

Las leyes en el campo de la salud: entre la defensa de intereses (corporativos y profesionales) y la regulación de las prácticas profesionales. El caso de la Ley de Salud Mental Nº 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires¹.

Mg. Ernestina Rosendo²

I. Introducción

Desde la sanción de la ley Nº 448 (año 2000), se entablaron una serie de disputas y controversias en torno a su aplicación. El artículo 12 inciso L constituye el exponente máximo de una confrontación de intereses entre la disciplina médica y el resto de las profesiones de la salud.

La ley no sólo entraña una confrontación entre corporaciones sino también disputas encarnadas por los profesionales de la salud en el contexto cotidiano de su ejercicio profesional. En ese sentido, la oposición y la defensa a la ley conforman una misma unidad de sentido: defender los intereses de los trabajadores. Aunque ésta también coexistiría con los correspondientes a las asociaciones profesionales y otros gremios.

El presente artículo analiza los argumentos que sostienen algunas corporaciones profesionales y los propios de los trabajadores de la salud mental, mostrando cómo tanto la defensa como la oposición a la ley se asientan sobre intereses institucionales y particulares y no sobre la regulación de las prácticas de trabajo, la organización del sistema y servicios de salud.

Desde esta perspectiva, la transformación del sistema de salud, en este caso de la organización de la atención de la salud mental, confronta no sólo con orientaciones teóricas, epistemológicas y prácticas diversas, sino también con un cúmulo de intereses (económicos, corporativos) que, en no pocas ocasiones, se encubren detrás de argumentos teóricos.

¹ Este trabajo fue presentado en las *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, agosto 2009, Buenos Aires.

² Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador.

Instituto de la Salud Juan Lazarte (UNR)

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

E-mail: ernestina2001ar@yahoo.com

Los resultados del presente trabajo forman parte de una investigación Doctoral (Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires) realizada entre los años 2005-2008 en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y en un Centro de Salud Mental. El estudio tiene un diseño cualitativo, de corte transversal, con una muestra no probabilística de carácter intencional. Las unidades informantes las constituyen psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, sociólogos, psicopedagogos y terapeuta ocupacional. Se realizaron también entrevistas a legisladores y asesores de la Legislatura porteña que participaron en el diseño y aprobación de la nueva ley; también a profesionales y representantes de asociaciones profesionales.

II. Transformación de la atención de la salud mental: de la organización hospitalocéntrica a la comunitaria

La culminación de la Segunda Guerra Mundial marca el inicio de una nueva forma de plantear la asistencia de los problemas mentales. Un conjunto de sucesos (la necesidad de reconstruir los servicios de salud destruidos y sobrepasados como consecuencia de la guerra, crecimiento de los movimientos en defensa de los derechos humanos, ascenso a los gobiernos de sectores democráticos, la definición de la OMS sobre "salud" y los progresos en la psicofarmacología) que acaecen cerca de mediados del siglo XX definen el camino de construcción del campo de la salud mental (OMS, 2001; Galende, 1994, 2008).

Desde entonces y en particular desde la década del '60 se inaugura, tanto en el país como en el contexto internacional, una serie de transformaciones al interior de la institución manicomial, como también la instauración de dispositivos alternativos de internación psiquiátrica. Estados Unidos, Francia, Italia e Inglaterra son algunos de los países que desde los años '60 (aunque con punto de partida sobre finales de la segunda guerra mundial) se embarcan en una crítica sustancial al orden manicomial y a la implementación de nuevos dispositivos de atención.

En Argentina la década del '60 también trae aparejadas críticas y modificaciones -en grado variable- al sistema asilar. Para ese entonces se visualizaban al menos dos posturas diferenciadas: la psiquiatría ligada al sistema instituido y, por otra parte, un grupo más cercano al psicoanálisis, que enfatizaba la

incidencia de lo social sobre la etiología de las problemáticas (Ben Plotkin, 2003). A pesar de las adversidades impuestas por la situación política, se generaron experiencias novedosas de internación y otras delimitadas al interior de las instituciones psiquiátricas existentes. Entre las más destacadas se encontraron la creación de la Comunidad Terapéutica (Colonia Federal, Provincia de Entre Ríos), el hospital Esteves (Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires) y el Servicio de psicopatología del Lanús (dirigido por el Dr. Mauricio Goldenberg) desde mediados de la década del '50.

