



Universidad Nacional del Comahue
Facultad de Humanidades
Carrera de Historia – Sede CRUB

Tesis de Licenciatura en Historia
Demoliendo hospicios. Trayectorias individuales y tradiciones en disputa en la reforma rionegrina de la Salud Mental que se convierte en ley (1983-1992)

Alumna:

Ana María Quintanilla (Legajo N° 110 562)

Directora de tesis:

Mgter. Claudia Gabriela Baffo

Codirectora:

Dra. Laura Marcela Méndez

Febrero de 2022

Índice

Agradecimientos	6
Primera parte	8
Introducción	8
Estado de la cuestión: lo que está escrito	14
Objetivos generales y objetivos específicos	18
Interrogantes	20
Consideraciones teóricas.....	21
Conceptos clave.....	23
Apartado metodológico.....	27
Segunda parte	31
La cura de la locura	31
El nacimiento de la institución neuropsiquiátrica.....	31
Primeros intentos de reforma: un ladrillo más en la pared.....	33
Abajo los muros: la construcción de un nuevo modelo	36
La impronta democrática: participación, inclusión, desilusión y después	39
Tercera parte	48
La salud mental en Río Negro (1959-1983)	48
Antes de la reforma	48
El hospital de Allen y los primeros cuestionamientos	52
El inicio de las transformaciones.....	57

Desmanicomialización: el modo rionegrino de la reforma (1983-1992)	63
El proceso de reinserción comunitaria.....	65
Capacitación de los equipos de salud	70
El convenio con Italia	75
El cierre de Allen	77
De qué hablamos cuando hablamos de desmanicomialización	82
La transformación del sistema.....	85
 Cuarta parte.....	 93
Quienes llevan adelante la desmanicomialización: los Brancaleone.....	93
“Para este trabajo se nace”	97
El ingreso a Salud Pública.....	104
Participación pública.....	106
La llegada a Río Negro	110
La conformación de equipos	119
“Un cambio cultural, no sin conflictos, problemas y crisis”	125
 Quinta parte.....	 138
El valor de la palabra escrita: ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental	138

El Anteproyecto	140
El debate.....	149
La aprobación	168
El año de la ley.....	173
Algunas cuestiones pendientes.....	178
Sexta parte.....	181
Consideraciones finales.....	181
Corpus documental	195
Fuentes	195
Archivos y documentos	195
Repositorios digitales.....	198
Entrevistas.....	198
Diarios y publicaciones periódicas.....	201
Bibliografía general.....	203
Bibliografía específica	209

A la memoria de mi abuelo que murió tras los muros
y a la de mi madre que me invitó a saltarlos

A todos los trabajadores de la salud mental rionegrina, por asumir el riesgo

A Ricardo, Lucía y Germán

Agradecimientos

Este trabajo es el resultado de un largo recorrido que no hubiera sido posible sin un conjunto de personas y circunstancias. Convencida de que no hay logros individuales sino colectivos, los agradecimientos se vuelven imprescindibles.

En primer lugar, agradecer al sistema educativo público argentino y a quienes lo sostienen con su trabajo cotidiano. Particularmente, a la Universidad Nacional del Comahue por brindarme la oportunidad de adquirir conocimiento junto con otros en el marco de una educación pública y gratuita. Gracias a sus docentes, alumnos y personal no docente por su compromiso y dedicación.

Gracias a Claudia Baffo, directora de este trabajo, quien generosamente aceptó participar de este desafío y supo guiarme con mano firme pero cálida desde el diseño del proyecto hasta el texto final. Su profesionalismo y su siempre amorosa predisposición fueron importantísimos en esta última etapa de la carrera.

Gracias a Laura Méndez, codirectora de la tesis, pero, sobre todo *alma mater* de mi recorrido durante la Licenciatura. Siempre atenta a atraer al redil a las ovejas descarriadas, motivando y alentando cada paso con su inquebrantable vocación docente y su imperturbable sonrisa.

