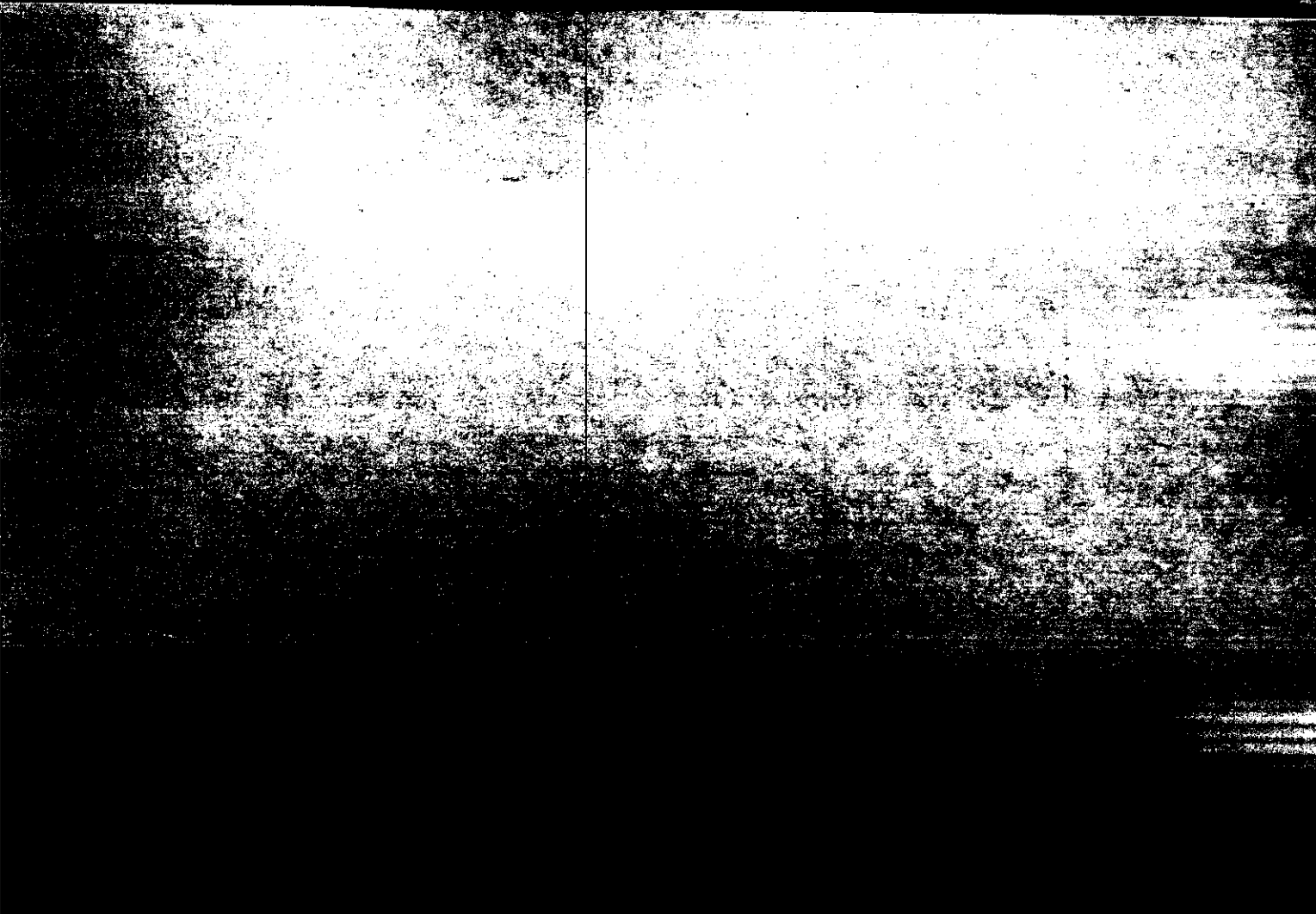
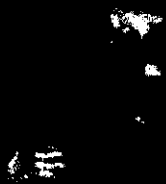


La Desmilitarización:

Creación de la reforma del Sistema
de Justicia Militar en Río Negro

Hugo Cohen Graciela Natella



en contacto directo con situaciones extremas (pobreza, malos olores, suciedad, perros callejeros).

