienzan a gestarse movimientos de profesionales que, tomando el modelo de la antipsiquiatría italiana representada por Franco Basaglia, proponen otros tipos de abordaje centrados en el respeto a los derechos humanos y en la participación de las usuarias en la toma de decisiones acerca de su tratamiento en un marco comunitario. Estos equipos eran interdisciplinarios e incluían a psicólogas, terapistas ocupacionales, enfermeras y trabajadoras sociales. Se comienza a trabajar con profesoras de distintas disciplinas artísticas, oficios y referentes barriales.

Los dispositivos alternativos que se venían gestando en los 70 y que fueron interrumpidos por el golpe cívico-militar se fortalecen e instalan como parte de la oferta de tratamiento en salud mental: hospitales de día y centros de día, terapias grupales, terapias familiares y la articulación de recursos en forma intersectorial.

El clima de época fue propicio para retomar esas experiencias. A eso se suma que la salud mental se encontraba en la agenda de Gobierno:

Por entender que los efectos del proceso de reorganización nacional dejaban consecuencias directas del genocidio en las víctimas directas y en el tejido social, más las catástrofes de valores, organizaciones e instituciones formales y de base, con evidentes daños sobre la calidad de la salud mental colectiva y sobre los sistemas de atención y rehabilitación (Galli, 2011).

Las prácticas alternativas de intervención en salud mental se extendieron a varias provincias argentinas. Para citar solo algunos ejemplos, en Buenos Aires se creó el Frente de Artistas del Borda (1984), que se planteó como dispositivo de recuperación a través de diferentes expresiones artísticas y trabajaba (y aún lo sigue haciendo) tanto dentro como fuera del hospital, con artistas que están en tratamiento de salud mental.

Otro caso paradigmático fue el de la provincia de Río Negro, donde profesionales adherentes al movimiento italiano militan y logran plasmar una reforma en salud mental mediante la primera ley nacional,⁸ que fo-

⁸ Se trata de la Ley 2440, de Salud Mental, promulgada en 1991. Cabe agregar que la experiencia de estos equipos se inició en 1983.

mentaba la atención de las personas en ámbitos comunitarios y promovía procesos de desinstitucionalización.

Estas y otras experiencias de lucha fueron producto de la organización y participación en la escena política, a través de distintas estrategias y alianzas con actores clave que permitieron ir visibilizando social y políticamente la problemática.

En la década de los 90, el escenario social, político y económico se ve signado por el impacto de las políticas neoliberales, que implicaba (entre otros fenómenos) un fuerte corrimiento del Estado como garante del derecho a la salud de la población y la consolidación de la transferencia de los hospitales nacionales a la órbita de las provincias. Dichas transferencias fueron administrativas y sin el presupuesto correspondiente.

En lo que refiere a nuestro ejercicio profesional, muchas colegas debían pedir presupuesto para sus programas a organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo. Los planes sociales eran focalizados y de carácter compensatorio (bajo promesa de eficiencia en el gasto). Eso implicaba atender a grupos específicos de población en forma muy selectiva. En ese período, las políticas sociales universales estaban puestas en cuestión por una supuesta ineficiencia del gasto que suponía ejecutarlas.

La oferta de recursos para personas en situación de vulnerabilidad social era muy acotada y, en general, se limitaba a la entrega de bienes materiales o bolsas con alimentos y no, por ejemplo, a generar empleo genuino.

En el año 2000, gobernando La Alianza en el país y en la Ciudad de Buenos Aires, se sanciona en ese territorio la Ley 448, que tenía como objetivo garantizar la salud mental de todas las personas que vivieran o transitaran la ciudad. Se indicaba que los equipos de atención en salud mental debían ser interdisciplinarios y en ellos se incluía al Trabajo Social. Esta ley fue semilla de la que luego se sancionó a escala nacional, ya que promovía una desinstitucionalización progresiva y la atención por fuera del ámbito hospitalario. Esta ley fue de difícil aplicación por muchos motivos, que se señalan en un artículo del Colectivo 448 Salud Mental (2010):

...factores tales como la inacción gubernamental, la resistencia corporativa de algunos sectores profesionales, gremiales y empresariales, la indiferencia, los prejuicios y el desconocimiento de la sociedad sobre los padecimientos psíquicos...

Este campo de conflicto puede perfectamente ser traspuesto al ámbito nacional, como ya veremos.