Por otra parte, desde fines de la década del '70 el campo de la salud mental también se ve influenciado por el empuje mundial de la Atención Primaria de Salud (APS), a partir de la Declaración de Alma-Ata (1978). Desde entonces, sin desconocer los antecedentes previos de las décadas del '60 y principios de los '70, se define una serie de discursos orientados a la necesidad de transformar los sistemas de salud y los recursos humanos que en ellos se desempeñan.

En este marco se revitalizan las controversias en el campo de la salud mental, referentes a las transformaciones de sus formas de intervención: desde lo asistencial (incluyendo lo custodial) a lo comunitario. Estas transformaciones forman parte de un cambio de paradigma en la atención de la salud mental, que se orienta desde un modelo hospitalocéntrico a otro comunitario. El hospital, con la institución psiquiátrica como sostén del primer modelo, es progresivamente desplazado del eje de la atención asumiendo la comunidad su lugar en el cuidado de las personas con trastornos mentales.

La definición psicosocial de los sufrimientos en el campo de la salud mental, conjuntamente con los nuevos principios rectores de las prácticas (interdisciplinariedad, intersectorialidad, intervenciones colectivas, énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad), demandan a los profesionales una organización del trabajo y prácticas de intervención que no se corresponden con las convencionales que se encuentran en el ámbito de las instituciones públicas, es decir, prácticas asistenciales, disciplinarias y curativas.

III. Resistencias al cambio: lineamientos internacionales, dificultades comunes

En el marco de estos lineamientos internacionales, el sub-sistema público de salud trasciende la función de otorgar servicios asistenciales clínicos y médicos, debiendo desempeñar progresivamente un rol central en acciones tales como promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este rol implica la incorporación de abordajes comunitarios y la vinculación con otros sectores estatales y civiles como: Educación, Trabajo, ONGs, organizaciones comunitarias, entre otros. Sin embargo, esta reorientación del sub-sistema público (de la asistencia a la promoción y prevención) no constituye un movimiento espontáneo suscitado por los acuerdos entre países o por los lineamientos de los organismos internacionales (OPS, OMS).

La evolución de las reformas hacia sistemas de salud que priorizan el Primer Nivel de Atención y las prácticas que en éste prevalecen, no es lineal ni progresiva ni se encuentra libre de obstáculos y dificultades. Pese a los impulsos internacionales y locales de la reformulación del sistema de atención en el primer nivel, persisten y predominan prácticas de intervención que no se condicen con su reorganización comunitaria y que presentan algunas características propias del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990).

En Argentina, las reformas en salud en general no incluyeron propuestas de desarrollo de recursos humanos acordes a las reformas pretendidas, no habiéndose además realizado avances de envergadura en la modificación de los planes de estudio (Abramzón, 2005). Como resultado, entre otras consecuencias, se evidencia cierta desarticulación entre la formación de los recursos humanos y las necesidades sociales vigentes. La autora citada plantea entonces la importancia de indagar si las dificultades en los procesos de formación de recursos humanos obedecen a cuestiones tales como: rigidez de las estructuras académicas, la coexistencia de intereses diversos y la desarticulación intersectorial entre los sectores salud, educación y trabajo.

Por otra parte, las resistencias y dificultades para la implementación de cambios en la organización del sub-sector estatal y en las prácticas de los profesionales, constituye un obstáculo en muchos de los países que se han propuesto establecer tales reformas.

En ese sentido, un informe de la OPS (2000) señala que en varios países (como México, Costa Rica, Ecuador) algunos de los obstáculos a sortear en el intento de establecer reformas en salud, conciernen al tema de la gobernabilidad y conflictividad sectorial. Así, por ejemplo, Costa Rica plantea dificultades de representación de las organizaciones de trabajadores en los procesos de reforma, generando ello desmotivación e incertidumbre. Ecuador presenta como obstáculo una fuerte influencia política en la contratación de agentes de salud; se sostiene entonces, la necesidad de fortalecer la relación con los gremios de trabajadores. Por último México, lidia con un escenario heterogéneo de representación de los trabajadores y un fuerte corporativismo sindical, que exige revisar la situación a partir de acuerdos con los sindicatos.

En Argentina, los gremios, sindicatos y asociaciones de trabajadores han tenido un rol importante en la formulación de nuevas legislaciones (ejemplo de ello, la Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), pero sin embargo aún no se ha indagado con profundidad el rol de éstos en la facilitación o, por el contrario, obstaculización de las reformas a implementar en la organización de la atención de la salud mental y de las prácticas de los profesionales que allí se desempeñan.