• *Miedo a la pérdida de poder que este proceso implica.* Ya que: a) con el trabajo en equipo se compartían el saber y las decisiones con otras disciplinas y actores, y b) se proponía una mayor simetría entre usuario y TSM, un vínculo más democrático y horizontal, posibilitando su participación activa. El empoderamiento del usuario y su familia implicaba incluirlos en las decisiones y en la estrategia terapéutica.

• *Temor a perder la fuente de trabajo en relación con el cierre del hospital psiquiátrico.* Si bien es legítimo el temor a la pérdida laboral, se demostró que el cese del sistema manicomial no producía desempleo, sino, por el contrario, una reconversión del recurso humano existente (reorientar las prácticas y las concepciones de trabajo), junto con un incremento de la cantidad de recursos humanos necesarios para el desarrollo de un sistema de salud mental comunitario²⁹. Ya se ha mencionado que de esta manera la población tuvo acceso a nuevas posibilidades de tratamiento, se incrementó la accesibilidad y se acercaron a los servicios una gran cantidad de personas que otrora estaban desatendidas o abandonadas; un ocultamiento de la población que tenía necesidad de atención pero se encontraba invisible al sistema de salud. Es el doble ocultamiento que genera el sistema basado en el hospital psiquiátrico.

• *Prácticas profesionales sustentadas en elecciones de carácter personal.* Las intervenciones de los profesionales no escapan a otras actitudes de las personas en la sociedad en cuanto a que pueden estar profundamente ligadas a factores como gustos o elecciones. Un estudio incluido en un manual de rehabilitación psicosocial (Rodríguez, 1994) da cuenta de que el factor último y condicionante de las prácticas profesionales es dado por su elección, teniendo presente elementos tales como comodidad, placer, agrado por la tarea que se realiza, elige lo que se hace, priorizando gustos personales. A la hora de hacer las reformas de los sistemas de salud de muchos países, hay que considerar tal vez este factor como uno de los principales determinantes de los logros o de los fracasos.

Se ha destacado que en Río Negro, con el avance y el desarrollo del caso de transformación, un porcentaje importante de los TSM han adoptado sus prácticas y concepciones adhiriendo a la propuesta de otros se-

Los principios rectores de la desmanicomialización

de los servicios públicos, mientras que un grupo continuó su operación desde el interior de dichos servicios.

Si bien no se realizó una investigación sobre los motivos de adhesión o rechazo a las prácticas de desmanicomialización por parte del sector de médicos generales, se pudo inferir que aquellos que formaron parte del proyecto de atención primaria desarrollado en la provincia a comienzos de la década de 1970 fueron más receptivos a la nueva propuesta. Estos profesionales contaban con una capacitación de posgrado que incluía contenidos de salud pública. Por otra parte, es probable que hayan intervenido cuestiones de índole personal, que no se han medido oportunamente. Con frecuencia, aquellos profesionales cuya familia contaba con un miembro con discapacidad física y/o mental mostraban una sensibilidad y aceptación mayor frente a la desmanicomialización.

Es necesario considerar dos aspectos que favorecían el desarrollo de la labor: 1) los médicos intervenían siempre que hubiera un equipo o profesional de salud mental que los apoyara y con el cual pudieran consultar, ya que no basta la capacitación en sí misma sino que se necesita un proceso de acompañamiento; 2) el continuo recambio de profesionales de la guardia implicaba la necesidad de reiterar permanentemente estas actividades de capacitación.

Recursos no convencionales

Se consideraba recursos no convencionales a aquellos que no poseían una formación académica tradicional, y que por su historia, afinidad, sensibilidad y cercanía a las problemáticas de salud mental poseían una capacidad potencial para intervenir sobre estas.