Al asumir el kirchnerismo en 2003, hubo varias organizaciones que comenzaron a diseñar estrategias de incidencia política para introducir en la agenda gubernamental el tema de salud mental (Osella y Santiago, 2018). Podemos mencionar el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Mental Disability Rights International (MDRI), que con la publicación del libro *Vidas Arrasadas* (2008) pusieron de relieve la situación de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos del país y registraron

gravísimas violaciones a los derechos humanos. En alianza con el CELS, otras organizaciones de usuarias y familiares, universitarias, culturales, de DDHH y profesionales tejieron redes con actores clave del ámbito político que les abrieron la puerta a participar del debate que trajo como resultado la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en diciembre de 2010.

La aplicación de esta ley fue y sigue siendo muy resistida, principalmente por las corporaciones médicas que vieron afectados sus intereses y perdieron cierta cuota de poder dentro del campo de la salud mental, al poner la ley en pie de igualdad para el ejercicio profesional (asistencial y en cargos de conducción) a las profesiones especializadas en la temática (por ejemplo, las psicólogas, las trabajadoras sociales, las terapistas ocupacionales, etc.). Dichas corporaciones están representadas en la Ciudad de Buenos Aires por la Asociación de Médicos Municipales (Comité de Presidencia AMM, 2019) y, a escala nacional, por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (Comisión Directiva APSA, 2019).

4.2. La política nacional en salud mental

En este punto, se analizarán cuestiones relativas al presupuesto (actores involucrados en la toma de decisiones respecto de su distribución) y su incidencia en la intervención profesional.

Para comenzar, es necesario señalar que la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en su artículo 32, dispuso que, del total del presupuesto destinado a salud, al menos el 10% debía ser asignado a programas de salud mental.

Lamentablemente, no se cuentan con datos precisos acerca del porcentaje invertido en salud mental. La Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (2016) realizó pedidos de informe en el año 2016 al Ministerio de Salud y recibió como respuesta que el único programa que se proyectaba era el de Apoyo y Promoción de la Salud Mental y Adicciones (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Tampoco hay datos en los años posteriores, ya que la Dirección de Salud Mental como tal no figura en el presupuesto de salud, sino que se diluyen las actividades que realiza en el marco de otros programas de promoción y atención a la salud. Este ya es un dato en sí mismo y podemos esbozar como hipótesis que la salud mental no goza del protagonismo que merece en la agenda de Gobierno. Si tomamos el presupuesto para salud que fuera aprobado para el 2020, detallado por el Ministerio de Economía de la Nación (2020), observamos que un solo eje menciona la salud mental y se propuso:

Promover y coordinar desde la Dirección Nacional de Salud Mental las redes locales, regionales y nacionales, ordenadas según criterios de riesgo, que contemplen el desarrollo adecuado de los recursos para la atención primaria de la salud mental y de las adicciones.

Se comprende que la irrupción de la pandemia de la covid-19 haya obligado a muchos Gobiernos a repensar su política sanitaria y redireccionar sus presupuestos. Lamentablemente, el cierre de los manicomios previstos para el año que pasó está muy lejos de cumplirse (aún hay 12.000

personas internadas en estas instituciones en Argentina, según el último censo realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019)).

Retomando el análisis político (necesario para comprender por qué todavía no se cumple la ley y se sigue invirtiendo en los hospitales psiquiátricos) hay que mencionar a uno de los actores protagónicos en estas disputas, que es la corporación médica, que tuvo incidencia en la gestión de políticas públicas de Cambiemos (a escala nacional en su momento y hace años en la Ciudad de Buenos Aires). Los diversos gremios que la agrupan se han mostrado en desacuerdo públicamente con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, argumentando que son necesarios los “hospitales especializados” y negando las consecuencias que trae a las personas vivir en instituciones de esas características.

Si analizamos cómo incide esto en nuestras prácticas, pensemos que, si el 80% del presupuesto en salud mental está destinado a los manicomios, gran parte del colectivo profesional que se desarrolla en este campo trabaja en ellos. Ese es nuestro encuadre institucional, que, de alguna manera, moldea nuestras prácticas. Aunque, por supuesto, eso no implica que trabajemos con un posicionamiento crítico del manicomio e intentemos hacer intervenciones que respeten los derechos de las personas. Pero, por la propia dinámica institucional y las condiciones de trabajo (pocas colegas para un elevado grado de demanda), las intervenciones suelen ser más de corte asistencial que promocional.

Es necesario mencionar que existen dispositivos públicos ambulatorios orientados a la prevención y rehabilitación en salud mental (en los cuales el Trabajo Social es considerado indispensable) y también otros de tipo residencial, pero se llevan la porción más baja del presupuesto y no logran satisfacer la demanda.

Nuestras prácticas están condicionadas por el contexto de una política pública en materia de salud mental que no es universal y que tiene como beneficiaria en su mayoría a la población que está internada en hospitales psiquiátricos. Cómo garantizar el acceso a los tratamientos de calidad, a las políticas sociales y trabajar en pos de la restitución de derechos vulnerados y en la ampliación de derechos es un gran desafío para el cual planteo algunas herramientas en las conclusiones.