IV. Los intentos de transformación local: la sanción de la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Ley de Salud Mental (N° 448) se sancionó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2000, siendo posteriormente reglamentada (en forma parcial) en el 2004. La Ley N° 448 se presenta, al decir de quienes participaron de su diseño y de quienes la apoyan, como una *ley progresista* que se caracteriza por el reconocimiento y defensa de los derechos humanos y, en segundo término, por el planteamiento *moderno* de concepciones teóricas y estrategias de intervención.

Se compone de 48 artículos organizados en dos títulos, “La salud mental en la Ciudad de Buenos Aires” y “Régimen de internaciones”, y disposiciones transitorias. En el primero de ellos, se plantean las cuestiones definitorias sobre la comprensión de la salud mental, el tratamiento de los recursos humanos, la organización de los servicios de salud y las autoridades de aplicación; en el segundo de los títulos se

definen los procedimientos en las internaciones psiquiátricas, tanto voluntarias, involuntarias como judiciales. Se define como objeto: “garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, tomando una definición de “salud mental” inescindible de la salud integral y de la comprensión de las personas como seres bio-psico-socio-culturales. Es decir, la ley parte de una definición de la salud mental donde los problemas y padecimientos de este campo se vinculan con problemas sociales tales como: la falta de trabajo, la carencia de medios de subsistencia, la falta de vivienda, entre otros determinantes.

El texto de la ley -en consonancia con las líneas de transformación propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), otros organismos y tratados internacionales- destaca la transformación de la atención de la salud mental desde un paradigma *hospitalocéntrico* a otro *comunitario*. El hospital psiquiátrico como sostén del primer paradigma, sería desplazado como eje central de la atención, ubicándose en su lugar la comunidad y dispositivos alternativos, en el cuidado de las personas con trastornos mentales. En este marco legal, se enfatiza priorizar las estrategias concernientes a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el trabajo comunitario, intersectorial e interdisciplinario.

La Ley Nº 448 y el “Plan de Salud Mental 2002-2006”, diseñado a partir de aquélla, en cuanto a la problemática de los recursos humanos, se ciñen principalmente sobre las dificultades presentes en el perfil profesional de los trabajadores de la salud mental de los efectores públicos de la ciudad y, por ende, la necesaria *reconversión* profesional con el objetivo de aplicar los principios de la nueva ley.

V. Las corporaciones y la ley de salud mental: relaciones y posicionamientos ambiguos

Desde la perspectiva de los participantes de la discusión y diseño de la ley Nº 448, dos grupos de actores se enfrentaron enérgicamente: los denominados “psiquiatrones”, defensores de las instituciones neuropsiquiátricas, y por otra parte, quienes promulgaban un proceso de desinstitucionalización conjuntamente con la

reivindicación de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales; en particular las internadas en esas instituciones.

Parte de los actores entrevistados comenta que la ley fue producto de una discusión en diversos plenarios sostenidos durante el transcurso de los dos años previos a su sanción. Si bien participaron numerosos y diferentes actores sociales e instituciones, los diputados participantes y sus asesores -así como algunos profesionales de la salud mental-, ubican como principales a la Asociación de Médicos Municipales, miembros de la Multisectorial intersindical de salud mental (en particular de los neuropsiquiátricos Borda y Moyano), APBA (Asociación de Psicólogos de Buenos Aires), Asociación de Profesionales del Centro de Salud Mental Nº 3 (Arturo Ameghino). Según varios de los entrevistados, los dos primeros, férreos defensores de las instituciones de internación psiquiátrica y de los intereses de la corporación médica, se enfrentaban a los restantes, quienes defendían la horizontalidad e igualdad entre las diferentes disciplinas que conforman el campo de la salud mental. Estos últimos consideraban además que se debía iniciar un proceso de desmanicomialización, por constituir los neuropsiquiátricos depósitos de personas, violatorios de los derechos humanos de los pacientes allí internados.

No obstante también se suscitó un fuerte enfrentamiento entre diferentes disciplinas (en particular entre la Medicina y la Psicología) en pos de establecer cuál de éstas prevalecería en la orientación de la Ley. La instalación de la noción de “equipo” habría logrado limar las tensiones que entre éstas se habían suscitado.

