

Segregación y dispersión en la atención del derecho a la salud mental en el centro de la provincia de Buenos Aires

Bárbara Galarza

Recibido 20 de marzo 2013. Aceptado 11 de octubre 2013

RESUMEN

El presente trabajo indaga en las transformaciones que ha experimentado el campo de la salud mental en un partido de la región pampeana argentina en la primera década del siglo XXI. El principal eje de análisis es la construcción socioespacial del campo de la salud mental a nivel local en un contexto de incipiente privatización de la atención. Para ello, se considera a la atención sanitaria aplicada sobre la población de pacientes, familiares y profesionales como una política pública local de salud mental. Nuestro objetivo es indagar en ella a partir del hacer cotidiano de los actores implicados y de la configuración representacional que da sentido a ese hacer en el marco de la atención de los ciudadanos identificados como pacientes y profesionales psiquiátricos. Proponemos así considerar la distribución socioespacial del servicio de salud mental como un elemento constitutivo de la política pública local. El análisis de este sistema se centra en la dimensión tanto territorial como simbólico-ideológica del espacio urbano. En este marco, se evidencia una política de segregación hacia la población de pacientes y profesionales cuyo derecho a un abordaje terapéutico integral ha comenzado a ser reconocido por el Estado nacional a partir de 2010. Se concluye que la dispersión territorial se corresponde con un proceso de segregación simbólico-ideológica y político-institucional de la población afectada que entra en contradicción con lo legislativamente establecido para los pacientes mentales en años recientes.

Palabras clave: Salud mental; Segregación; Sistema de atención.

ABSTRACT

SEGREGATION AND DISPERSION IN THE ADMINISTRATION OF THE RIGHT TO MENTAL HEALTH CARE. This paper examines transformations in the field of mental health in a locality of the Pampeana region, Argentina, during the first decade of the 21st century. The main axis of analysis is the socio-spatial construction of this field at the local level in the context of the incipient privatization of services. The aim of the paper is to examine local policy from the point of view of the daily activities of actors and the symbolic configuration giving meaning to their actions within the framework of health care provided to citizens identified as psychiatric professionals and patients. The socio-spatial distribution of the mental health service is thus considered as a constitutive element of local policy. Analysis focuses on both the territorial and symbolic-ideological dimension of urban space. In this framework, the population of patients and professionals are subject to a policy of segregation, even though their right to an integrated therapeutic approach has been recognized by law since 2010 at a national level. The territorial dispersion of the population observed corresponds with a process of symbolic-ideological and political-institutional segregation that contradicts what has been legally established for mental patients in recent years.

Keywords: Mental health; Segregation; Mental health care system.

Bárbara Galarza. Núcleo Regional de Estudios Socioculturales (NURES), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Av. del Valle 5737 (B7400JWI), Olavarría, provincia de Buenos Aires, Argentina. E-mail: barbaragalarza@gmail.com

INTRODUCCIÓN

A mediados de 2003, como efecto de una reorganización de las infraestructuras de salud pública, el Municipio de Olavarría¹ absorbió al Hospital Neuropsiquiátrico de Hinojo². Este hospital contaba con cierta experiencia en el tratamiento del alcoholismo, razón esgrimida por los funcionarios y también por parte de su personal para justificar su transformación en "Hospital Especializado en Salud Mental". Sin embargo, la arbitrariedad de este hecho era señalada de diversas maneras por los actores implicados en la atención y se hizo sentir fuertemente durante al inicio de nuestro trabajo de campo, en 2006. Asimismo, la justificación desde el punto de vista del tratamiento también resultaba problemática, sobre todo si se tiene en cuenta el espíritu de la Declaración de Caracas de 1990, impulsada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, para la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud, donde se declara que "los recursos, cuidados y tratamiento provisto deben estar basados en criterios racionales y técnicamente adecuados" (Organización Panamericana de la Salud, Declaración de Caracas 1990). Esta declaración, a la que la Argentina suscribe y enuncia además en la Ley Nacional 26.657 –sancionada en el año 2010–, busca incentivar tres procesos en el campo de la salud mental en Latinoamérica que se suponen insuficientemente desarrollados por las políticas locales: la descentralización, la prevención y la participación.

Históricamente, la salud ha sido una arena de candente debate político. Los derechos que son discutidos y reconocidos por y para una población como sanitarios pasan a formar parte de una generación de derechos para los que el Estado debe destinar, a través de la política pública, recursos y agentes. En este contexto, los temas de salud mental resultan un campo de reflexión, investigación y debate público que implica complejos y amplios procesos sociales. En la conformación del Estado-Nación, el orden sanitario fue constitutivo de los dispositivos tendientes a producir y reproducir la fuerza de trabajo. Ambos forman parte de una dinámica sociohistórica que negocia en las democracias liberales modernas si los desarrollos de la ciencia, la tecnología y la economía beneficiarán a las masas o sólo a unos pocos, si se tendrá en cuenta a los individuos en situaciones más desventajosas o si, en cambio, se considerará ciudadanos sólo a aquellos que consigan acumular derechos que terminan siendo sobre todo derechos de *compra de servicios de salud*.

El paisaje sanitario que a continuación se describe es el resultado de casi dos décadas de políticas de ajuste estructural en la República Argentina. Las tendencias en las que se pone el foco –la dispersión y la segregación de pacientes y profesionales– es producto de esas políticas vistas a la luz de su implementación

territorializada en un partido de la región pampeana. La relevancia de su estudio recobra impulso a la luz de la ley nacional de salud mental ya mencionada, en la que se reconoce a la salud mental "como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona"³.

Atendiendo a estos derechos, cuya postergación a menudo se justifica con las "urgencias" que la administración diaria impone, y haciendo énfasis en los componentes *históricos y culturales* del proceso de la salud y la enfermedad mental, proponemos aquí la estrecha vinculación entre el carácter "improductivo", en sentido ideológico, de la salud mental en el modelo de atención local y un factor estructural clave del medio urbano: la *segregación urbana*. Coincidiendo con Anthony Giddens en que "el espacio no es una dimensión vacía a lo largo de la cual se estructuran unos grupos sociales, sino que es preciso considerarlo en los términos de su participación en la constitución de los sistemas de interacción" (Giddens 1998: 389), se reivindica la importancia teórica de la descripción y el análisis del espacio, no como una mera plataforma a lo largo de la cual se desplazan los grupos sociales sino como parte y condición de las prácticas que constituyen e identifican al grupo de los pacientes mentales y al de los profesionales de la salud mental. De esta manera, pretendemos contribuir a la comprensión del modo en que se construye a diario el lugar relegado de la salud mental en el ámbito bonaerense estudiado. El análisis de la política pública de salud mental municipal y de la organización del espacio manicomial (en estrecha vinculación con el espacio *hospital-céntrico*) permite comprender de qué modo se estructura en diferentes instancias una lógica de dispersión de la población que configura tanto los aspectos representacionales como territoriales de la gestión sanitaria.

El presente trabajo es resultado de una investigación llevada a cabo en el partido de Olavarría entre 2006 y 2010. El trabajo de campo se realizó con metodología etnográfica a través de observaciones y entrevistas al conjunto de profesionales de la salud mental, con los cuales se mantuvieron reuniones tanto colectivas como individuales. La recolección de datos también se valió de la observación del funcionamiento cotidiano de las instituciones tanto *centrales* como *segregadas*, y se recurrió además a material de archivo y de la prensa local. A partir del análisis de diferentes elementos presentes en el discurso oficial (publicaciones de la Secretaría de Salud Municipal, testimonios de intendentes y secretarios de salud) y en el no-oficial (sobre todo indagados a partir de la resistencia ejercida por diferentes trabajadores de la salud), se dará cuenta de ellos⁴.

LA MATRIZ IDEOLÓGICA DEL HIGIENISMO SOCIAL Y LA SEGREGACION URBANA

Para analizar el sistema sanitario contemporáneo debemos considerar primero las condiciones y principios político-ideológicos que están en la base del higienismo social de los siglos XIX y XX. En el caso argentino existió una circunstancia que contribuyó a conformar un perfil profesional y una terapéutica particulares. Tal elemento se trasunta en la tradición médico-política nacional, en que la patología mental constituye un tema de significativa importancia respecto de los conflictos que la ciudad en general comienza a mostrar en la segunda mitad del siglo XIX con la influencia de la escuela del alienismo francés. La Argentina de Meléndez y Ramos Mejía –figuras emblemáticas del conjunto de médicos, políticos y abogados que producen discursos sobre la locura durante la segunda mitad del siglo XIX– es la de un Estado liberal en ciernes que recibe grandes oleadas de inmigración europea. El modo en que se organizó el dispositivo de la locura estuvo desde un comienzo atravesado por la problemática de la identidad nacional y las relaciones de poder que vinculan a las elites políticas y económicas de profesión liberal con las masas de trabajadores, sobre todo migrantes. En este sentido, dos de los principales temas que se debatían respecto de la salud-enfermedad mental a fines del siglo XIX y comienzos del XX –ya fuera en términos sociales, ya fuera en términos sanitarios– eran, por un lado, el de la relación campo-ciudad y, por el otro, la cuestión de la raza y la identidad nacional (Vezzetti 1985).