A todos los que contribuyeron particularmente a la concreción de esta tesis, los trabajadores de salud mental que generosamente brindaron su aporte para esta investigación. Agradezco especialmente a los entrevistados: Daniel Bikauskas, Hugo Cohen, Betty Farías, Daniel Gómez, Liliana Ingold, Débora Jadzinsky, Alberto Lucio, Graciela Natella, Hebe Pacheco, Hugo Reales y José Schiappa Pietra no solo por su predisposición y cordialidad, sino por haberme transmitido el entusiasmo y la confianza en que un cambio es posible. Gracias a Vanda Ianowski que no solo me facilitó el acceso a los archivos de la Coordinación Provincial de Salud Mental, sino que fue el eslabón indispensable para que Claudia se uniera a esta empresa. Y a sus compañeras de la Coordinación que tan amablemente me cobijaron durante el trabajo en el archivo. Gracias a la gente de la Biblioteca de la Legislatura y al Dr. Douglas Price que amable y generosamente dispuso de su tiempo para la entrevista.

Una mención especial para Francisco Camino Vela que supo aconsejarme y brindarme sus cálidas recomendaciones y sugerencias en el inicio de este proyecto.

A todos los docentes que viajaron a Bariloche durante años para que pudiéramos cursar en el CRUB y a mis compañeros de camada, gracias por el tiempo compartido y por aceptar el desafío de aprender juntos. Gracias a la Logia repostera por sumarse a los festejos y encuentros académicos y de los otros.

Gracias a mis compañeros y amigos de la facu, la Logia resumidora, sin los cuales hubiera sido imposible llegar hasta acá y que hicieron de esta una experiencia enriquecedora. A ellos les debo infinidad de acaloradas discusiones, inquisitoriales preguntas y, por sobre todo, risas infinitas. Gracias a Dany, Emy, les Gabys y Mariano por seguir estando.

En este largo camino, no han sido pocos los que me han acompañado más allá del ámbito académico. Hubo algunas pruebas importantes que sortear y fueron muchos los que estuvieron cerca, de una manera u otra, ya sea con un mensaje de aliento, con un paquete de películas que acompañaron la convalecencia o esperando sentados en un frío pasillo de hospital. A todos ellos gracias infinitas.

Gracias a los hermanos de la vida Cristina y Gustavo por estar siempre, por ser, junto con los chicos, la otra mitad imprescindible de los Rinconi. A las amigas incondicionales que alentaron este trabajo y me acompañan cada día, cada una de ellas ejemplo y motivación: a Marta, Claudia y Pichuca, gracias. A Nelli, aunque ya no esté. A Vale, Sonia y Mariana por compartir una parte importante de mi historia.

A mi mamá que me acompaña en cada palabra escrita, a ella que está siempre conmigo, que hubiera estado orgullosa de este momento y que ha inspirado no solo este trabajo sino toda mi vida. A mi papá que junto con ella hizo de la infancia un lugar feliz y me enseñó que hay valores que no se negocian ni abandonan.

Gracias a mis hermanas, Laura y Silvia, cómplices de la vida, confidentes y refugio, que no dudaron en dejar todo para venir a trenzarme el pelo.

A mis hijos que son fuente de energía, alegría y orgullo no tengo más que decirles que los amo con todo lo que tengo. Gracias a Germán por ser reservorio de risas e imaginación, por la valentía de empezar, junto a su tenaz compañera, un nuevo camino tan lejos de casa. Gracias a Lucía por las charlas eternas, por su perseverancia y trabajo constante, por su inquebrantable compromiso social que me llena de orgullo y admiración y por ser mi sopita *Knorr*, siempre atenta a mi animómetro.

Last but not least, gracias a Ricardo, mi compañero constructor de mundos que, literalmente, me salvó la vida. Gracias por ser la columna sólida en la que apoyarse y el impulso para no decaer. Con él emprendimos, entre otras cosas, este camino del conocimiento histórico y, aunque él llegó antes a la meta, no dejó de acompañarme en este último tramo. Con él seguimos enfrentando cada desafío a como dé lugar, a veces codo a codo, otras, espalda contra espalda, siempre juntos a la par porque es así como somos mucho más que dos.