Detrás de estos dos grandes enfrentamientos (defensores de los *manicomios* versus los defensores de la desinstitucionalización; psiquiatras versus psicólogos), otros conflictos definieron el escenario de la discusión de la Ley: 1. entre quienes defendían el *asistencialismo* (énfasis en la prevención secundaria y terciaria) y quienes la promoción de la salud y la prevención primaria de la enfermedad; 2. entre los defensores del sistema público de salud y los del sub sector privado; 3. entre una intervención integral e interdisciplinaria sobre la salud mental versus quienes impulsaban la atención personalizada típica “paciente-terapeuta”; y 4. entre quienes abogaban por procedimiento de internación tradicional en manos de los psiquiatras, con asistencia clínica de la patología y quienes pensaban ese acto como una

decisión de un equipo interdisciplinario y un proceso de atención que contemplara las diversas disciplinas y las relaciones interinstitucionales.

El proceso de desinstitucionalización o “achicamiento del hospital psiquiátrico”, también suscitaba la oposición de distintos sectores gremiales - Asociación Trabajadores del Estado (ATE), Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN)-, quienes interpretaban ese proceso como posibilidad de pérdida de lugares de trabajo y no como una redistribución de sus recursos humanos en función de la nueva organización de trabajo, como ser la atención en la comunidad o domiciliaria.

No sólo los enfrentamientos fueron por causa de distintas perspectivas técnicas e ideológicas de cómo abordar al paciente con un problema de salud mental, sino que también dominó la escena los intereses económicos que se jugarían especialmente al interior de las grandes instituciones psiquiátricas. En este sentido, los defensores del hospital psiquiátrico denuncian los intereses económicos velados en torno a la comercialización inmobiliaria de las tierras donde se asientan esas instituciones. Señalan, además, que la ley no indica el cierre de las instituciones psiquiátricas, y que éstas constituyen un dispositivo necesario cuando los abordajes ambulatorios no son posibles.

La oposición de algunos sectores a la nueva ley de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, llegó incluso a procurar declararla “inconstitucional”. La demanda contra la Ley fue presentada por la Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal, la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP), la Confederación Médica de la República Argentina (Comra) y la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (AMM). La solicitud de inconstitucionalidad alcanzaba a diversos artículos de la Ley Nº 448 como también al decreto de su reglamentación.

Según los demandantes, todos estos artículos afectarían algunos derechos, además de atribuir a profesionales no médicos incumbencias que discreparían a las establecidas en las leyes nacionales que regulan a esas profesiones (psicología, trabajo social y enfermería con formación en salud mental): “(...) compromete(n) gravemente el derecho a la vida, a la integridad psicofísica, a la salud, a la libertad, afecta el orden jerárquico de las normas y contraría el principio republicano de la división de los poderes”. Los defensores de la ley Nº 448 estiman que el punto real de conflicto giró en torno al artículo 12 inciso I, que determina el acceso a la

conducción de servicios por profesionales no médicos; es decir, desde la perspectiva de los denunciantes, profesionales considerados no idóneos cumpliendo misiones y funciones de los médicos y médico-psiquiatras.

A nueve años de la sanción de la ley, sigue vigente la activa oposición de algunos sectores a parte de su implementación. Los actores que aparecen más visiblemente en activa oposición a una parte de los contenidos de la ley, son la Asociación de Médicos Municipales, quienes interpusieron las medidas de impugnación de concursos y la Multisectorial intersindical de salud mental, que defiende los hospitales neuropsiquiátricos. Lo paradigmático de la oposición es que, desde su perspectiva, también denuncian el incumplimiento de la implementación de la ley, además de establecer impedimentos para la ejecución de algunos de sus artículos, especialmente los referidos a los concursos de profesionales no médicos y al proceso de *des-manicomialización*. Este último punto resulta convocante de estos actores opositores.

Por su parte, la Multisectorial que nuclea trabajadores de las instituciones psiquiátricas, ha llevado adelante actos en Defensa de los Hospitales Psiquiátricos Públicos como expresión de disgusto e indignación por ser denominados despectivamente como "manicomios". Plantean, al igual que la Asociación de Médicos Municipales, que los procesos de des-institucionalización llevados adelante en otros países del mundo y en algunas provincias de la Argentina, han resultado un fracaso, demostrando además los objetivos económicos que se persiguen a expensas de la salud de los sectores más pobres. Las sospechan sobre los intereses económicos recaen en la disminución del presupuesto económico, en la privatización del sistema de salud y en la especulación inmobiliaria de la que serían objeto las tierras donde se emplazan en la actualidad las instituciones psiquiátricas.