En primer lugar, la relación campo-ciudad pasa a gravitar en torno a la necesidad de aislamiento de los pacientes. La “higiene” que conlleva para el enfermo esta práctica, según los psiquiatras de la época, no es sólo física sino también y fundamentalmente moral. No son sólo los paseos y el aire puro que la campaña ofrece lo que cura la enfermedad, sino su alejamiento del conflicto (la ciudad). Así, las iniciativas higienistas propulsaban que los asilos se edificaran en espacios campestres. Las relaciones de continuidad y de oposición entre las nociones de Naturaleza y Cultura que este imaginario conlleva –y que pasan a conformar el tratamiento moral de la patología mental– son parte de un conflicto social que identifica la generación de las pasiones convulsionadas (patológicas) a la dinámica de la sociedad civil (especialmente, en sus relaciones económicas) y la restitución de la tranquilidad a la Naturaleza. En segundo lugar, el otro tema de gran importancia y presencia en el pensamiento social de la época es el de la raza. La noción de que la raza se puede degenerar está presente no sólo en la concepción darwinista y la positivista de estos pensadores y políticos (en el derecho positivista de Ramos Mejía, por ejemplo) sino también y, de manera especial, en el de la psiquiatría. Se elabora un relato, entonces, en el

que se debe producir una “nueva raza nacional” que hay que resguardar de dos tipos de impurezas que trae el inmigrante: una impureza para la mente (la locura) y otra para el cuerpo (la sífilis)⁵.

De esta manera, la medicina mental en los albores de la constitución del Estado-Nación se convirtió en una verdadera higiene social: un dispositivo cuyo objetivo no era sólo la cura sino también el control (Menéndez 1980). En otras palabras, “[...] el destinatario central del dispositivo higiénico –en el cual hay una gran distancia entre los ideales y la eficacia real– es la masa anónima desposeída, que no tiene acceso ni por su situación económica ni por su posición social a los beneficios de la medicina privada [...]” (Vezzetti 1985: 42).

Estos dos procesos –la conformación liberal del Estado y la descalificación, moral y racial, de las masas– tuvieron por resultado la imagen de la locura asociada a la improductividad. La profilaxis mental surge en este contexto como un dispositivo de intervención para segregar tal “degeneración”. Paulatinamente, la *calidad mental del pueblo* pasó a construirse como una *cosa pública* sobre la que el Estado tenía potestad.

En cuanto a la terapéutica, mientras que el higienismo social y la medicina mental se asociaron para guardar a los sanos de los “degenerados” en la “sociedad abierta”, el alienista a través de su “tratamiento moral” se encargó del loco en el espacio manicomial. Para el alienista y el tipo de tratamiento que propone, la corrupción moral y la degeneración biopsíquica están profundamente imbricadas. Un principio fundamental de su práctica terapéutica, cuyo origen se remonta a los inicios de la Revolución Industrial, es que se realice en *los límites de la ciudad*. Esto permite extraer al enfermo de la antinaturalidad que lo contaminó (la ciudad y el dinero) y restablecerlo a la naturaleza sanadora de la campaña.

En nuestro caso, el servicio de observación y monitoreo de pacientes agudos –identificados por nosotros como aquellos que a pesar de su padecimiento permanecen “incluidos” en el sistema a través de diversos mecanismos (familiares, productivos, asistenciales)– se ubicó en el centro de la ciudad de Olavarría. Por su parte, los hospicios o neuropsiquiátricos se establecieron en la campaña para albergar a los pacientes crónicos, quienes suelen contar casi exclusivamente para su reproducción cotidiana con la institución psiquiátrica⁶.

Las instituciones psiquiátricas conforman así un paisaje que adopta la forma de un *continuum* urbano (Servicio Ambulatorio-Olavarría), periurbano (Internación de agudos-Hinojo) y rural (Internación de crónicos y seniles-Espigas). Las principales características de dicho paisaje en la primera década del siglo XXI son la digresión y segregación de la población de pacientes, ya que, mientras que un primer grupo de

agudos son atendidos en la ciudad en forma ambulatoria, un segundo grupo de agudos con internación de hasta dos o tres meses son enviados al hospital del pueblo de Hinojo, a 20 km de la ciudad de Olavarría. Esta distribución espacial de los pacientes constituye, según nuestra observación y análisis, una verdadera dispersión de lo que Vezzetti identifica a fines del siglo XIX, comienzos del XX, como el grupo de los "agitados" de la ciudad (Vezzetti 1985).

LA SEGREGACIÓN Y EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

El higienismo social se transforma, adoptando formas, valores y prácticas contemporáneas, pero manteniendo su lógica original: la organización y distribución desigual de los recursos sanitarios en el medio urbano. Tal inequidad se fundamenta ideológicamente a través de la noción de contagio, que justifica la necesidad de la protección de la población salubre y la necesidad del control de la población insalubre. Utilizando discursos que apelan sobre todo al humanismo, y en el caso de algunos países incluso a la seguridad nacional (Lakoff 2010), los diferentes regímenes de higienismo han intentado intervenir –desde mediados del siglo XIX– en los factores sociales que gravitan sobre las estadísticas de la salud. Tal información se consideraba sustancial para tomar decisiones de intervención teniendo en cuenta cálculos de costos y beneficios de ciertas acciones sanitarias en el medio urbano. Criterios semejantes a esta lógica fueron los que se tuvieron en cuenta y generaron la disgregación del servicio de salud mental local.

De hecho, a través de la medicalización de la conducta ciudadana, en la Argentina se consiguió *normalizar* una situación de gran cambio social en la primera mitad del siglo XX: la expansión del aparato productivo y la incorporación de la inmigración europea a dicho aparato⁷. Este fenómeno, constitutivo de un proceso de *medicalización de la vida*, tiene como correlato una expansión de la *psiquiatrización* de las relaciones sociales en las sociedades contemporáneas, tal como demuestra Robert Castells con su análisis del caso francés y del caso norteamericano (Castells 1980).

Tal proceso de psiquiatrización puede explicarse a partir de la reproducción de lo que Eduardo Menéndez ha llamado *modelo médico hegemónico*, como un

conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez 1988: 451).

Por su parte, la noción de (bio)comunicabilidad, desarrollada por Charles Briggs, señala una dimensión de dicho modelo de crucial importancia, que alude a la ideología y a las prácticas de comunicación en salud, las cuales "constituyen un tipo de gobernabilidad que crea y jerarquiza formas de subjetividad y ubicaciones sociales" (Briggs 2005: 102). En consecuencia, el sentido que damos aquí a lo comunicacional es un poco más amplio, en la construcción de su objeto, que lo que se podría inferir de un análisis de los discursos. En realidad, consideramos que no son sólo las palabras en los textos públicos acerca de la salud las que comunican significados y sentidos históricamente *encarnados* sino que también lo hacen la disposición física de las propias instituciones de salud y la dinámica de gestión propia de su funcionamiento, las cuales proyectan ideológicamente la segregación urbana en la atención sanitaria.

En este sentido, el espacio social (es decir, experimentado, simbolizado e imaginado) podría abordarse desde la perspectiva del análisis cultural planteado por Clifford Geertz, puesto que en su dimensión *signica* este se asemeja a un texto (Geertz 1997). No obstante, cabe aclarar, no se propone aquí un abordaje meramente representacional del tema, sino más bien uno ligado a sus prácticas y aspectos vivenciales. La noción de espacio utilizada en este trabajo es la de un lugar que ha sido "practicado", es decir, cargado de sentidos intersubjetivos por parte de quienes lo habitan desarrollando sus prácticas en él. En otras palabras, los usos que se hacen de un determinado espacio dependen del significado que se les otorgue y de la función que culturalmente se les reconozca (Hall 1998). En este sentido, el espacio de la atención no se constituye sólo de una dimensión física, sino también de otras dos dimensiones igualmente importantes, que conforman la *trialectica* del espacio (Soja 1989); estas pueden identificarse también con lo que Kevin Lynch designó como su *imaginabilidad* (espacio "concebido") y su carácter experiencial (espacio "vivido")⁸. Estas tres dimensiones no suponen un isomorfismo entre el espacio físico, el espacio social y el espacio simbólico al modo de una correspondencia mecánica, sino que, por el contrario, señalan una vinculación dialéctica entre estos aspectos, a través de mediaciones que indican que el espacio hegemónicamente representado resulta continuamente interpelado en y por la práctica social.

En consecuencia, la dimensión comunicacional del sistema de atención permite un abordaje semejante a otras instancias de indagación del modelo médico hegemónico en las que se analizan relaciones de poder en las construcciones simbólicas que estructuran prácticas de intervención sobre los cuerpos⁹. Al abordar esta dimensión simbólico-espacial, se destacan las desigualdades en salud, prestando atención no tanto a las distribuciones injustas de recursos sino al proceso intrínseco que la genera (Breilh 2003). Entendemos

a la segregación de manera amplia como el efecto de relacionar diferencialmente grupos sociales tanto en una dimensión territorial como ideológica, política y jurídica. De modo específico, el concepto de segregación desarrollado por Néstor García Canclini nos permite vincular la distribución socioespacial con la delimitación de ubicaciones sociales, ya que esta consistiría en: “[...] las distancias socioculturales que se establecen entre quienes están próximos espacial y culturalmente a los centros hegemónicos de concentración del equipamiento cultural y quienes viven alejados de ellos o tienen dificultades estructurales (económicas, de transporte, hábitos) para relacionarse con tales equipamientos” (García Canclini 1990, en Silva 2006: 224). Tanto la *dimensión representacional* como la noción de *modelo médico hegemónico* nos permiten abordar entonces la segregación en el campo sanitario a partir de la identificación del modo en que son imaginados y proyectados ideológicamente los sujetos en dicho campo. Estos son construidos como pasivos, inferiores y externos al espacio hospitalario, razón por la cual creemos que las dimensiones simbólica y espacial juegan un rol esencial en la fabricación imaginaria de su subalternidad.