Su incorporación fue trascendente en la desmanicomialización, en la medida en que se convirtieron en nuevos "recursos terapéuticos". *Lo que definió que un recurso humano se convirtiera en un recurso terapéutico fue su capacidad de resolución de un problema complejo.*

El trabajo de estos nuevos recursos estuvo avalado y determinado por una adecuada capacitación en prácticas y teorías que posibilitaran su intervención en las actividades de los equipos de salud mental. Fue entonces imprescindible que estos recursos (operadores comunitarios, agentes familiares, curanderos, voluntarios, alcohólicos en recuperación, amas de casa, familiares, periodistas, cocineros, mucamas, líderes religiosos, entre otros) participaran regularmente de las actividades de los servicios de salud mental con reconocimiento institucional y económico. La premisa

Recursos No
Convencionales

-como ya se mencionó- que no hay conocimientos más importantes que otros; *su valor residió en la capacidad de respuesta que la interacción e intercambio entre los distintos saberes podía producir.*

Podían resultar de este modo un recurso clave o un recurso-llave para atender a una persona, consolidando un vínculo de confianza con la persona que padece, favoreciendo su alianza al tratamiento y su mejoría, un objetivo que no siempre podía alcanzarse con los recursos tradicionales y formales del sistema. De esta forma se podía ampliar la oferta de servicios en variedad, disponibilidad, continuidad y permanencia.

El descubrimiento de esta nueva posibilidad de ayudar a través de sectores no profesionales se inició con la incorporación de personas que padecían alcoholismo. Cuando atravesaban por un período de abstinencia, algunas de estas personas y/o sus familiares se constituían en apoyo de otras que se encontraban en proceso de recuperación.

La primera designación de una persona que padecía alcoholismo se realizó a fines de los años ochenta, siendo su acreditación como agente sanitario lo que posibilitó su ingreso. No fue sencillo convencer a la entonces ministro de Salud, quien, obviamente, no comprendía cómo un hospital iba a contratar a un enfermo.

Su sorpresa fue grande y su enojo también. Preguntó al jefe del departamento: "¿Estás loco?, ¿cómo voy a designar a un alcohólico para trabajar en salud pública?".

Pero es probable que su sensibilidad haya superado la dimensión racional, dado que luego de una fuerte discusión, en la que no fue fácil argumentar la necesidad de esa contratación, aceptó el desafío.

Con el tiempo se produjeron once designaciones más en diversas localidades de la provincia. Nuevamente se había materializado la premisa de ver para crear. Demostrar con los resultados del trabajo que lo propuesto era posible.

Esta fue una época compleja en la provincia, y la crisis económica impulsó a las autoridades a reducir el número del personal que trabajaba en el Estado. Durante ese período, el Ministerio de Asuntos Sociales de la provincia de Río Negro contaba con un sector de recursos humanos constituido por los llamados agentes PAN (Programa Alimentario Nacional), personas asignadas a un programa alimentario del área de acción social, lanzado por el gobierno nacional para paliar la deficiente alimentación en sectores carenciados de la población. Estos agentes, en su mayoría mujeres, habían recibido originalmente una capacitación que incluía la realización de formularios para detectar situaciones de carencias, realización de una visita domiciliaria, etcétera. Eran en general vecinos del barrio que tenían una supervisión periódica de la labor que efectuaban. Con el

transcurso del tiempo, el programa PAN se fue debilitando y estas personas siguieron el camino de las actividades paraprofesionales, así el objetivo inicial. Las autoridades tomaron entonces la decisión de reducir a la mitad el personal PAN, y la mitad de aquellos que quedaban en funciones se incorporaron a la desmanicomización. La reubicación de este grupo al área de salud mental se debió a que este sector había demostrado trabajando con recursos humanos, como las personas que padecían alcoholismo. Este descubrimiento fue aceptado con una enorme alegría, dado que era, por la incorporación de un número tan importante de nuevos personal, treinta y cinco agentes que representaban el 40 % del personal. La condición fue identificar, mediante una entrevista previa, a quienes tuvieran dispuestos a la labor, ya que, si bien continuarían en sus hogares en contacto con sus vecinos e instituciones locales, la nueva tarea requería un encuentro con el padecimiento mental de manera sistemática.