La Asociación de Médicos Municipales deja asentadas las consecuencias que se derivan del incumplimiento de la ley, a saber: la imposibilidad de externar pacientes, y por ende la prolongación de la internación en los neuropsiquiátricos, por la falta de creación de los dispositivos intermedios (casas de medio camino, hospitales de día, granjas, entre otros) y, complementariamente, la insuficiente dotación de recursos materiales y humanos. La falta de estos últimos impide además la conformación de los equipos interdisciplinarios que define la ley (psicólogo,

médico psiquiatra, trabajador social y enfermero especializado en salud mental). Así, una de las filiales de la Asociación de Médicos Municipales expresa:

Nosotros lo que pedimos es que se aplique la ley de salud mental, que no se cierren efectores que funcionan y que se habiliten otros efectores para que el hospital (Borda) pueda derivar, y que no queden internados pacientes que no tienen donde ir, no hay una red social que los contenga (...) Que quede claro: los profesionales no estamos institucionalizados, no somos responsables ni violamos los derechos humanos de los pacientes.³

Desde este posicionamiento establecen su lucha por la consecución de un hospital moderno, eficiente y dotado de los recursos necesarios (humanos, edificios y tecnológicos), para constituirse en instituciones de alta complejidad en salud mental; se destaca además, el derecho de los pacientes a recibir una atención de complejidad ante patologías que lo requieran.

VI. Los cargos de conducción: la puja entre la universidad y las corporaciones profesionales

Según los legisladores y asesores consultados, las universidades (pública y privadas) tampoco tuvieron un rol protagónico en el diseño y defensa de la Ley. Pese a haber sido invitadas las facultades de Medicina y Psicología, especialmente de la Universidad de Buenos Aires, no mantuvieron una presencia sostenida en el proceso.

Posteriormente a la reglamentación de la Ley, la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires comienza un acercamiento en la medida en que la Ley contiene medidas que equiparan derechos de profesionales médicos de quienes no lo son. El principal ejemplo de ello lo constituye el artículo 12 inciso L, que plantea: "Podrán acceder a los concursos para los cargos de conducción, todos los profesionales con título de grado, en las disciplinas de salud mental". Este artículo posibilitó que profesionales no médicos, principalmente psicólogos, se presentaran a

³ Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (2006) "En defensa de los neuropsiquiátricos. La situación del Borda", *Mundo Hospitalario*, Año XV N° 124, Buenos Aires, p. 7.

concurso para jefaturas de servicio; en base a un criterio de evaluación sobre “competencias” y no de “incumbencias”, algunos de éstos ganaron los concursos.

Esa disposición (artículo 12, inciso I) se refuerza con el cambio de denominación de los servicios que plantea la ley, debiendo llamarse “de salud mental”. Esta nueva denominación quita centralidad a la psiquiatría y resulta inclusiva del resto de las disciplinas del campo. No obstante, dos situaciones conflictivas entrelazadas se despliegan en el campo de la salud: una de ellas, la dura pelea entre sectores que defienden los intereses médicos y el resto de las disciplinas de la salud, que ahora aspiran a los cargos de jefaturas; en segundo lugar, la contradicción que se establece entre el artículo 12° (inciso I) y la Ley Nacional N° 17.132 del “Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares”, promulgada en el año 1967 durante el gobierno de facto de J.C. Onganía.

Desde la Asociación de Médicos Municipales estos concursos son apelados legalmente con la interposición de las leyes N° 17.132 y la Ley Nacional N° 23.277 sobre el Ejercicio de la Profesión del Psicólogo, promulgada en el año 1985. Los artículos claves que se anteponen a la apelación de los concursos, corresponden al 9 de la Ley 17.132 y los artículos 8 y 9 de la Ley 23.277. El primero de esos artículos refiere a que “La anestesia general, el psicoanálisis y los procedimientos psicoterápicos en el ámbito de la psicopatología quedan reservados a los profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina”, constituyendo además el ejercicio de la psicología, en psicopatología, como colaboración al médico especializado en psiquiatría y bajo la supervisión de éste, restringiendo el desempeño del psicólogo a la realización de tests psicológicos y a tareas de investigación (artículo 91°)⁴. Por su parte, de los artículos 8° y 9° de la Ley 23.277, se deduce que los profesionales de la psicología no se encuentran habilitados para la conducción de servicios. Así, en una de las resoluciones de denegación del cargo a un profesional psicólogo, el Ministro de Salud de la ciudad se expide argumentando que:

(...) de las prohibiciones y responsabilidades de los profesionales que ejercen la psicología, enumeradas en los arts. 8 y 9 de la Ley 23.277, surge la imposibilidad para estos

⁴ Sin embargo, los artículos 9° y 91° de la Ley 17.132 fueron derogados por la Ley N° 23.277, así como cualquier artículo de aquélla que se oponga a esta última.

profesionales de desempeñarse en la conducción de Servicios de Psicopatología y Salud Mental, atento que un licenciado/a en psicología no puede prescribir recetas médicas, no pudiendo llevar adelante ninguna acción terapéutica salvo la psicológica que, en consecuencia, a la luz de la normativa aplicable, es requisito indispensable poseer título de médico especialista en Psiquiatría, para participar en el concurso para cubrir el cargo de Jefatura de psicopatología y Salud Mental (Ministro de Salud, Dr. Alberto De Micheli, Resolución N° 1605).