EL CARÁCTER PRODUCTIVO DE LA POLÍTICA PÚBLICA SANITARIA MUNICIPAL Y SUS EFECTOS SEGREGADORES

La retirada del Estado de Bienestar del área de la provisión de los consumos colectivos urbanos vinculados a la salud genera efectos económicos que inciden directamente en las condiciones concretas de existencia de las poblaciones. Simultáneamente, se generan reconversiones imaginarias, identitarias y políticas que implican la subjetivación de esos procesos sociales. Una generalidad permeó todas estas instancias en la República Argentina durante la década de 1990 y gran parte de la del 2000: el imperativo del ajuste estructural. La privatización de los servicios por decreto se convirtió en una práctica habitual. De este modo, grandes sectores de la población dejaron al mismo tiempo de ser atendidos por el sistema público –como consecuencia de los recortes presupuestarios– y por el sistema privado, a raíz de la falta de acceso a él que la precarización laboral y el desempleo generalizado provocaban. En este contexto de políticas neoliberales a escala global, el papel de los estados municipales se vio limitado a administrar la escasez a nivel local y a gestionar sus recursos bajo la lógica de la eficiencia y del costo-beneficio. Recordemos que, como corriente ideológica, el neoliberalismo “subordina las políticas redistributivas a la necesidad de reducir los déficit presupuestarios excesivos, mientras relega al mercado la atención de la salud, la educación y la vivienda” (Salama y Vallier 1996, en Frederic y Soprano 2005: 327).

Haciéndose eco de tales imperativos de ajuste, la política pública municipal en salud de la ciudad de Olavarría durante el período 1991-2008 da cuenta de dos ideas centrales que operan en su estructuración e implementación. Por un lado, la salud es concebida como un derecho (“salud para todos”) y, por otro, se presenta como un polo de desarrollo generador de riqueza (“industria de la salud”). Ambas nociones se encuentran explícitamente señaladas en el discurso del intendente municipal en dicho período:

“Olavarría es singular y, como tal, está llamada a asumir su rol de capital del centro de la Provincia, no por orgullo sino como un acto de responsabilidad con la región que integramos. En este contexto, cuando en 1983 propusimos constituirmos en gran plaza médica y de la salud regional, fue pensando a la salud como derecho humano y social, pero también como motor de desarrollo local. Había que sumar nuevas formas de generación de riqueza, basadas en los servicios y el conocimiento, en consonancia con las tendencias globales” (H. Eserverri, en SSMO 2007: 7).

Esta construcción de Olavarría como *capital de la región* y *polo de desarrollo* se encuentra presente en varios de los imaginarios constituidos a partir de imágenes “vigorosas” (Lynch 1960) vinculadas al sistema productivo local. Tipificada como la “ciudad del cemento” y la “ciudad del trabajo”, en la segunda mitad del siglo XX, ambas imágenes sitúan a Olavarría como un polo productivo, fuente de trabajo y progreso. Si bien en su origen estos emblemas se construyeron sobre la base de la actividad primaria extractiva desarrollada en las localidades serranas alledañas, así como de la actividad industrial productiva del cemento desarrollada a partir de la primera mitad del siglo XX por capitales nacionales y extranjeros, las consecuencias de las políticas neoliberales durante la última década de esa centuria (flexibilización y precarización laboral, desempleo, privatización de servicios públicos, etc.) condujeron a importantes transformaciones en la sociedad local y provocaron la reconversión de sus imaginarios (Gravano 2005). La disminución del empleo y la actividad industrial, el aumento de los índices de pobreza e indigencia y la exclusión de los consumos colectivos urbanos dieron lugar a una serie de procesos de fragmentación, particularmente en la estructura social y en el imaginario social urbano¹⁰. De este modo, luego de la crisis política y económica de 2001, estas imágenes de pujanza y de progreso declinaron. Simultáneamente, se registraron deslizamientos significativos desde el trabajo hacia otras esferas, como el deporte (Boggi 2005), el emprendedorismo (Sosa 2011) y la salud.

En estos términos, el discurso político local le ha asignado un lugar protagónico al Hospital durante la gestión municipal de las décadas de 1990 a 2010, intentando sustituir así un imaginario productivo (en sentido clásico y vinculado al trabajo) por otro de

consumo y servicios: la salud. El reflejo de esta centralidad se expresa en el presupuesto asignado a tal área y en el discurso del propio intendente, quien afirma en su plan de gobierno la necesidad de desarrollar y expandir el aparato médico-sanitarista: dejar atrás la concepción del hospital público “como un hospital de pobres” (intendente Elios Eserverri, en SSMO 2007: 7) y explotar su capacidad de generar riquezas. En tal sentido, la noción de “productividad” del hospital es estratégica en la disposición de los recursos materiales y humanos del sistema de salud. De cara a la comunidad y al electorado, esta productividad se exhibe en la adquisición de aparatología de alta complejidad, en la maximización de los recursos, en la fabricación de medicamentos y en la disponibilidad de turnos, por sólo mencionar algunos indicadores.

LA SALUD MENTAL Y SU IMPRODUCTIVIDAD RELATIVA

En los artículos 7 y 9 del capítulo IV de la ley 26.657, se mencionan algunos “derechos de las personas con padecimiento mental”, entre los que se encuentran: el derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos, el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria, y el derecho a ser acompañado antes, durante y después por los familiares. Sin embargo, a pesar de esos derechos, dada la impronta eficientista del imaginario sanitario local, el área de salud mental aparece relegada en relación con el resto de las otras áreas, ya que se le atribuye contribuir con factores negativos de productividad con que el sistema mide su desempeño: elevar las cifras del indicador giro/cama de internación (un mismo paciente puede ocupar una cama más de dos o tres meses), constituir un gasto no menor en medicamentos y atención (sin obra social) y no resultar para el poder político una población sobre la cual el mejoramiento de indicadores de mortalidad o morbilidad le permita generar prestigio y acumulación política (como en el caso de la disminución de la mortalidad infantil).

El eje invocado por las políticas públicas municipales del período mencionado en el área de salud mental fue impulsar el desarrollo necesario para que el Hospital Especializado de Hinojo se convirtiera en el referente de la internación del partido (SSMO 2007: 18)¹¹. El criterio oculto a la discursividad oficial muestra que este se vincula tanto a la necesidad de ejercer un mayor control sobre los pacientes como a la conveniencia de desplazarlos fuera del espacio hospitalario:

Teníamos internados que no podíamos controlar, con policías adentro, que estaban por detenidos, y el manejo

nocturno de todo eso (era muy difícil)... Y un montón de cosas, que era conflictivo, era conflictivo... por parte del personal, de los internados, de todos. El edificio estaba muy deteriorado. Tampoco ellos trabajaban en condiciones. Nosotros me parece que habíamos quedado urgidos a que el sistema de la salud mental había que reconvertirlo y fortalecerlo. Para nosotros era fortalecerlo [...]. Desde el punto de vista de la administración yo creo que fue aceptada. No creo que sea combatida por los pacientes porque eso es bastante difícil... (Entrevista a exsecretario de Salud, 2009).

La noción de “productividad” que atraviesa este proceso tiene en cuenta dos tipos de efectos que se desprenden de la política pública. Por un lado, lo “productivo” en la arena de lo público se encarna en la racionalidad de la maximización de recursos (los que siempre son representados como escasos en el Estado y por lo tanto hacen necesaria dicha maximización). Por otro lado, lo “productivo” en la lógica del sistema sanitario también debe entenderse como la capacidad de producir, reproducir y ampliar el capital político de los funcionarios del municipio. De nuestro trabajo de campo se desprende que el de la Salud Mental sería para los actores de la administración pública uno de los sectores “menos productivos” de la Salud. Ello resulta no sólo de los aspectos valorativos con que el gobierno administra y decide respecto de la población de pacientes sino también por el alto grado de invisibilidad que constituye la salud mental en tanto vitrina pública. Tal como lo señalara durante nuestro trabajo de campo un trabajador de la salud –líder sindicalista– que ejerció su oficio durante algunos meses en la institución psiquiátrica –como “castigo político”, según sus palabras– el “loco no le importa a nadie porque no vota”, lo cual señala la vinculación entre el derecho al sufragio de la persona con padecimiento mental y su valoración política.

De acuerdo con este imaginario hegemónico, la locura sería una experiencia mucho más lejana que el cáncer o las enfermedades coronarias. Los ciudadanos-votantes verían con mejores ojos que el presupuesto público se destinara a aparatología de alta complejidad, como tomógrafos, por ejemplo, que a la atención de las adicciones, la bipolaridad o la esquizofrenia, enfermedades cuya incidencia en la población sería mucho menor. “*Si ni siquiera la familia quiere ver a los pacientes, que son de su propia sangre, imagínate lo poco obligado que está el gobierno a hacer algo por ellos. A la gente un alcohólico no le importa nada porque borracho no vale nada*” (palabras de una enfermera especializada en psiquiatría y pacientes alcohólicos crónicos que trabaja en el neuropsiquiátrico). Es interesante el uso de la noción de valor aquí, sobre todo si lo vinculamos al bajo valor productivo, que constituye el enfermo psiquiátrico para la lógica hegemónica de la salud pública.