Primera parte

Introducción

Escribir sobre la locura parece un tópico que ha fascinado a muchos hombres y mujeres. Además de la notable obra de Foucault (1990) sobre la locura en la época clásica, ha habido muchos intentos de escribir su historia. En nuestro país, José Ingenieros (1920) escribió *La locura en la Argentina* y Ramos Mejía (1915) discursó sobre la locura en los hombres célebres. Más cercano a nosotros, encontramos el importante trabajo de Hugo Vezzetti (1985). La locura, que ejerce sobre nosotros una mezcla de fascinación y temor, es un hecho situado: ha tenido diferentes interpretaciones y definiciones a lo largo de la historia y de acuerdo al modelo dominante. Los “locos”¹ fueron herejes o místicos, excéntricos o alienados, dignos del calabozo o geniales, dependiendo de su condición social o de quienes establecieran el límite entre la locura y la normalidad. Así, las damas de sociedad podían ocultar sus extravagancias en un convento, pero una mujer pobre con conductas extrañas terminaba, con suerte, en el “cuartito del fondo” de su propia casa y, en la mayoría de los casos, encerrada por las autoridades. De la misma manera, se puede tomar por *snob* a un miembro de la clase alta, pero se hablará simplemente de un “pobre loco” si nos referimos a quien vive en un barrio marginal.

La locura no nos es ajena: somos *locos* por el fútbol, enloquecemos de amor, el tránsito es una locura, los niños son unos *locos* bajitos y nuestros amigos unos *locos* bárbaros. Pero, en general, lo que genera es temor y rechazo a lo diferente. El rótulo de “loco” fue aplicado convenientemente a aquellos que decían o proponían acciones que el conjunto de la sociedad no quería o temía llevar adelante. Así tuvimos al *loco* Dorrego, al *loco* de Asís o a Juana la *loca*. Y a los inmigrantes, a los anarquistas, a las mujeres con ideas diferentes y también a aquellos de quienes se quería obtener un beneficio económico.

El estigma de la locura (Goffman, 2009) implica que el que la padece deja de ser un ciudadano, un sujeto de derechos, para pasar a convertirse en un ser extraño que es necesario apartar, excluir e inhabilitar. De los castigos corporales y la quema en la

¹ Hemos optado por utilizar el universal masculino por una cuestión de uso y de economía del lenguaje. Dejamos sentado que en él, incluimos la diversidad de géneros.

hoguera, se pasó al gran encierro (Foucault, 1990) y las autoridades científicas y estatales decretaron el confinamiento como la mejor forma de cuidar y proteger al enfermo. Nace el manicomio, lugar de locos, edificio donde se deposita a aquello que no se quiere ver, aquello que es peligroso, aquello que amenaza a la sociedad de personas bien pensantes (Foucault, 1990; Vezzetti, 1985).

Es necesario aclarar que el manicomio, la institución asilar, nació en el siglo XIX bajo el influjo de una corriente científica y con espíritu humanitario, con el fin de dar un trato civilizado a los enfermos e intentar su curación, al tiempo que se lo protegía del mal que pudiera hacerse a sí mismo o a terceros. Pero pronto se convirtió en un simple depósito de seres hacinados, donde la misma institución se transformaba en un agente iatrogénico. El límite entre normales y anormales fue establecido médicamente, la psiquiatría se constituyó en un campo del saber y el confinamiento se transformó en una medida terapéutica.

La Argentina no fue ajena a este proceso y, entre 1850 y 1910, coincidentemente con lo que se ha dado en llamar su período de institucionalización, se crean hospitales y asilos regionales que dan forma a las nuevas teorías alienistas e higienistas (Vezzetti, 1985; De Lellis y Rossetto, 2009; Gonzalez Leandri en Bohoslavsky y Soprano, 2010). Como en todo proceso histórico, instituciones y prácticas surgen en un determinado contexto que, en este caso, es el de ampliación de la injerencia del Estado sobre diferentes aspectos de la realidad y, particularmente, sobre el conjunto del territorio. Es así como se crean en Buenos Aires los primeros hospicios (en 1854 el de mujeres, en 1863 el de hombres), y las primeras cátedras de psiquiatría en la Facultad de Medicina. También se inauguran una serie de hospitales regionales, algunos de ellos en los recientemente creados Territorios Nacionales.