La imposibilidad referente a que las profesiones no médicas no pueden prescribir recetas constituye uno de los bastiones centrales al momento de realizar las anulaciones de concursos y de expedirse en detrimento de aquéllas. En el caso de los psicólogos, se reconoce su derecho de presentación a concurso cuando se trate sólo de funciones exclusivas de atención psicológica, tal como lo ilustran otras resoluciones que deniegan cargos de conducción a psicólogos: “surge la imposibilidad para estos profesionales de desempeñarse en la conducción de Servicios de Psicopatología y Salud Mental *atento no poder llevar adelante ninguna acción terapéutica salvo la psicológica*, pudiendo solamente aconsejar la internación en establecimientos públicos o privados”. Complementariamente se argumenta que el psicólogo se encuentra inhabilitado profesionalmente para asumir todas las responsabilidades emergentes de la función de conducción: conocer todos los recursos terapéuticos disponibles, las prácticas asistenciales, la capacitación del personal a cargo y la instrumentación de los recursos necesarios para adecuar la formación profesional a las necesidades de los asistidos.

Algunas de las respuestas de rechazo que se suscitaron a partir de estas denegaciones, provinieron del Centro de Salud Mental N° 3 (A. Ameghino) y de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Desde una agrupación de graduados de la citada facultad, se manifiesta que la resolución N° 1605 (citada en los párrafos precedentes) del Ministerio de Salud del G.C.B.A. desestima el contenido y la reglamentación de la Ley 448, en la medida en que ambos enfatizan la labor interdisciplinaria y la complejidad del abordaje en el campo de la salud mental, desde el cual ninguna disciplina puede arrogarse centralidad o mayores

facultades. Asimismo, que esta resolución se orienta a colocar el énfasis en el suministro de psicofármacos, cuando éste es sólo uno de los recursos con el que cuenta el abordaje terapéutico. En este marco, la agrupación de graduados expresa:

(...) es una muestra clara de intentos sistemáticos de reducir el rol del psicólogo al de mero asistente del personal médico, tal como lo establecía la ley 17.132/67 promulgada por el Gobierno de facto de Onganía y mencionada lamentablemente en varios dictámenes de la Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires como fundamento para sostener la discriminación de los psicólogos (...) en la Argentina fueron modificados los artículos limitativos de aquella norma por la Ley de Ejercicio profesional de la Psicología, que establece la autonomía e independencia de la actividad profesional del psicólogo y nos exime de desarrollar nuestra labor bajo la consigna de auxiliar del médico.

VII. Los profesionales de los centros de salud en escena

El empuje de los movimientos internacionales tendientes a la priorización del Primer Nivel de Atención y de los abordajes comunitarios, no se plasma en transformaciones espontáneas al interior de los centros de salud y de las prácticas de los profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular.

No sólo analizan límites insalvables (las prácticas de trabajo instituidas durante años, la personalidad de los profesionales, la carga fantasmática del pasado -atributos de significados de riesgo respecto al trabajo comunitario provenientes de la época del gobierno militar-, las dificultades de relación entre los profesionales imposibles de resolución), sino que tampoco consideran razonable pretender la transformación del perfil profesional de quienes tienen una extensa trayectoria de formación, experiencia y desempeño en determinada línea de trabajo. Los profesionales presentan más expectativas de continuidad de lo establecido que ideas transformadoras e instituyentes. Consideran que esto último debe ser reservado para los jóvenes que recién ingresan (o ingresarán) al sistema de salud. Parece entonces factible afirmar las importantes dificultades que entraña una ley que

se propone transformar un modelo profesional instituido y legitimado como válido por la comunidad profesional que lo porta.

Paradójicamente, o tal vez no tanto, hemos constatado que la férrea defensa de la implementación de la ley también puede conducir a un reforzamiento de lo establecido. Como hemos analizado en el centro de salud mental estudiado, la enérgica defensa de la ley no necesariamente se acompaña de la transformación del sistema que ésta plantea.