La mayor parte de estos nuevos recursos fueron incorporados a las localidades donde residían, con el nombre de *operadores de salud mental*.

Los operadores de salud mental: Poselan en general una educación formal básica (escuela primaria), y mediante una capacitación en servicio y la interacción con el equipo de SM, en un breve lapso de tiempo podían intervenir de manera eficaz en los domicilios de los pacientes, en sus barrios e instituciones locales.

Era habitual que los profesionales de los servicios de salud mental de los hospitales generales no comprendieran el sentido de su incorporación, dado que no había antecedentes ni conocimiento sobre las funciones que desempeñarían en un servicio de salud mental. Se normatizaron sus misiones y funciones, y en la medida en que desarrollaban el trabajo y se evidenciaba el resultado de este, se comenzó a valorar su práctica y el sentido de su integración a los equipos de salud mental.

Paradójicamente, este fue uno de los recursos que más favoreció la transformación de las prácticas de los recursos de salud mental, ya que trajo al interior de los hospitales la dimensión de la cotidianidad de la vida de las personas en la comunidad.

Dado que en la administración pública no existía la figura de operador de salud mental fueron incorporados como auxiliares asistenciales, instancia que correspondía a quienes trabajaban como ayudantes en los laboratorios de los hospitales.

Los operadores de salud mental (Natella y Cohen, 1992) fueron un recurso valioso para la inclusión en el vecindario de una persona en su momento mental, apoyar a la familia, ayudar en gestiones cotidianas pa-

autonomía, así como para obtener información de su evolución. Estos recursos fueron significativos para comprender las necesidades del usuario desde la diversidad cultural, y para proceder de acuerdo con sus hábitos y valores, muchas veces distintos de los de los profesionales.

Este propósito se veía facilitado porque los operadores con frecuencia residían en la misma comunidad que el usuario que acompañaban. Fueron los encargados de llevar al seno del ESM la información básica para el seguimiento del usuario en la comunidad.

Asimismo, se encargaban de integrar la dimensión de la cotidianidad en la labor del equipo de salud mental. Al circular en el entorno habitual de los usuarios, conocían sus rutinas y su devenir en el barrio. De esta forma podían detectar una posible descompensación, qué tipo de apoyo necesitaba o qué aspectos de su funcionamiento en el entorno debían ser fortalecidos.

Algunas de sus funciones principales eran apoyar al usuario en el propio vecindario, en gestiones cotidianas pero fortaleciendo sus capacidades y posibilidades, así como durante la internación, el seguimiento y la rehabilitación. Apoyaban a la familia acompañándola en las necesidades cotidianas y aquellas que surgían de cuidar a su pariente en crisis desde el enfoque de cuidar al cuidador. Trabajaban con el entorno especialmente en relación con la aceptación de la persona con sufrimiento mental en el vecindario, con frecuencia como catalizadores del vínculo de aceptación-rechazo que suele despertar su presencia en el barrio.

Fueron los recursos humanos no convencionales que mayor grado de institucionalidad alcanzaron, ya que se incorporaron como un recurso humano reconocido y rentado por salud pública como parte de la red de servicios y del equipo de salud mental.

Página 4 - PILTRIKUITRON

Sábado 17 de abril de 1993

OPERADORES EN SALUD MENTAL

Nota publicada en un diario de El Bolsón sobre la labor que realizan.

Algunas de las reflexiones que surgieron con respecto a la incorporación de este nuevo recurso:

- De un total original de treinta y cinco agentes PAN, reconvertidos en operadores de salud mental, solo dos personas que desempeñaron esta función quedaron fuera del sistema de salud mental, consolidándose un grupo con permanencia y fuerte presencia como parte de los recursos humanos de salud mental.