ATENCIÓN QUE DISPERSA Y GESTIÓN QUE SEGREGA

A pesar de que el artículo 9º de la ley determina que “el proceso de atención debe realizarse fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud”, el destino de las personas de bajos recursos que en algún momento de su vida experimentan una crisis psicoemocional del tipo nerviosa, psicótica, depresiva, alcohólica, suicida o agresiva suele ser una internación de período variado en el Hospital Neuropsiquiátrico de Hinojo, el cual –como señaláramos– forma parte del hospital general de esa localidad. Dado que la ley prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes públicos o privados, esta decisión podría considerarse como formando parte de las estrategias transitorias de adaptación a la ley hasta que puedan ser reemplazados por “dispositivos alternativos” (art. 27º). Sin embargo, teniendo en cuenta la división del espacio interno que este hospital exhibe (véase nota 2) así como el funcionamiento cotidiano, resulta evidente que el área trasera del hospital, donde funciona “la parte psiquiátrica”, es en realidad un ámbito de internación monovalente.

Las características de dicha internación dependerán no sólo de las propias condiciones socioeconómicas del paciente (si puede pagar o no un tratamiento privado, si cuenta o no con familiares que se hagan responsables de su persona, etc.), sino también del lugar por el que ingrese al sistema público de atención y cómo circule dentro de él. Cuando la “normalidad” de la vida cotidiana se ve asaltada por crisis de este tipo, el primer efecto que se genera es el de considerarlas como una determinada clase de urgencia. De manera esquemática, podríamos señalar que cuando estas urgencias son de tipo médico o de tipo legal¹², las dos instituciones por excelencia que intervienen en su contención inmediata son el Hospital y la Policía. Junto con el sistema judicial, estas instituciones ejercen el poder de, a partir de lo que dispongan y/o establezcan, brindar a los sujetos una asistencia de corto plazo o, por el contrario, contribuir a su *cronificación*, dependiendo del tratamiento y la deriva institucional que así se conforme. Por otra parte, en nuestra investigación observamos que la dinámica de repetidas reinternaciones que sufren los pacientes señala que el principal objetivo que se propone cumplir el sistema (y en

el que sostenidamente fracasa) es el de “equilibrar” al paciente luego de un episodio crítico para luego, si su tránsito institucional lo llevara a ser internado, intentar “rehabilitarlo”.

El Sistema Público de Atención en Salud Mental cuenta con distintos ámbitos que tratan esta emergencia, que se constituyen así en canales de entrada a él. Las bocas de ingreso a través de las cuales se canaliza la demanda de atención son tres. En primer lugar, los consultorios de psicología y psiquiatría, que, en términos generales, no atienden la “urgencia” en el sentido antes desarrollado sino más bien el “malestar” de quienes por diversos motivos se han acercado a este servicio para realizar consultas y seguir un tratamiento ambulatorio, o que han sido derivados a él luego de sufrir una crisis, y de haber sido internados o no. En segundo lugar, la guardia general del Hospital “Héctor Cura”¹³. Y en tercer lugar, el sistema judicial, que deriva individuos con problemas tanto legales como psiquiátricos, ya sea a la guardia del mismo hospital o al Hospital Neuropsiquiátrico de Hinojo, a menudo acompañados de custodia policial. Los profesionales les asignan a estos sujetos el estatus de pacientes especiales, y los denominan “pacientes judicializados”.

Por otra parte, cabe mencionar a un significativo número de individuos que sólo cobran presencia en los registros oficiales a partir de su defunción, y que hubieran contribuido a engrosar esa demanda si sus intentos de suicidio no hubieran sido exitosos. Como ejemplo, podemos mencionar que solamente en 2006, hubo 16 suicidios en Olavarría y ocho muertes por “trastornos mentales”¹⁴. Esto significa alrededor de un 3% del total de muertes en el sistema público de salud. La Figura 1 permite observar la organización de las bocas de ingreso y egreso del sistema público de atención de la salud mental. Cabe mencionar que, si bien la mayor parte de las urgencias psiquiátricas son

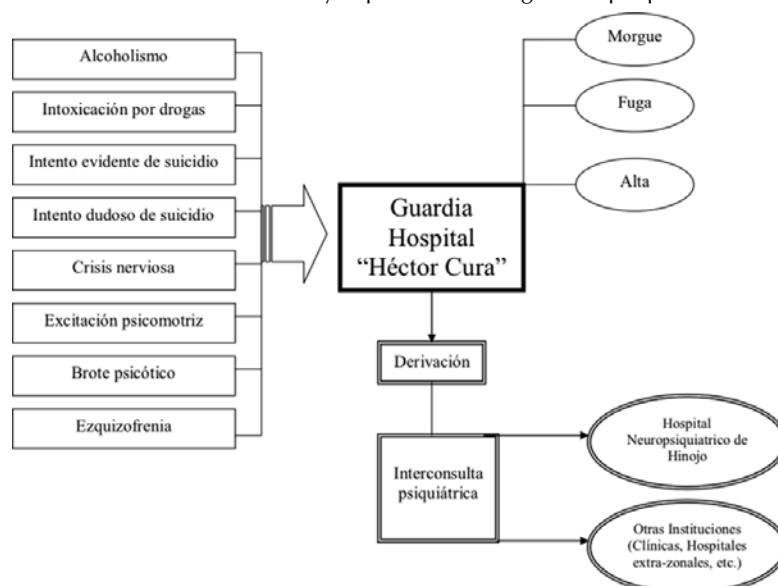


Figura 1. Causas de ingreso a la guardia y recorrido institucional de los pacientes.

atendidas en la guardia del Hospital "Héctor Cura" (alrededor de 300 casos anuales), resulta significativo el número de pacientes ingresados a partir del sistema judicial (87 casos anuales, según datos municipales). Teniendo en cuenta algunos de los desarrollos de la antipsiquiatría (Cooper 1967; Laing 1971; Szasz 1976; Basaglia 1978), podría sugerirse que esta alta presencia de judicializados forma parte de un proceso de *judicialización del conflicto social*, que es mucho más amplio que el campo sanitario y que se registra en otros ámbitos de la vida social, tales como el sindical. En este sentido, existe una contradictoria vinculación entre la tendencia a otorgar cada vez más derechos que salvaguarden la salud mental y el tratamiento de las crisis psicoemocionales de los trabajadores y el desplazamiento de un número cada vez mayor de pacientes considerados más un problema de seguridad que de salud (cabe recordar que el número de camas de internación antes del traslado a Hinojo era de cinco, lo que también contribuye a la sensación de aumento de la cuestión judicial, junto con la mental).

De este modo, el sistema judicial se constituye, no sólo en un canal más de ingreso de individuos al Sistema Público de Atención en Salud Mental, sino en un importante "administrador" dentro del campo de la Salud Pública de este tipo de individuos. Tal como lo explica el director del nosocomio:

En Hinojo hay 25 camas. Muchas veces ocupadas por judicializados. Muchas veces no se sabe qué hacer con el paciente y termina internado en el hospital. Y este es un drama de la legislación argentina. Y entonces tenemos... no sé cuántos policías permanentemente... Dos, tres, cuatro, cinco policías que se convierten en personal más del sistema... y bueno, un tipo armado, y un tipo adentro que consume (drogas). Bueno... las cosas que han pasado históricamente en Hinojo... ha habido peleas. Y es complicado el tema. Pero sobre todo por eso, porque hay muchos pacientes judicializados, no por los pacientes psiquiátricos de Olavarría (Entrevista al director del Hospital Psiquiátrico de Hinojo, 2006).

Es de destacar la categorización nativa de este agente sanitario, que diferencia entre pacientes psiquiátricos y judicializados, como si el hecho de haber pasado por el sistema judicial y de haber sido enviado a la institución psiquiátrica por orden de esta significara de algún modo ser un paciente distinto, como de segunda categoría o directamente un "no paciente".

Otro de los elementos que actúan en este modo de organizar el sistema es la invisibilidad del Estado, en tanto veedor y supervisor de la práctica de los profesionales encargados de pacientes psiquiátricos. Como se observa en los testimonios siguientes, ello no sólo se registra en la experiencia de la asistente social (el personal profesional con cargo más inestable en

la institución psiquiátrica, ya que su inserción laboral depende de otra institución, por lo que su traslado puede suceder en cualquier momento) sino también en el propio jefe del servicio (cuya formación es de médico generalista):

A mí nadie me exige nada. Lo bueno del municipio, bueh, lo bueno o lo malo, no sé... [es que] no me indica: "hay que hacer esto, hay que hacer lo otro" (Entrevista a asistente social que trabaja en Hospital de Hinojo, 2007)¹⁵.

"¿Sabés qué pasa cuando el servicio se disgrega así? Pierde la verdadera visión del paciente, o sea, el seguimiento fragmentado no ayuda tampoco al paciente. Uno por ahí lo hace porque, bueno, uno tiene la función y se debe a ella, la hace y va... pero yo pudiese no tener ninguna reunión si quiero o no ir nunca a ver cómo funciona... Y nadie te controla, o sea, a nadie le importa, bah... (Entrevista al director del Área de Salud Mental del Municipio, 2006).