Esta inauguración es parte de un movimiento iniciado por el Dr. Domingo Cabred, quien adhería a un tratamiento más humanitario y procuró mejorar las condiciones de internación, al tiempo que introdujo nuevas teorías como el modelo de puertas abiertas u *open door* que procuraba la rehabilitación mediante el trabajo rural. Cabred había fundado, en 1899, la Colonia de Alienados de Open Door en la provincia de Buenos Aires y establecido la Dirección de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales en

1906. A partir de 1910, promueve la creación de asilos y colonias en diferentes lugares del país, entre los que se encuentra el Hospital de Allen en el Territorio Nacional de Río Negro. Este hospital, inaugurado en 1925, pronto se convertirá en la primera institución neuropsiquiátrica de la región norpatagónica (De Lellis y Rossetto, 2009).

Pero no es la historia del encierro la que nos propusimos examinar en el presente trabajo, sino analizar el proceso de transformación del sistema de salud mental que se inició en el año 1983 en la provincia de Río Negro y que dio lugar a la promulgación de la ley 2440 y a su reglamentación en 1992. Planteamos así los límites de nuestra periodización que encuentra su inicio en 1983 con las primeras acciones de un grupo de trabajadores de la salud mental en pos de modificar el sistema de atención existente. Ubicamos el término de nuestra investigación en mayo de 1992, cuando la ley 2440 fue reglamentada mediante el Decreto N° 794 del gobernador Horacio Massaccesi.

En el núcleo del trabajo indagamos sobre los particulares recorridos, iniciativas, representaciones y adscripciones sociales, culturales, políticas e ideológicas de quienes participaron de la transformación del sistema de salud mental en la provincia de Río Negro. Una indagación que nos permitió articular historias personales con el proceso de reforma y con el contexto político y social en que este se llevó adelante.

Para ello, procuramos dar cuenta de la complejidad de relaciones entre los diferentes actores y agencias estatales donde se pusieron en juego intereses individuales y colectivos para dar lugar a nuevas redes de sociabilidad, así como a la aparición de conflictos. Como afirman Ernesto Bohoslavsky y Germán Soprano “ningún saber o práctica es permanente e intrínsecamente técnico o político” (2010:32), sino que se trata de un campo en tensión, resultado de pujas, negociaciones y choques entre diferentes agencias del Estado, corporaciones profesionales, orientaciones ideológicas, actores y factores. Enfocamos el análisis en lo que dichos autores denominan el “rostro humano del Estado” (Bohoslavsky y Soprano, 2010:39), es decir, en los agentes concretos que llevan adelante la acción estatal, con particular atención en quienes lideraron o dieron comienzo a la reforma.

Partimos de un supuesto, planteado a partir de expresiones vertidas por los propios iniciadores de la transformación y por el lenguaje que permea publicaciones y declaraciones a lo largo del proceso, que daba especial relevancia a los antecedentes de militancia política y social de quienes formaron el núcleo de los llamados “fundadores” (Baffo, 2011). Sobre este supuesto, investigamos cuál fue la influencia de esa militancia en su adscripción al proceso de transformación del sistema de salud mental en Río Negro. Además, nos interesó indagar si parte de dicho grupo encontró en la periferia un lugar donde desarrollar ideas y prácticas que estaban impedidos de continuar en las grandes ciudades cercanas al poder central.

Algunas de las dimensiones del análisis son la relación entre autoridades provinciales y nacionales con el programa de reforma, contextualizando las estrategias aplicadas en el momento político y económico en el que se desarrolló el proceso, fuertemente marcado por el retorno a la democracia. Para ello, se consideraron continuidades y rupturas respecto del contexto inicial, así como un somero análisis de la influencia que, en el período analizado, ejercieron proyectos implementados en otros países y que dieron lugar a intercambios académicos, ayuda financiera y convenios de intercambio.

Hemos estructurado el escrito en seis partes, comenzando con esta introducción. En la primera sección hemos incluido el estado de la cuestión, los objetivos de la investigación, los interrogantes planteados y las consideraciones teóricas y metodológicas que han sustentado nuestro trabajo.