5. Conclusiones

Se describió y analizó en este artículo el impacto de las medidas económicas en la configuración del sistema sanitario argentino, con especial atención al campo de la salud mental. Además, cuál fue el rol del Trabajo Social en cada período y cómo se fue reconceptualizando a la luz de cada momento histórico.

Podemos ir concluyendo que, como profesionales que nos desempeñamos en el campo de la salud, es fundamental contar con una mirada crítica acerca de la política pública (analizar cómo se diseña, quiénes lo

hacen, por qué, para quién, con qué objetivos y con qué presupuesto). Esto nos permite dar un encuadre realista a nuestras intervenciones, sabiendo de antemano los recursos con los que contamos para resolver una problemática determinada.

En lo que respecta a la situación de las personas con padecimientos mentales podemos afirmar que, a pesar de la legislación vigente, no ha mejorado ostensiblemente. Los hospitales psiquiátricos han ido disminuyendo su número de camas, pero se observa que muchas personas permanecen internadas por problemáticas sociales. Nadie puede ni debe vivir en un hospital por falta de política pública. Y es allí donde las trabajadoras sociales debemos arbitrar las medidas de exigibilidad al Estado para el cumplimiento de sus obligaciones.

Queda claro que con ley escrita no alcanza y que sin ella tampoco puede avanzarse en materia de política pública porque esta requiere de un marco legal que la sustente (y de legitimidad política que la sostenga). Y que para planificar política pública es condición excluyente tener una mirada estratégica que analice los actores que disputan el poder y el peso específico de cada uno de ellos.

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental resulta compleja porque el problema de la salud mental es complejo. Se requiere trabajar en varios frentes, no solo en el ámbito gremial, sindical y económico, sino también en el social. Es necesario ofrecer información a la ciudadanía, sensibilizar acerca de lo que implica un problema de salud y bajarle la alta carga de estigma que aún conserva, para que la sociedad comprenda que el encierro o internación de larga estadía por cuestiones sociales no es tratamiento.

Sería importante plantear una redistribución del presupuesto y destinar parte de él a políticas de prevención, promoción y a dispositivos ambulatorios de recuperación. También, a programas de apoyo habitacional y de inclusión laboral genuina. Insisto en la importancia de reconocer los determinantes sociales que inciden en la salud mental, ya que es allí donde nuestro rol profesional cobra preponderancia. Somos las agentes sanitarias especializadas en realizar estas evaluaciones y diseñar estrategias de intervención que promuevan la inclusión de las personas. Somos quienes conocemos la política pública y contamos con herramientas desde lo teórico para analizar la cuestión social y planificar intervenciones adecuadas a cada contexto, teniendo a la usuaria como protagonista de su propio proceso de recuperación.

Considero necesario seguir fortaleciendo las organizaciones de la sociedad civil conformadas por usuarias, familiares, profesionales, etc., y construir fuertes alianzas con los gremios que nuclea a las “no médicas” (terapistas ocupacionales, psicólogas, enfermeras...), para ir posicionando en la agenda pública otros discursos, otras propuestas de abordaje que excedan la intervención de la medicina.

Otro frente (creo que el más complicado de todos) es regular a los laboratorios en lo que tiene que ver con el financiamiento (que se esconde bajo la fachada de “regalos”) a profesionales y la participación publicita-

ria en congresos. Las profesionales de la salud tenemos un deber ético, un compromiso con la población que atendemos y debe ser fuertemente sancionado quien especule con ganar dinero a costa de la salud de la ciudadanía. Hay que desnaturalizar ciertas prácticas que parecen parte del paisaje cotidiano de un hospital o clínica.

El ejercicio del Trabajo Social tiene como deber ético la militancia por los derechos humanos y el sostenimiento de su compromiso con aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social. Para eso es necesario construir una mirada crítica de la realidad que nos permita transformarla con las herramientas teóricas que adquirimos y los saberes acumulados de las poblaciones con las que trabajamos, siempre teniendo como horizonte la justicia social.