Los principios rectores de la desmanicomización

- la presencia de estos nuevos actores dinamizó el funcionamiento de los equipos y la inserción comunitaria de sus acciones, arrojando valiosos vínculos con municipios y otras entidades del nivel comunal, ámbito natural de su desempeño;
- al aportar la complejidad de la cotidianidad en el seno de los equipos de salud mental, favorecieron una mejor comprensión del paciente y la elaboración de estrategias terapéuticas más adecuadas;
- permitieron ampliar la base de sustentación en el territorio, diversificando las capacidades propias de un equipo de salud mental;
- se produjo un incremento del personal de los equipos a expensas de los operadores, ya que el costo de su salario fue inferior para el Estado que el de un profesional, además de tratarse de recursos que existían en todo pueblo o ciudad.

En algunas localidades, los operadores de salud mental fueron determinantes en el desarrollo de estructuras comunitarias, siendo destacable la labor realizada en el Instituto "Nuestra Casa", de General Roca, localidad del Alto Valle del Río Negro.

Este instituto, también llamado "la casita" por los equipos de salud mental provinciales, era una vivienda de un barrio popular que se transformó en la primera estructura intermedia de la provincia. En sus comienzos albergó a más de diez personas que habían cometido delitos graves y fueron declaradas imputables por la justicia penal.

Al dejar de existir el hospital psiquiátrico de Allen, "la casita" se transformó en el lugar para la atención y rehabilitación de estas personas. El personal estaba compuesto en su mayoría por operadores (80% mujeres), quienes sostuvieron por muchos años una de las labores más arduas y creativas del proceso de desmanicomización: enfrentar el doble estigma de ser "loco" y haber cometido un delito grave. Triple estigma, en realidad, si consideramos que la mayor parte de la población de "la casita" estaba en situación de pobreza.

A pesar de las frecuentes dificultades y de los desafíos que planteaba trabajar con una población con esta triple condena social, no se produjeron reincidencias ni fugas. Tampoco hubo actos de violencia, más allá de las discusiones habituales que pueden acontecer entre compañeros de trabajo.

El grupo de residentes, entre otras actividades, llegó a constituir un emprendimiento laboral de limpieza, que fue contratado por el entonces intendente de la localidad para trabajar en el Municipio en la limpieza de las vías del ferrocarril que atraviesa el centro de la ciudad y que no dependían de una licitación pública por contratación. Por orden judicial, eran acompañados por un custodio policial por solicitud del equipo de salud mental vestía ropa común.

Utilizaban herramientas como palas, picos, azadas, rastillos, en quienes habían cometido uno o más homicidios. Solo dos miembros del

de salud mental del Instituto "Nuestra Casa" acompañaban al grupo para realizar la labor. Uno de ellos era una persona con padecimiento de alcoholismo, quien fue el primer contratado en salud pública con la figura y función de operador de salud mental.

Por la destreza que el grupo de residentes de "la casita" demostró en la labor realizada, fue convocado en otras oportunidades por la Municipalidad para reforzar la tarea que otras empresas contratadas por esta no alcanzaban a realizar, como la limpieza del autódromo municipal.

El Instituto, que era una pequeña vivienda de puertas abiertas, también comenzó a prestar servicio de comedor para personas con padecimiento mental y para otras con alto grado de vulnerabilidad social. Las labores comunitarias fueron creciendo y complejizándose en un proceso no carente de crisis.

Una de las situaciones que más afectaba la permanencia de la institución en el barrio era el temor del vecindario frente a algunos pacientes que se descompensaban y caminaban por la zona presentando —en algunas oportunidades— actitudes que no comprendían.

La respuesta siempre fue la misma: convocar a todos los interesados y a las autoridades e instituciones del barrio y escuchar su reclamo para luego intentar explicar el padecimiento de la persona y el tratamiento proporcionado. También se manifestaba la disposición de acudir cuando el vecindario lo solicitara.