Tal falta de control coincide a su vez con la ineficiente comunicación entre el municipio y el cuerpo de profesionales. Esta característica no participativa del modelo de atención de la salud mental es asociada por los agentes sanitarios locales al estilo político autoritario local. Estos, en efecto, ponen como ejemplo de autoritarismo la decisión unilateral del intendente del cierre del Centro Interdisciplinario del Cuidado para la Educación (CICE), creado a partir del asesinato de una docente por parte de su alumno de 15 años, que dejó súbitamente sin atención a unos 250 niños. Esto puede también explicarse a partir de los rasgos estructurales de reproducción de la biomedicina establecidos por Eduardo Menéndez, quien señala que estos se encarnan en la práctica a través de mecanismos que tienden a borrar la construcción social del proceso salud-enfermedad-atención y el carácter histórico tanto de la enfermedad como de su alivio o curación (Menéndez 1988).

Todos estos elementos, lejos de estar aislados, responden a la lógica estructural de atención hegemónica de la biomedicina. Los profesionales de *lo mental*, al igual que los pacientes psiquiátricos, se encuentran inmersos en una lógica de gestión de la salud que prioriza indicadores físicos y biológicos, relegando por lo tanto su práctica a condiciones que les resultan impropias. Tal como se evidencia en el siguiente testimonio de dos psicólogas y una psiquiatra, profesionales de planta de Salud Mental, a raíz de los cambios impuestos por el Municipio: *"Nunca nos dieron razones ni científicas ni edilicias de este traslado. Nunca fue algo consensuado [...]. Siempre nos pareció aberrante: porque implicaba el desmembramiento del servicio"*¹⁶. Este traslado de los trabajadores de la salud mental al espacio periférico de la ciudad, así como la precarización laboral denunciada por algunos de ellos en

medios locales¹⁷ dan cuenta de la marginal posición que ocupa la salud mental tanto en el espacio urbano de la atención sanitaria (de perfil hospitalcéntrico) como en la organización interna de las subdisciplinas médicas.

El tercer elemento provisto por nuestra investigación respecto de la segregacionalidad estructural de la cuestión psiquiátrica en el sistema sanitario proviene del gran grupo de individuos que se acercan a la guardia del hospital y que son sutilmente expulsados por él, sin llegar así a convertirse en pacientes, por medio de dos mecanismos: el alta (47%) y la fuga (10%). La Figura 2 permite observar cuáles son las causas psiquiátricas mayoritarias de ingreso a la guardia del Hospital General de Olavarría y el derrotero institucional de estos pacientes. En ella, se toma en consideración el porcentaje relativo de las distintas posibilidades de esa circulación de los pacientes; de lo que se desprende que casi la mitad de los ingresos por emergencia psiquiátrica son inmediatamente dados de alta sin interconsulta con Psiquiatría (47%), un 10% se fuga de la guardia y un 26% recibe interconsulta con Psiquiatría. De ese 26%, nuevamente casi la mitad (44%) es dado de alta y un 24% es derivado al Hospital Neuropsiquiátrico de Hinojo para su internación. En otras palabras, el alta es la acción más frecuentemente implementada tanto por los médicos de guardia como por los psiquiatras que son consultados en estos episodios de urgencia.

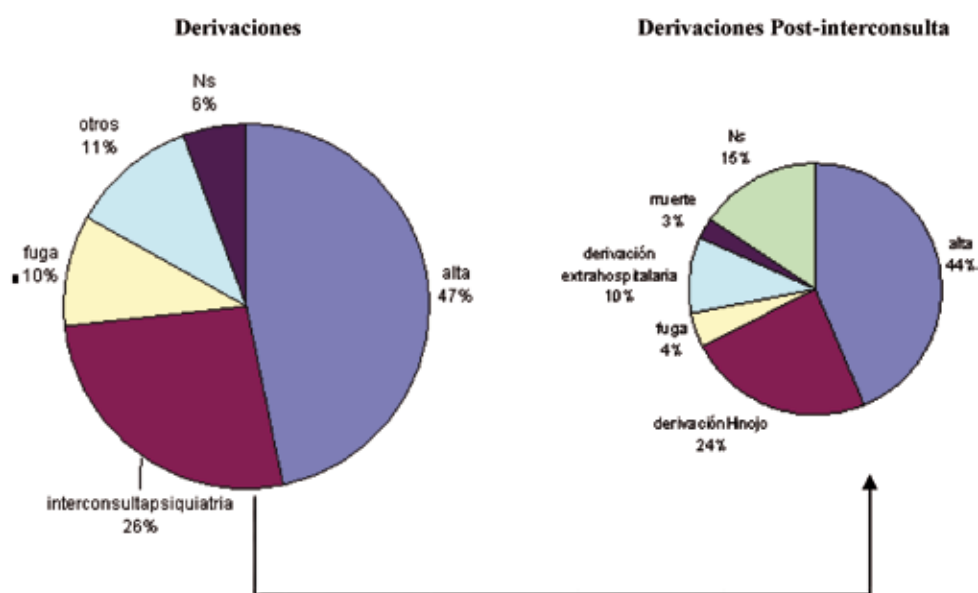
Estos datos señalan un modo de gestión de la cuestión psiquiátrica olavarricense que tiende a la dispersión y a la segregación como dos modos de la des-atención. A pesar de la persistencia de episodios de urgencia psiquiátrica en la población, y de la visibilidad de la

cuestión psiquiátrica como problema urbano en los medios locales, el Hospital General no cuenta ni con las instalaciones ni con los profesionales adecuados para recibirlos, lo cual constituye para el paciente la primera de una serie de expulsiones de la órbita de la atención. En el afán de lidiar sólo con el síntoma y la ocupación de camas, el sistema exhibe una tendencia a otorgar altas precipitadas. Por otro lado, también este proceso de expulsión podría estar contribuyendo a la judicialización del proceso de atención para una amplia proporción de los pacientes. En este sentido, el paciente *con problemas con la ley* se encuentra en una situación en la que es doblemente estigmatizado, al ser categorizado como un *paciente mental judicializado*. Además, la convivencia de agentes sanitarios y agentes de seguridad –policías– en el ámbito terapéutico resulta un elemento de disrupción en las actividades cotidianas tanto de pacientes como de enfermeras y psiquiatras.

LA PRECARIEDAD LABORAL COMO ELEMENTO DE LA GESTIÓN-DISPERSIÓN

La (re)producción del modelo médico hegemónico se da no sólo en la arena de los discursos públicos –cuyos contenidos pueden conocerse a partir de, por ejemplo, las palabras de los funcionarios o el intendente–, sino también en *textos* escritos culturalmente sobre el territorio y sus instituciones. De esta manera, las inequidades en salud se producen a partir de “la forma en que las personas son situadas ideológicamente en los procesos de reproducción” (Briggs 2005: 105) para, luego, ser situados en espacios sociales concretos. Tales proyecciones se desarrollan en instancias de

segregación que involucran no sólo a los pacientes sino también a sus curadores. A partir de nuestro trabajo de campo, hemos observado que aquellas se manifiestan de manera recurrente en el modo en que los trabajadores de la salud mental son tratados en calidad de profesionales empleados por el Estado, lo cual a su vez redonda en las prácticas de sus tratamientos.



Referencia: NS = Sin registro

Figura 2. Derivaciones. Fuente: Cuadernos de registros de la guardia del Hospital Municipal “Dr. Héctor Miguel Cura”, Olavarría, 2006-2007.

Al estudiar la situación de los psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales, nos damos cuenta de que la segregación espacial de los pacientes psiquiátricos es posible porque antes se generan representaciones y prácticas de segregación semejantes sobre los profesionales de la salud mental. A diferencia de otras subdisciplinas de la medicina, el estatus de la psiquiatría se ha visto inferiorizado y desplazado en relación con especialidades como cirugía y traumatología. A esta última área del hospital se le asignó el viejo edificio que ocupaba Salud Mental, luego de ser refaccionado y modernizado, con lo cual se consiguió, al mismo tiempo, que sus profesionales negociaran sus salarios con importantes garantías de crecimiento profesional.

Algo peor sucedió con la psicología, disciplina a la que ni siquiera el Estado le reconoce un lugar oficial dentro del neuropsiquiátrico, lo cual retarda indefinidamente la contratación formal no-subsidiada de una psicóloga. De este modo, el gran voluntarismo que se les exige a los profesionales para cumplir con unas funciones que el Estado por su parte no garantiza ni en términos de sueldo ni de condiciones laborales, contribuye a la *organización dispersa* de la salud pública mental en lo local. Tal situación puede producir, ya sea su rechazo, ya sea un alto grado de aceptabilidad de las relaciones individuo-Estado propias del neoliberalismo, tal como se refleja en la situación administrativa y laboral de la psicóloga del Hospital Psiquiátrico de Hinojo:

La psicóloga la logramos poner efectiva después de 2 años de trabajar con un PECO¹⁸, ¡2 años! \$250. O sea, fijate vos, y a pesar de todo se mantuvo, o sea, muy buena voluntad... siguió viniendo... bueno, viste, en algún momento se dio, pero no podés jugar así con las personas. Les establecimos, no es por decir, ¿no?, pero le establecimos un régimen "normal", con esto te quiero decir... tuvo un parto y el Plan PECO no le considera que tenga licencia por...embarazo [...] Entonces le dimos tres meses como tienen los empleados de provincia. No tienen vacaciones, no tienen obra social, no tienen aguinaldo, no tienen nada... O sea, es el negreo... es el Estado negreando a sus empleados... (Entrevista al director del Hospital Psiquiátrico de Hinojo, 2007).