En la segunda parte hemos realizado una somera descripción tanto de los antecedentes del tratamiento de la locura desde la época clásica, como los diferentes movimientos de reforma emprendidos en la Argentina y en el mundo. Dentro de esta sección, ubicamos también una descripción del momento histórico en el que se inscribe el proceso estudiado con el objeto de ubicar su desarrollo en el contexto de las políticas nacionales y provinciales de salud durante los primeros años de la instauración y consolidación de un nuevo ciclo democrático en el país.

La tercera parte se inicia con una descripción de la situación anterior al período analizado en nuestra investigación (1959-1983), así como de los primeros pasos dados

en pos de la transformación del sistema. Más adelante, se detallan las nuevas prácticas y su implementación hasta la elaboración de un anteproyecto de ley.

En la cuarta parte nos ocupamos de examinar la trayectoria de los actores que llevaron adelante la desmanicomialización en Río Negro, así como a estudiar como sus antecedentes de formación y participación pública previa se articularon con el desenvolvimiento de las nuevas prácticas y con su legitimación.

Hemos dedicado la quinta parte al análisis de las acciones llevadas adelante por dichos actores para formular un proyecto de ley y para lograr que dicho proyecto fuera tratado y aprobado en la legislatura provincial. También incluimos la enunciación de algunas cuestiones que tienen lugar fuera del período estudiado que esperamos sirvan como breve actualización de la temática.

En la sexta parte, tras una síntesis de lo planteado, damos cuenta de los comentarios finales de nuestro trabajo para terminar con algunas reflexiones sobre el proceso en cuestión.

Los últimos apartados se corresponden con el corpus documental y la bibliografía utilizada.

Con respecto a la relevancia académica del presente trabajo, consideramos que, si bien existen trabajos sobre el tema que detallaremos en el apartado “Estado de la cuestión”, esta investigación es un aporte, desde una provincia periférica en su condición política y económica, pero pionera en el campo de la salud mental, a una temática no muy frecuentada desde el punto de vista histórico. La aprobación en el año 2010 de una Ley Nacional de Salud Mental ha reabierto el debate acerca de la desmanicomialización en nuestro país, por lo que encontramos relevante realizar este recorrido histórico que puede enriquecer aspectos de dicha discusión.

Asimismo, conscientes de las numerosas voces de crítica que se levantan en Río Negro con respecto a la implementación de este programa que 30 años después de su inicio aún es motivo de disputa, nos parece relevante renovar el debate a fin de acercar herramientas de discusión que puedan ayudar a encontrar en el pasado “los rastros de otros caminos” (Fontana, 2001) para comprenderlos y ayudar a otros a comprenderlos.

Entendemos que la tarea de los historiadores puede contribuir, al participar en la formación de una memoria común desde una actitud crítica, como un aporte que ayude a la sociedad desde la que escriben a encontrar otros instrumentos de análisis y de formación de conciencia propia para entender el pasado como una forma de “atender las luchas del presente” (Vezzetti, 2008: 369).

Estado de la cuestión: lo que está escrito

Acerca del proceso de reforma en la provincia de Río Negro existe una serie de publicaciones que investigan aspectos particulares o un momento concreto de dicho proceso. Tal es el caso de los trabajos de Noemí Murekian (1993, 2006) y Pamela Collins (2008).

Del trabajo de Noemí Murekian (1993, 2006) nos interesa particularmente su evaluación del impacto representacional, en 1992 y 2000, de la desmanicomialización en Viedma y del rol mediador desempeñado por minorías activas en la construcción de la reforma, así como las representaciones sociales que aparecen en textos, relatos locales y entrevistas a los protagonistas de la reforma. Dado que el concepto de desmanicomialización podría ser un indicador para dar cuenta de la posición respecto del término de los actores sociales y políticos que participaron del proceso, entendemos que su investigación nos brinda información importante sobre la evolución de las representaciones sociales entre dichos actores.