Referencias bibliográficas

- Alzugaray R. (2009). *Ramón Carrillo: el fundador del sanitarismo nacional*. Colihue.
- Ander Egg, E. (1984). *Historia del Trabajo Social*. Hvmantitas.
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia. (2016). *Salud mental y presupuesto: Por un presupuesto transparente y adecuado*. ACIJ. Recuperado 23 junio 2021, de <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2016/12/Saludmental-y-presupuesto.pdf>
- Basualdo, E. (2007). *Concepto de patrón o régimen de Historia acumulación y conformación estructural de la economía* (Trabajo de Maestría en Economía Política Argentina, Documento N.º 1, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). http://legacy.flacso.org.ar/uploaded_files/Publicaciones/mep_dt01.pdf
- Centro de Estudios Legales y Sociales, y Mental Disability Rights International. (2018). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo XXI Editores.
- Cetrángolo, O., y Gatto, F. (2002). Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado. En *Seminario "Desarrollo local y regional: hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores"*, organizado por el ILPES y el Gobierno de la Provincia de Pichincha, Ecuador. Recuperado 29 junio 2021, de <https://siteal.iiep.unesco.org/investigacion/2330/descentralizacion-fiscal-argentina-restricciones-impuestas-proceso-mal-orientado>
- Colectivo 448 Salud Mental. (2010). A 10 años de la sanción de la "ley 448 de salud mental" y a 1 año de la formación del "colectivo 448 de salud mental". *Revista Topía*. Topía. Recuperado 23 junio 2021, de

- <https://www.topia.com.ar/articulos/10-a%C3%B1os-sanci%C3%B3n-%E2%80%9Cley-448-salud-mental%E2%80%9D-y-1-a%C3%B1o-formaci%C3%B3n-del-%E2%80%9Ccolectivo-448-salud-mental%E2%80%9D>
- Comisión Directiva APSA. (2019, mayo 24). *Ley de Salud Mental, desmanicomialización y salud pública: Una larga serie de malos entendidos desde el retorno de la democracia*. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Recuperado 29 junio 2021, de <https://www.apsa.org.ar/docs/leysm052019.pdf>
- Comité de Presidencia AMM. (2019, mayo 13). *Sin hospitales de salud mental no hay salud mental ni salud pública*. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <http://medmun.org.ar/gremiales2019/2019-05-13.html>
- Confederación de educadores argentinos. (2009). *Historia del movimiento obrero y del sindicalismo en Argentina*. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Recuperado 29 junio 2021, de <http://www.trabajo.gob.ar/downloads/formacionSindical/Historia%20del%20Movimiento%20Obrero%20y%20del%20Sindicalismo%20en%20la%20Argentina.pdf>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Gobierno de Salud. (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. 2019*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación. Recuperado 23 junio 2021, de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>
- Fazio, L. (2013). Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político. *Revista Salud Colectiva*, 9, 2-6.
- Fundación Soberanía Sanitaria (2019a). *Análisis del sistema de salud de CABA luego de 12 años del gobierno del Pro*. (Informe FSS N.º 43). Fundación Soberanía Sanitaria.
- Fundación Soberanía Sanitaria. (2019b). *Diplomatura en Economía Política de la Salud*. Recuperado 29 mayo 2021, de <https://soberaniasanitaria.org.ar/diplomatura-en-economia-politica-de-la-salud/>
- Galli, V. (2011). Problemáticas de Salud Mental en la Argentina. *Voces en el Fénix*, 7, 46-51. Voces en el Fénix. <http://www.vocesenelfenix.com/content/problem%C3%A1ticas-de-salud-mental-en-la-argentina>
- Goffman E. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.

- Ley 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, promulgada el 2 de diciembre de 2010. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. Recuperado 23 junio 2021, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley N.º 448, de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, promulgada el 31 de agosto de 2000, BOCBA N.º 1022 del 7 de septiembre (2000).
- Ley N.º 2440, de Salud Mental, promulgada el 3 de octubre de 1991, Boletín Oficial del 10 de octubre, p. 1 (1991).
- Meschini, P., y Hermida, M. E. (Comps.) (2017). *Trabajo Social y descolonialidad: Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social* (1.ª ed.). EUDEM.
- Ministerio de Economía de la Nación (2020). *Jurisdicción 85. Ministerio de Salud y Desarrollo Social*. Recuperado 29 junio 2021, de <https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/presutexto/proy2020/jurent/docs/P20J85.rtf>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria*. Colihue.
- Osella, N., y Santiago, N. C. (2018). El rol de las organizaciones de la sociedad civil en el diseño de la Ley Nacional de Salud Mental. En S. Cuella y R. Crosetto (Comps.), *5º Encuentro Argentino y Latinoamericano de Trabajo Social* (p. 595-599). Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado 23 junio 2021, de https://sociales.unc.edu.ar/sites/default/files/E%20Book%205to%20Encuentro_0.pdf
- Stolkiner, A. (1997). Breve reseña histórica del sector de obras sociales. *Revista Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría*, 8, 2-6.
- Wainer, A. (2010). Principales características del patrón de crecimiento instaurado en la postconvertibilidad. En Y. Socolovsky (Coomp.), *Desarrollo económico, clase trabajadora y luchas sociales en la Argentina contemporánea* (p.151-152). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado 23 junio 2021, de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>