CIFRAS NO, CONMOCIONES SÍ

De acuerdo con el testimonio de funcionarios, el interés económico detrás del traspaso del neuropsiquiátrico de Olavarría a Hinojo era conseguir mayores recursos del estado provincial, *inflando* el número de pacientes, es decir, cobrando por un número mayor de las camas realmente ocupadas. A este respecto, llama la atención la ausencia casi total de registros y/o estadísticas psiquiátricas tanto en el Hospital general

como en el Neuropsiquiátrico de Hinojo. No obstante esta ausencia de cifras en el área de la salud pública local, la presencia cuantitativa de la *cuestión psiquiátrica* quedó rápidamente demostrada en el ámbito de la internación:

En el hospital, en sí, quedamos esclavos cuando se municipalizó... fue por una política clara de agarrar la coparticipación y conseguir más camas... que la provincia mande más dinero en el tema salud. Pero al principio cuando lo hicieron, lo hicieron de una manera pícaro, digamos, que si hubiesen agarrado y hubiesen mantenido las camas como las tenían...igual venía la coparticipación. El tema es que cuando se saca el servicio de salud mental y lo traen acá [a Hinojo] nunca pensaron que iban a tener tanto volumen porque allá el volumen era menos, por cómo funcionaba el servicio tenía menos volumen, o sea, allá había cinco o seis camas de internación y en Hinojo hay 25 camas (Entrevista al director del Hospital Psiquiátrico de Hinojo, 2007).

En efecto, la cuestión del aumento en la demanda del servicio es sumamente vinculante de los elementos hasta ahora mencionados, puesto que constituye en última instancia el argumento esgrimido tanto para imponer como para resistir la política de segregación. Si trabajar "a cama caliente" es la norma entre los pacientes de salud mental, con varios de ellos "en la gatera"¹⁹, es decir, esperando que se desocupe una cama para poder ser internados, el aumento de los problemas mentales es incuestionable. En otras palabras, su verdad no necesita de registros ni estadísticas para constituirse, sino que más bien es dada por la posición misma ocupada en el campo por quienes lo gestionan a diario, en la cotidianidad de la atención. Su incremento es evidente para enfermeras, médicos, psiquiatras y asistentes sociales. Todos coinciden en que los problemas psiquiátricos aumentan. Sin embargo, ¿cómo probar un aumento sin información estadística? Cuando comenzamos nuestra investigación, en 2006-2007, y escuchábamos a los profesionales quejarse de la falta de recursos y de la sobrepoblación de pacientes, la pregunta ineludible era ¿cómo probar ese aumento si nadie lo anota? Sin embargo, a lo largo de estos años, nos hemos convencido de que no hay dudas de la expansión de la cuestión psiquiátrica y que esta se puede medir, si cabe el término, a través de los efectos sociales –algunos más visibles que otros– con los que se manifiesta.

En primer lugar, la presencia en los medios de la *cuestión psiquiátrica* se vio ampliada en los últimos años, sobre todo luego de 2009. Según nuestros registros de artículos en periódicos locales, mientras que en el trienio 2006-2008 hubo 10 artículos con títulos concernientes a la salud-enfermedad mental, en el 2008-2009 ese número se duplicó. En segundo lugar, y desde un punto de vista más cualitativo, mientras que

las noticias en el primer trienio fueron en su mayoría anuncios del municipio respecto del área (por ejemplo, noticias sobre actividades de promoción y prevención de la salud mental, muestras de actividades de los pacientes), en el segundo bienio resultaron ser mucho más impactantes y violentas (homicidios y agresiones), y traspasaron la sección Salud para convertirse en notas principales o policiales. Cabe mencionar, a modo de ejemplo, dos resonantes homicidios cometidos por expacientes psiquiátricos²⁰, que provocaron una conmoción tal que el intendente se vio en repetidas ocasiones impelido a anunciar la transformación total (nuevamente) del sistema público de salud mental. Al respecto, uno de los argumentos utilizados para justificar el nuevo rediseño ha sido la disponibilidad espacial: “Vamos a construir 1700 metros que quedan para ocupar y rediseñar y así recuperar servicios que habíamos dejado de tener” (Palabras del actual intendente, José Eseverri, hijo de Elios Eseverri)²¹. De este modo se ofrece más *espacio hospitalario* para recomponer la situación de emergencia que el aumento y gravedad del problema psiquiátrico presenta. Vale la pena recordar que la expulsión del hospital del servicio de salud mental del que hemos dado cuenta aquí por medio del análisis de la política pública municipal, y que no es referenciada por el actual intendente, se llevó a cabo durante la gestión de su padre.

La alusión al espacio hospitalario –no sólo emblematizado por el intendente sino también por los propios profesionales que reclaman su inserción en él– conlleva a la invisibilización de la precarización laboral de los trabajadores de la salud, cuyos reclamos en este sentido se presentan como secundarios en relación con el primero, por lo que resulta ser un elemento que contribuye a la gestión segregadora de la atención. Además, las condiciones generadas por el sistema local de atención sobre la institución psiquiátrica en su propio funcionamiento institucional e interinstitucional afectan el tipo de atención y los tratamientos disponibles para los pacientes. El sistema de atención ejerce la presión sobre la institución de salud mental al reconfigurar el espacio de atención y al municipalizar los servicios de salud, de tener que absorber una demanda creciente de servicios pero sin los recursos humanos necesarios para hacerlo. Sin embargo, tal precarización laboral aparece opacada por el aislamiento del paciente, el cual es desplazado extrahospitalariamente a los consultorios externos que se encuentran alejados del centro de la ciudad o incluso a varios kilómetros de distancia de la ciudad. Esta expulsión sería la solución que el sistema encontró para hacer frente a la creciente demanda. Así, el tratamiento aplicado por los alienistas del siglo XIX en Francia lo seguimos encontrando en el corazón de la región pampeana a comienzos del siglo XXI, ya que la derivación de los pacientes con urgencia psiquiátrica al Neuropsiquiátrico de Hinojo es una de las prácticas principales. Y, habiendo observado las

condiciones laborales y de contratación descritas aquí, no es el único elemento decimonónico que persiste en la actualidad en el espacio manicomial.

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de la política pública de salud mental municipal, junto con el de la organización del espacio de atención demuestra que el sistema de salud mental se estructura con una lógica de gestión que tiende a la dispersión de la población, tanto de pacientes como de profesionales. Así hemos observado que el “rediseño del sistema de atención del paciente psiquiátrico” no es sometido ni a debate ni a discusión, sino que es directamente instrumentalizado por el poder municipal. La escasa participación de los sectores interesados –sobre todo de los pacientes, de sus familiares y de los profesionales encargados de su atención: enfermeras, psicólogos, psiquiatras, médicos y asistentes sociales– genera no sólo una experiencia de imposición de la política pública sino de abandono de las poblaciones implicadas, tal como se deriva de los testimonios de las psicólogas y psiquiatras desplazadas del hospital y de la estadística de derivación de la guardia. Por otra parte, la implementación de un cambio sin más explicación ni fundamento que la “necesidad” de su transformación permite mantener la ilusión de que los factores históricos y políticos son ajenos al ámbito de la medicina, como si en la invocada “necesidad de transformación” estos no intervinieran.

Los cambios que se han descripto en este artículo pueden comprenderse a partir de la estructuración de lógicas de atención en el campo de la salud pública que segregan socialmente la demanda de los pacientes dando lugar a inequidades en salud. El campo sanitario local no sólo se vincula con la conformación del Estado-Nación sino que, además, se encuentra atravesado por una lógica mercantilista de la medicina acentuada durante el neoliberalismo, que extendió dicha racionalidad a todas las esferas de la vida, clausurando instancias alternativas a dicha lógica. Esto da lugar a una contradicción fundamental que se manifiesta sobre todo entre el modo aparcipativo y autoritario de la política pública y el igualitarismo legal por el cual el Estado, de manera abstracta, se ve en la obligación de garantizar los derechos de los ciudadanos, en este caso, con patología mental. A este respecto, la política de segregación de la población de pacientes psiquiátricos no sólo profundiza su desatención, haciendo que las personas que llegan al sistema de atención por urgencia sean precipitadamente dadas de alta o permitiendo que se “fuguen”, sino que busca legitimar la subsecuente segregación urbana de la institución de internación psiquiátrica, al identificar a los pacientes mentales con su condición de “judicializados”, como un ejercicio de estigmatización.

Nuestra exploración del funcionamiento institucional de la atención-desatención sanitaria del paciente psiquiátrico señala que el problema del “paciente mental judicializado” no es tan fácilmente atribuible a fuentes externas –como la Policía o el Poder Judicial–, tal como interpretan los agentes sanitarios. El mismo sistema de atención contribuye a la exclusión y segregación de los pacientes, dado que permite prácticas de desatención que favorecen su dispersión e invisibilización. Así se construye una normalidad provisoria que suele verse interrumpida con nuevos episodios de crisis de los pacientes. La irreversibilidad de tales episodios, como en el caso de los homicidios mencionados, implicará un costo humano que ya no podrá medirse con indicadores de racionalidad económica presupuestaria como el giro/cama hospitalario. Esto plantea un gran problema en el marco de la nueva ley de salud mental, cuyo objetivo es la integración comunitaria del paciente.