Se intentaba así disminuir el temor, informar y sensibilizar en cuanto a que todas las personas están expuestas a atravesar una crisis y que las respuestas solidarias son de ayuda para la persona que sufre, pero también para el propio entorno que se incluye como gestor de soluciones.

Se aprendió que esta reacción era propia de todas las comunidades ante la instalación de una estructura intermedia en un barrio, o cuando trascendía que un paciente había regresado a su vivienda. Habitualmente una o dos reuniones permitían reducir los conflictos. En algunas oportunidades solo disminuían las quejas y reclamos; en otras, los referentes institucionales o vecinos sensibles se involucraban. Esporádicamente podían reaparecer las resistencias.

El equipo debía mostrarse tolerante con los vecinos: convocarlos, sensibilizarlos, acompañarlos en sus necesidades, y, si se podía, lograr que alguno se involucrara activamente para el apoyo de la persona en crisis desde el lugar que el vecino eligiese. Ya fuera ofertando trabajo (se desarrollaron labores de mantenimiento de jardines o cualquier tipo de tarea sencilla), acompañando al usuario al Instituto, habiéndole amigablemente o, entre otros apoyos, haciéndose cargo de darle la medicación indicada). Esta última situación se produjo en varias localidades de la provincia; en algunas oportunidades, a partir de un apoyo económico al vecino y, en otros, en forma espontánea, en relación con el proceso de sensibilización.²⁰

²⁰ Para más información, se puede consultar en Schiappa Pietra (2003).

La incorporación del recurso no convencional... que hubo que "laborar" gradualmente, ya que los hospitales que tenían servicio de salud mental) solicitados, en especial psiquiatras o psicólogos.

Por otra parte, para muchos especialistas en salud mental se entendía a través de la incorporación de músicos, bailarines, pintores, salas de reunión de pacientes, comedor, sala de juegos, talleres y todos aquellos dispositivos emparentados con la cultura péptica que, si bien podían representar aportes significativos de los pacientes, no pretendían ser instrumentos decisivos para su social.

Era este el objetivo principal que definía las nuevas prácticas, que eran asumidas naturalmente y con celeridad por los recursos no convencionales. Ellos comprendían perfectamente la necesidad de moldear intervenciones que garantizaran el trato a las personas con sufrimiento mental como sujeto de derecho.

Es probable, entonces, que la fuerza que el recurso humano no convencional imprimió al trabajo de salud mental proviniera:

- 1) De la propia necesidad de apoyo, asistencia y rehabilitación personal y familiar;
- 2) de la necesidad de tener un rol creativo, protagonista, con voz y voto en la dinámica institucional. Este hecho es significativo por su potencial reparador, ya que en su gran mayoría estos trabajadores provenían de sectores carenciados desde el punto de vista económico, y su labor habitual estaba estructurada desde un esquema dominante, en el que no podían opinar, incidir ni decidir sobre su actividad cotidiana, ya que esta era diseñada por las autoridades y los grupos de poder institucionales; se desempeñaban recibiendo órdenes.

De algún modo, en esta nueva inserción laboral se identificaba el empoderamiento y la promoción de los derechos de los usuarios con los propios.

Además de los recursos no convencionales pertenecientes al sector sanitario, aquellos provenientes de otros sectores sociales pueden ser clave para compartir el apoyo y la promoción de la salud mental.

Fue necesario sensibilizar, involucrar y capacitar a los recursos humanos provenientes de distintos sectores sociales (educación, justicia, fuerzas de seguridad, partidos políticos, iglesias, líderes comunitarios y otros).

aquellos vinculados directa o indirectamente con la salud humana)³¹, para acompañar e impulsar los nuevos enfoques aquí propuestos en sus propias áreas de incumbencia, y en la articulación con el sector de salud mental.