Una segunda paradoja se descubre en el análisis del centro de salud mental: la Ley N° 448 permite, en base a la interpretación efectuada por los profesionales, acomodarse bajo su amparo para no generar cambios y sostener los procesos de trabajo instituidos. En la medida que la ley es considerada *amplia y pluralista* (sic) en cuanto a sus definiciones conceptuales, su orientación teórica, en los dispositivos legitimados para la atención, todos los profesionales -independientemente de la disciplina y el marco teórico que portan, así como las prácticas de trabajo que llevan adelante- tienen margen para validar lo que hacen, sin necesidad de repensar ni introducir modificaciones respecto al propio perfil profesional. No se trata entonces de cómo transformo mi trabajo para adecuarme a los lineamientos de la ley, sino cómo en el marco de los planteamientos de la ley, ubico, legitimo y defiendo la forma en que trabajo.

La amplitud y la pluralidad derivan en el reforzamiento de las prácticas, las modalidades de trabajo y los marcos teóricos instituidos. Desde esta perspectiva se vacía de contenido la idea de “reconversión”: la ley abarca todo. Lo que puede haber sido una transacción de consenso en el diseño de la ley, termina entrapando la propia transformación del sistema de atención de la salud mental:

Desde el perfil de la institución no veo problemas. La ley tiene de interesante el incluir distintas visiones respecto a la salud mental, no apunta a una sola teoría o a una determinada forma de pensar. Esta institución está en su mayor parte armada con profesionales que practican el psicoanálisis; pero tampoco la ley apunta a un determinado perfil de práctica, es muy amplia. Cada efector tiene un perfil (Médico-psiquiatra).

Por tanto, la irrefutable adecuación del perfil de la institución por la propia amplitud teórica y de abordaje de la ley -que lo abarcaría casi todo-, también deriva en rechazar la idea referente a la reconversión profesional. Tal como acontece con los entrevistados en CeSAC, los profesionales que ya se encuentran formados y desempeñándose en determinada línea de trabajo, no deberían por qué abocarse a otras formas de abordaje; las estrategias alternativas (trabajo en comunidad, prevención, promoción de la salud, etcétera) tendrían que ser implementadas por profesionales que se formen adrede y desde el inicio de la carrera profesional:

No, no me parece que se deba pensar en una reconversión. Debe haber profesionales interesados en otros campos; pero no que los de un determinado campo, con determinadas prácticas se tenga que formar para otro tipo de práctica. Yo no lo aceptaría. Sí que haya formación permanente en el área en el que cada uno trabaja. Además, el profesional que se ha esforzado en formarse en esa práctica ¿se va a reconvertir? Distinto los profesionales que se formen desde el inicio de la carrera (Psicóloga).

En este marco de situación, prácticamente ningún profesional reflexiona sobre la necesidad de repensar el propio marco teórico, las formas de abordaje ni tampoco el perfil de la institución. Tampoco aparece ni una sola referencia respecto a reforzar las estrategias preventivas y comunitarias. Desde esta perspectiva, la lectura que se hace de la ley se orienta más a reforzar lo instituido que a pensar procesos instituyentes.

De manera cuasi velada se defiende la implementación de la ley para afianzar lo instituido, los intereses profesionales e institucionales particulares. Las transformaciones a operar quedan así siempre en terreno externo: en los futuros y nuevos profesionales, en la creación de nuevos dispositivos. Este juego de poder, consideramos, es mucho más sutil, engañoso y difícil de sortear, que las expuestas peleas corporativas entre disciplinas (médicos versus no médicos), entre asociaciones (Médicos Municipales versus otras agremiaciones de profesionales), entre corporaciones (defensores de los intereses privados -laboratorios, clínicas, etcétera- versus defensores del subsistema público), y/o sectores políticos.

VIII. Comentarios de cierre

La Ley de Salud Mental no puede ser abarcada de forma excluyente como problemática específica del campo de la salud: la elaboración y el surgimiento de la ley evidencian un proceso inescindible del campo de la política y de un entrecruzamiento de intereses sectoriales diversos y contrapuestos; la ley no sólo instaure una discusión y una reforma técnicas, sino también política e ideológica. Y en este marco de disputas e intereses contrapuestos dos ejes centrales de conflicto lo constituyen el acceso de profesionales no médicos a cargos de jefatura de servicios y, por otra parte, el destino de los neuropsiquiátricos (posiciones antagónicas entre el cierre por considerarlos *manicomios* y, por otro lado, su mejoramiento y ubicación como efector de alta complejidad en salud mental). En este contexto, desde nuestra perspectiva, la centralidad del Primer Nivel de Atención y de la APS se diluye: el foco de la pelea, de los intereses y hasta de la reforma se constituye en torno al hospital psiquiátrico.