La disposición socioespacial de las instituciones y las prácticas de atención en el espacio público *ubican* a los pacientes, territorial e ideológicamente. Si, como señala Briggs (2005), los textos de salud enseñan a potenciales pacientes (contingentemente sanos) cómo interpelarse en procesos imaginarios, la socioespacialización efectiva de su instrumentación procede de manera semejante, como un proceso de determinación ideológica. Siguiendo esta perspectiva, concluimos que la segregación urbana de los pacientes psiquiátricos es producto de factores estructurales encarnados en distinciones sanitarias. Igualmente, el funcionamiento y dinámica de circulación de los pacientes por el sistema de atención señala una paulatina dispersión y simultánea *expansión de lo psiquiátrico* en múltiples instancias del sistema de salud. Estos elementos parecen subsidiarios de un modo mucho más general de la política en las sociedades contemporáneas donde la *expansión* poblacional *se gestiona* localmente con políticas de segregación y exclusión que son aplicadas a través de instituciones como la sanitaria. Las políticas públicas que esta instrumentaliza, en el caso específico de la salud mental, son herederas del higienismo social, en cuya tradición la *psiquiatría social* argentina parece aún inscribirse. El análisis de estas instituciones y sus políticas públicas señala un complejo proceso de reconversiones ideológicas que se articula a la organización socioespacial.

Por otra parte, recordemos que, de acuerdo con el discurso oficial del intendente municipal citado, la salud debería convertirse en escenario *del desarrollo* y *de la generación de riqueza*, razón por la cual supusimos durante algún tiempo que la salud mental no entraba en la lógica productivista estatal. Sin embargo, nos equivocábamos ingenuamente en este punto. Al momento de nuestra investigación se estaba produciendo una transformación sustancial del campo sanitario

olavariense de la que fuimos testigos privilegiados y que pasó sin notoriedad por la escena pública y los medios locales. La idea de que la asistencia médica es menos un derecho que el Estado debe garantizar que una mercancía plausible de ser adquirida por los consumidores a través de instituciones privadas cobra mayor relevancia cuando se vuelve una situación tan natural que ni siquiera se la cuestiona. En la época misma en que observábamos el aumento de la cuestión psiquiátrica en el sistema público municipal en las afueras de la ciudad, en una de sus calles más céntricas se comenzaba a construir una clínica psiquiátrica privada. De hecho, paralelamente al anuncio del intendente en los medios locales de grandes cambios en la gestión del sistema público de salud mental (que por otra parte, al momento de escribir este artículo, todavía no se han implementado), los dueños de la clínica a la que el Hospital de Hinojo deriva sus pacientes con obra social privada evaluaron rentable construir una *filial* en Olavarría. Y así lo hicieron en el centro de la ciudad²².

Se evidencia de este modo la confluencia de procesos de segregación y de privatización de poblaciones e instituciones vinculadas a la salud mental en el espacio urbano local, que condicionan el alcance descentralizador y participativo de la legislación puesta en vigencia a partir de 2010. La descripción y análisis del sistema local de salud muestra que ciertos derechos de las personas con padecimiento mental que dicha ley garantiza –sobre todo aquellos vinculados a su tratamiento– se encuentran en el ámbito local afectados por estos procesos.

Agradecimientos

Agradecemos a los profesionales de la salud mental y a los pacientes psiquiátricos de Olavarría con los que hemos compartido intensas jornadas de trabajo de campo y terapia grupal, al Dr. Marcelo Sarlingo y al grupo de investigación que éste dirige en el Nures (FACSO, UNCPBA), en cuyo seno nacieron las primeras preguntas de investigación, y a la exhaustiva lectura de las versiones preliminares de este texto que el Dr. Ariel Gravano con generosa amabilidad ha realizado. Este trabajo tiene como base la ponencia “Segregando la expansión: atención y gestión del derecho a la salud mental”, presentada al X Congreso Argentino de Antropología Social (2011).

REFERENCIAS CITADAS

- Basaglia, F.
2004 [1978] *Razón, locura y sociedad*. Siglo XXI, México.

- Boggi, S.
 2005 Transformaciones, incertidumbres y capturas efímeras: reconversión de imaginarios urbanos de ciudades bonaerenses de rango medio. *Newsletter FACSO UNCPBA* 13.
- Briggs, C.
 2005 Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social* 14: 101-124.
- Breilh, J.
 2003 *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Castel, R.
 1980 *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. La Piqueta, Madrid.
- Castel, R., F. Castel y A. Lovell
 1980 *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*. Anagrama, Barcelona.
- Castells, M.
 1974 *La cuestión urbana*. Siglo XXI, Madrid.
- Cooper, D.
 1967 *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Locust Hypocampus, Buenos Aires.
- Foucault, M.
 2008 [1963] *El surgimiento de la clínica*. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Frederic, S. y G. Soprano
 2005 *Cultura y política en etnografías sobre la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.
- Geertz, C.
 1997 *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona.
- Giddens, A.
 1998 *La constitución de la sociedad. Bases para una teoría de la estructuración*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Gravano, A.
 2005a *Imaginarios sociales de la ciudad media: emblemas, fragmentaciones y otredades urbanas, estudios de Antropología Urbana*. UNICEN, Red de Editoriales de Universidades Nacionales, Tandil-Olavarría.
 2005b *El Barrio en la Teoría Social*. Espacio, Buenos Aires.
- Hall, E.
 1998 [1972] *La dimensión oculta*. Siglo XXI, México.
- Harvey, D.
 1977 *Urbanismo y desigualdad social*. Siglo XXI, Madrid.
- Laing, R. D.
 1971 *Experiencia y alienación en la vida contemporánea*. Paidós, Buenos Aires.
- Lakoff, A.
 2010 Two regimes of global health. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development* 1 (1): 59-79.
- Lynch, K.
 1960 *The image of the city*. MIT Press, Cambridge.
- Menéndez, E.
 1980 *Cura y control. La apropiación de lo social por parte de la práctica psiquiátrica*. Nueva Imagen, Buenos Aires.
 1988 Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires: 451-464.
- Secretaría de Salud Municipalidad de Olavarría (SSMO)
 2007 *La salud de nuestros vecinos. Salud pública municipal 1991-2007*. Combesies Talleres Gráficos, Olavarría.
- Silva, A.
 2006 *Imaginarios urbanos*. Tercer Mundo, Bogotá.
- Soja, E.
 1989 *Post-modern geographies. The reassertion of space in critical social theory*. Verso, Inglaterra.
- Sosa, R.
 2011 Barajar y dar de nuevo. El desafío para la "Ciudad del Trabajo" en tiempos de despidos, flexibilización y desempleo. En *Políticas, comunicación y organizaciones en la primera década del milenio: Argentina-Olavarría 2001-2011*, coordinado por A. Silva, F. Bustingorry y M. Iturralde, pp. 87-111. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Núcleo de Producciones e Investigaciones Comunicacionales y Sociales de la Ciudad Intermedia, Tandil.
- Szasz, T.
 1976 *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Vezzetti, H.
 1985 *La locura en la Argentina*. Paidós, Buenos Aires.

NOTAS

1.- El Partido de Olavarría está ubicado en el centro de la provincia de Buenos Aires y en la denominada región pampeana de la República Argentina. Cuenta con 111.708 habitantes (censo 2010), tiene un perfil productivo industrial extractivo (minería, cementeras) y agroganadero. Estas características han contribuido a forjar un imaginario hegemónico de pujanza y progreso. Su organización territorial tiene la característica de que el 80% de la población reside, según datos del censo 2010, en la ciudad cabecera, mientras que el resto lo hace en pequeñas poblaciones aledañas que se constituyen de unos 300 a 5000 habitantes cada una (Espigas, Sierras Bayas, Recalde, Loma Negra, Hinojo, Colonia Hinojo, Colonia San Miguel, Sierra Chica). Los indicadores

productivos de Olavarría son ponderados para considerarla un importante polo de desarrollo en la región, junto con otros partidos como Azul y Tandil.

2.- El Hospital de Hinojo, creado en el año 1947, cuenta con una planta de cinco enfermeras, dos psiquiatras, una psicóloga, un asistente social, personal de limpieza (dos) y 25 pacientes. La localidad de Hinojo se encuentra a aproximadamente 20 km de la ciudad cabecera de partido, Olavarría. Fue una de las primeras colonias agrícolas de la región, fundada oficialmente en 1887. Su población, junto con la de su lindante Colonia Hinojo, según el censo de 2010, es de 3841 habitantes. El hospital fue construido sobre un predio adquirido por la Sociedad de Fomento de Hinojo con aportes de la municipalidad de Olavarría en 1946. Al municipalizarse el servicio en 2004 y comenzar a funcionar simultáneamente como "sala/hospital periférico" para la comunidad hinojense y neuropsiquiátrico para la población zonal, se dividió el espacio hospitalario en dos. Mientras que en la parte delantera del edificio se concentra la atención general –se dan turnos médicos, vacunas, etc.–, en la parte trasera del edificio se ubican dos alas –una masculina y otra femenina– donde duermen los pacientes, y un gran patio cubierto donde circulan y miran TV durante el día. Estas dos partes se separan por una puerta de madera. El edificio tiene la estructura de una casa antigua de estilo español: una sola planta, constituida por un patio cubierto central rodeado de tres galerías donde se ubican las habitaciones convertidas en consultorios, oficinas y la cocina.