La incorporación de estos recursos intersectoriales se debió a diversos aspectos:

- a) Que la persona en crisis se presentaba en cualquier momento y en cualquier lugar, y hacía una gran diferencia que los efectores tuvieran instrumentos para colaborar durante estas situaciones;
- b) que formaban parte de la red natural de las personas y su aporte favorecía la rehabilitación y reinserción social; y
- c) que son productores directos e indirectos de salud mental y de las percepciones que la sociedad tiene sobre esta³².

Cotidianamente, maestros, policías, jueces, políticos, promueven, generan, censuran, prohíben, liberan, encierran, reparan... y de esta forma se convierten en productores de opinión, hábitos, respuestas. Estos actores sociales podrían ser, por lo tanto, un factor decisivo para impulsar y acompañar los cambios desde sus respectivas disciplinas y pertenencias, en vez de reproducir y profundizar un sistema social asistencialista que favorece la exclusión social³³.

Estos sectores pueden alcanzar la categoría de referente y/o recurso terapéutico, con frecuencia más cercano y confiable para el usuario y su familia que el especializado.

Como ya se dijo, algunos ejemplos de la práctica cotidiana consistieron en que el interendente de un Municipio pudiera constatar que el pago de una medida antiséptica de depósito le resultaba menos costoso que el pago del combustible de la ambulancia para trasladar al paciente. O que un policía acompañaba a una persona con padecimiento mental por abuso de alcohol a la urgencia del hospital general, en lugar de castigarla o llevarla a la comisaría. O que un vecino acompañaba a un usuario al hospital al verlo excitado en vez de encerrarse y llamar a la policía.

Como parte del proceso recorrido, y la sensibilización e inclusión de estos nuevos actores, se registran varios ejemplos del cambio de respuesta social

31. Véase trabajo intersectorial en Metodología, p. 336.

32. *Ibidem*.

33. Esta apreciación alude a las respuestas institucionales del sector, desaprovechadas como fruto crítico y de influencia, y no a las respuestas individuales que pueden ser óptimas y de máximo compromiso.

Los principios rectores de la desmanicomialización

frente a las personas con padecimiento mental. La reacción, que se había producido en una localidad ubicada en la Línea Sur al trascender el límite de la zona, se había escapado del hospital psiquiátrico revelaba la percepción de que allí se vivían miedos y prejuicios que recaían sobre este. Los hombres producían situaciones en las que las familias se encerraban en las casas y en oportunidades salían armados a enfrentar la situación. En la actualidad, en esa misma localidad, las personas con padecimiento mental están viviendo junto con los vecinos en la propia comunidad y si lo necesitaran podrían ser internadas en la sala común de clínica médica del hospital general.

La gestión del recurso humano

Fueron varias las vías de inclusión de los recursos humanos en el área de salud mental:

1) La captación interna en el propio sistema de salud

El pase del personal de otros servicios del hospital general a salud mental fue parte de un movimiento intrainstitucional muy importante que surgió a partir de incorporar un servicio de SM con internación en el hospital general, donde se rescataron recursos humanos sensibles al sector, probablemente desde su propia historia individual y familiar. Por ejemplo, una enfermera, jefa de quirófano durante diecisiete años, se acercó al equipo de salud mental para ser apoyada y contenida porque su marido padecía una enfermedad vinculada con el consumo de alcohol, y más tarde se convirtió en una de las líderes del movimiento provincial de desmanicomialización. Muchos profesionales, administrativos, cocineros, chóferes y encargados de mantenimiento se interesaron en el tema y solicitaron incorporarse a salud mental durante el proceso de sensibilización y capacitación realizado.

La Señora B. y el Señor M: una incorporación fundamental en el proceso de desmanicomialización.

A finales de 1986, los enfermeros de clínica médica solicitan a una psiquiatra del ESM de una de las localidades de la provincia que asistiera con urgencia a una compañera enfermera que se encontraba muy angustiada por la situación de su marido.

B. cuenta llorando su desesperación por la larga historia de alcoholismo de su marido, ahora retirado por discapacidad dada la imposibilidad de seguir en el