El recorrido nos deja la impresión que en la escena de la discusión sobre la ley, ningún actor se proclama expresamente en oposición. Los enfrentamientos, las luchas y las tensiones aún vigentes, se montan sobre las diversas perspectivas acerca de algunos aspectos contenidos en la ley; especialmente en torno a la resistencia que se establece respecto al proceso de des-manicomialización. Son las distintas lecturas interpretativas que se realizan sobre ese proceso y sobre el destino de la institución neuropsiquiátrica, las que definen los diversos posicionamientos de los actores entre sí y respecto a la ley.

De hecho, uno de los enemigos más acérrimos -la Asociación de Médicos Municipales-, identificado por muchos de los actores que se encuentran defendiendo la implementación de la ley, se refiere a la importancia de la ley y en el marco de ésta, de la implementación de la red de atención comunitaria, compartiendo incluso la opinión respecto a la necesidad de crear dispositivos intermedios para la externación de los pacientes que se encuentran en condiciones y no pueden hacerlo por dificultades de orden social. Sin embargo oponen toda su fuerza a dos cuestiones centrales: al proceso de des-manicomialización o cierre de neuropsiquiátricos y al acceso de los profesionales no médicos a las jefaturas de

servicio. Estos dos aspectos dividen nítidamente a los actores según sus expectativas e intereses, satisfaciendo a unos u otros según el camino que se determine con las instituciones hospitalarias y con el tratamiento de las jerarquías (o simetrías) disciplinarias. Una variedad de cuestiones se juegan al interior: distribución de poder, seguridad y condiciones laborales (se interrogan sobre el destino de los trabajadores de neuropsiquiátricos), intereses económicos varios (supuestos negociados en torno al hospital psiquiátrico), entre los más destacables.

En este marco de discusión, el eje central del enfrentamiento entre los distintos actores lo asumen el proceso de des-manicomialización, el destino de las instituciones neuropsiquiátricas y el tema referente al procedimiento de internación. De hecho, la propia ley, pese a la jerarquización del Primer Nivel de Atención y del paradigma comunitario, dedica 30 -de 48 artículos- a la internación.

Respecto al Primer Nivel de Atención, la discusión se centraliza en las competencias de los profesionales que allí se desempeñan para el cumplimiento de actividades comunitarias; la inadecuación del perfil actual de los profesionales de la salud mental se define en el propio Plan de Salud Mental y también desde alguna gestión política que acusa a psicólogos y psiquiatras del Primer Nivel de Atención de realizar prácticas con *diván*.

Por último, la amplitud y la pluralidad de la ley Nº 448 –producto de una transacción de consenso entre distintos sectores- derivan en el reforzamiento de las prácticas, las modalidades de trabajo y los marcos teóricos instituidos.

Citas bibliográficas

- Abramzón, M. (2005) *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Buenos Aires: OPS.
- Ben Plotkin, M. (2003) *Freud en las pampas*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Borrell Bentz, (2005) *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: OPS.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2004) *Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I: 1957-1969*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2005) *Las Huellas de la Memoria II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970-1983*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar editorial.

- Galende, E. (1994) *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Levav, I. (1992) *Temas de salud mental en la comunidad*. Serie Paltex N° 19, Washington: OPS/OMS.
- Menéndez, E. (1990) "El Modelo Médico Hegemónico. Estructura, función y crisis". En: E. Menéndez, *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México D.F.: Alianza Editorial.
- OMS (2001) *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Suiza.
- OPS (2000) *Observatorio de los recursos humanos de salud*. OPS-Cepal-OIT, Quito.
- Rosendo, E. (2007) "Ley de Salud Mental y reconversión de los profesionales de la salud mental: una aproximación analítica a los programas de formación de profesionales". En: A. Trímboli, J.C. Fantín, S. Raggi, P. Fridman, E. Grande (comps.), *El malestar en lo cotidiano*, AASM, Serie Conexiones, 2007, Buenos Aires.
- Rosendo, E. (2009) "Satisfacción laboral, capacitación profesional y prácticas instituidas de los profesionales de la salud mental: Análisis de la viabilidad y factibilidad de la aplicación de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", Tesis de Doctorado, Facultad de Medicina, UBA.