3.- Artículo 3º de la ley 26.657 "Derecho a la protección de la salud mental". Esta ley fue sancionada el 25/11/2010 y promulgada el 02/12/2010.

4.- Se trabajó con un corpus de diez informantes profesionales, compuesto por tres funcionarios públicos pertenecientes a la Secretaría de Salud municipal y cinco agentes sanitarios vinculados en distintas áreas de atención: tres de ellos trabajaban en la institución psiquiátrica de internación, y dos, en los consultorios externos de atención ambulatoria. Se realizaron entrevistas personales a cada uno de ellos y se los observó semanalmente en el transcurso de su trabajo institucional y en sus reuniones con los pacientes durante las terapias grupales, y en los encuentros profesionales institucionales en la posterapia grupal. Estas sesiones de trabajo, de aproximadamente tres horas cada una, fueron semanales y se observaron desde marzo de 2006 a abril de 2007, en 38 ocasiones. Las observaciones de los otros servicios se realizaron en 20 ocasiones en distintos horarios de atención. El grupo de pacientes observados se compuso de los usuarios y familiares que asistían a las sesiones grupales de terapia llevadas a cabo en la institución de internación.

5.- Las propuestas hereditarias no son exclusivamente argentinas, ya que provienen de la tradición de las psiquiatras europeas y norteamericanas desde mediados del siglo XIX. Sin embargo, lo que Vezzetti señala como una particularidad es la combinación de la cuestión de la enfermedad mental (vista como una degradación) con la del racismo en el contexto de las oleadas migratorias europeas hacia Argentina a fines del mismo siglo, lo que es singularmente articulado a la figura local del gaucho.

6.- Este modo de organizar el espacio en relación con estereotipos puede vincularse a la idea de *regiones morales* de la Escuela de Chicago en la medida en que la salud y la enfermedad mental se asocian aquí a hábitats particularizados: el campo y la ciudad. Puesto que un cierto desorden se hace visible a partir de episodios vinculados a la enfermedad mental –tales como, crisis y actos de violencia ejercidos hacia uno mismo o hacia otros, ya sea, en la vía pública o en la

intimidad de la unidad doméstica–, se deduce a partir de dicha visibilidad, que tal desorganización es el producto de una cierta desadaptación a los valores urbanos cuyo origen se ubica en un período de transición de los recién llegados a la ciudad o de la inadecuación de aquellos que aún viven al margen de ella. Finalmente, la perspectiva homeostática, que constituye la idea misma de órdenes morales, es mejor expresada por uno de los mayores exponentes de esta escuela: "[...] la causa por la que se correlacionan frecuente e inevitablemente las relaciones sociales con las espaciales es que las distancias físicas son indicadores de distancias sociales. Y esto es verdad, finalmente, porque es solamente como hechos sociales y psíquicos que pueden ser reducidos o correlacionados los hechos espaciales, ya que sólo así pueden ser mensurados" (Park 1952, en Gravano 2005b: 36).

7.- En la actualidad, una situación de normativización semejante se da con la población de trabajadores que las políticas neoliberales marginalizan, en la medida en que no se integra a los sujetos a dicho aparato productivo y se los interpela de un modo médico-psiquiátrico.

8.- La dimensión vivencial del espacio se encuentra también comprendida en la noción de David Harvey de la "imaginación geográfica" o "conciencia espacial", entendida como la capacidad humana que "permite al individuo comprender el papel que tienen el espacio y el lugar en su propia biografía, relacionarse con los espacios que ve a su alrededor y darse cuenta de la medida en que las transacciones entre los individuos y organizaciones son afectadas por el espacio que los separa. Esto le permite conocer la relación que existe entre él y su vecindad, su zona o, utilizando el lenguaje de las bandas callejeras, su 'territorio'" (Harvey 1977: 17).

9.- Tal como sintetiza Charles Briggs, "[...] la comunicabilidad hace referencia a ideologías, tecnologías y prácticas que (re)producen la configuración de poder existente, y que se basan en relaciones diferenciales con el capital, simbólico y material. La comunicabilidad, por tanto, no se limita a hacer referencia a palabras, códigos, aspectos cognitivos o modelos de habla y escritura, la comunicabilidad no está restringida a la 'comunicación', del mismo modo que el Modelo Médico Hegemónico va más allá de la salud, la enfermedad y la atención médica" (Briggs 2005: 117).

10.- La consecuencia empírica de tal fragmentación se puede referenciar en diferentes ejemplos que dan cuenta de los estereotipos y el estigma operando en dicho imaginario, tales como, los "barrios mancha" en el creciente fenómeno de la inseguridad (Gravano 2005a).

11.- En términos administrativos, las instituciones de salud a través de las cuales tal transformación se operativizó fueron: 1) Atención Primaria de la Salud: 27 unidades sanitarias, Hospital de Espigas (35 camas de internación), Hospital de Sierras Bayas (6 camas de internación); 2) Policlínicas Pueblo Nuevo (creado en 2005); 3) Atención ambulatoria de Psiquiatría y Psicología (adultos); 4) Centro Integral de Cuidados para la Educación (CICE) - Psicología y psicopedagogía (infantil), implementado durante 2000-2006; 5) Hospital Neuropsiquiátrico de Hinojo, y 6) Hospital Municipal "Dr. Héctor Miguel Cura".

12.- Utilizamos el término legal a falta de una palabra que designe de manera más precisa las reacciones y prácticas que llevan a considerar un cierto tipo de comportamiento como un delito. Entre los episodios más comunes de esta naturaleza podemos mencionar al denominado "desorden en la vía pública".

13.- Por el momento el Hospital no cuenta con una guardia para atender la emergencia psiquiátrica, sino que todos los

casos –como los intentos de suicidio, los brotes psicóticos, las crisis nerviosas, etc.– son atendidos, en primera instancia, por los mismos médicos y enfermeras que tratan a otros pacientes que ingresan por traumatismos, quemaduras, problemas respiratorios, cardiológicos, digestivos, etcétera.

14.- “La salud de nuestros vecinos”, Municipalidad de Olavarría, 2007.

15.- La asistente social, luego de aproximadamente un año de terminada nuestra investigación, dejó de trabajar de manera colaborativa con el área psiquiátrica a raíz de disposiciones de Secretaría de Acción Social del Municipio, de la cual ella era efectivamente empleada.

16.- Testimonio recogido de la nota “En febrero se anunciará un replanteo de la política oficial de Salud Mental. Reunir el Servicio en el Hospital Municipal y pensar quién y cómo conducirá”, de Silvina Melo. Publicada en el diario *El Popular*, 19 enero de 2010 (15 marzo 2010).

17.- “La lucha por aquel lugar que ocupó alguna vez Salud Mental”, *El Popular*, 11/09/2005, p. 13. Durante el año 2010, el tema de la Salud Mental volvió a estar presente en el diario local. A partir de un resonante caso de homicidio cometido por un paciente (ver nota 22), la discusión sobre el lugar de la internación en Hinojo, lejos de Olavarría, provocó el anuncio de ciertos cambios en el sistema de atención por parte del intendente.

18.- El Plan PECO (Programa de Empleo y Capacitación de Olavarría) consistía en ofrecer un *sueldo* mensual de entre 160 y 200 pesos en el año 2004 y 250 pesos en el año 2006 a cambio de trabajo en el área municipal de Salud. Estos planes eran otorgados bajo contratación precaria, es decir, por contrato y sobre todo a enfermeras. Al mismo tiempo, un médico que realizaba una jornada laboral de 24 horas de guardia, ya sea en el Hospital público o en una clínica privada, percibía en esta época alrededor de 200 pesos. Es decir que para el municipio un día de trabajo de un médico

era, en términos monetarios, igual a un mes de trabajo de una enfermera o una psicóloga, en este caso.

19.- Expresiones populares empleadas por el director del Hospital Psiquiátrico de Hinojo, quien a su vez trabaja como médico generalista en él, para describir el volumen de pacientes atendidos.

20.- Se trata de un penitenciario de Sierra Chica que asesinó a su pareja y de un paciente esquizofrénico externado que mató a una anciana de 81 años durante un brote. Este caso fue nota de tapa y estuvo presente en la prensa local durante varios días. La historia de vida de este paciente de 24 años es semejante a la de muchos otros: “[...] le detectaron la enfermedad en la adolescencia, tuvo varios períodos de internación pero fuentes familiares hablaron de las dificultades de conseguir sitios aptos. En aquellos públicos, suele haber largos listados de espera y los privados tienen costos inalcanzables. La fiscal habló también en reiteradas ocasiones de la problemática ya que son muchos los casos en que se debe derivar judicialmente a una persona para ser internada y no se encuentra cupo”. *El Popular*. <http://www.elpopular.com.ar/diario/2010/01/10/nota.html?idnota=70260> (20 enero 2010).

21.- En *El Popular*, nota publicada el 30 de julio de 2010 “José Eseverri y el nuevo Hospital: Recuperaremos los servicios perdidos” (15 octubre 2010).

22.- El “Instituto Interdisciplinario de Salud Mental” se inauguró el 23 de febrero de 2012. En consonancia con lo estipulado por el artículo 27° de la ley de salud mental, su nombre hace alusión a tratamientos integrales que se diferenciarían de aquellos del espacio manicomial. La clínica ofrece 48 camas de internación y atención ambulatoria. Según datos de la institución, el 54% de sus pacientes es tratado por depresión y alcoholismo, y el 46% restante, por trastornos psicóticos, esquizofrenia y adicciones.