El trabajo de Pamela Collins (2008), del Columbia College of Physicians and Surgeons, muestra un amplio panorama sobre la reforma en Río Negro del que nos interesa su propuesta de tratar de responder cómo se volvió prioritario el tema de la salud mental en una deshabitada provincia patagónica, mientras en todo el mundo suele ser el más descuidado de los servicios de salud. La autora comienza por hacer un breve repaso de la historia de los servicios de Salud Mental en la Argentina y en Río Negro, para continuar ilustrando acerca de los principios del programa y las innovaciones y cambios propuestos. Aunque su finalidad es discutir qué lecciones pueden extraerse de esta experiencia y cuál es su relevancia internacional, los datos incluidos son una buena información dado que son producto de un relevamiento realizado durante dos semanas del año 2003 en diferentes centros de salud de la provincia. Collins no solo repasa los principales datos sobre la implementación del programa, sino que hace lugar a algunas críticas y resistencias que ha despertado la reforma, así como algunas consideraciones sobre la evaluación del servicio. Si bien la eficacia del proceso no está entre los objetivos de nuestra propuesta y, por otra parte, los datos consignados presentan algunas

limitaciones propias del contexto de su recolección, estimamos que es un trabajo que no puede soslayarse.

Para nuestro trabajo, tomaremos como parte del estado del arte aquellos que se ocupan particularmente del período 1983-1992 o nos permiten acercarnos más concretamente a nuestro objeto de estudio.

En primer lugar, se encuentran aquellos trabajos o presentaciones que relevan la experiencia a través del relato de algunos de los actores de esta transformación. En esa línea podemos ubicar los trabajos de Hugo Cohen (2006), Graciela Natella (Cohen y Natella, 1995; 2009, 2013) José Schiappa Pietra (2003, 2008), Ana Lía Broide (2016), Jorge Pellegrini (1992), Pablo Franco (2016) y otras publicaciones de carácter colectivo (Schiappa Pietra y otros, 2016, 2019) a los que hemos tenido acceso y que, en su mayoría, constituyen una obra de presentación y difusión del propio programa.

Un caso particular lo constituye *La desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro* (Cohen y Natella, 2013) donde dos de los fundadores del programa relatan el proceso de reforma. Más allá de las consideraciones descriptivas y explicativas que lo constituyen en un texto de referencia para los profesionales del área de la salud, incluye varios capítulos de interés para el presente trabajo tanto desde el punto de vista histórico como en el discursivo. Considerando que los autores son dos actores fundamentales del proceso bajo estudio, su relato del proceso constituye un material importante al momento de analizar sus interpretaciones o visiones, así como las estrategias que llevaron adelante para la construcción de políticas innovadoras en su campo de acción. Sin duda constituyó una fuente de información y comprensión para dar cuenta de nuestro objetivo de indagar en las acciones llevadas adelante en la etapa previa a la confección del anteproyecto de ley, a la actuación de sus protagonistas en la elaboración de dicho proyecto y en el proceso político que culminó con el tratamiento y aprobación de la ley 2440 por parte de la legislatura provincial.

Por su parte, José Schiappa Pietra, referente del programa tal como Cohen y Natella, ha sido, al igual que ellos, un prolífico difusor de la reforma y ha publicado diversos escritos con sus reflexiones desde el comienzo del proceso. A los efectos de tratar de responder nuestros interrogantes sobre los inicios de la transformación de los servicios

de salud mental en la provincia, en particular aquellos referidos a los mecanismos, redes de apoyo y alianzas que se establecieron para la implementación de las nuevas prácticas entre 1983 y 1992, tomamos como fuente los relatos que sobre la experiencia el autor vuelca en *Tres escritos. A partir de observaciones y labores realizadas con la llamada modalidad rionegrina de trabajo en salud mental* (Schiappa Pietra, 2003b). Entendemos que su testimonio aporta a la comprensión acerca de cómo, desde su perspectiva, se dirimieron los conflictos de poder y se enfrentaron las resistencias al cambio que surgieron entre los miembros de los equipos provinciales de salud mental que se iban constituyendo. Además, su relato resultó un insumo relevante al momento de definir las entrevistas que se plantean como parte de este trabajo, tanto en lo que se refiere a las personas allí nombradas como a los acontecimientos descriptos y que deberán ser contrastados con otros testimonios. De otra de sus publicaciones (Schiappa Pietra, 2008), nos interesa su particular caracterización del “modelo rionegrino de trabajo en salud mental” como lo denomina ya desde el título del trabajo. Consideramos que los conceptos e ideas vertidos en el libro aportan a reconstruir algunas de las concepciones ideológicas que sustentan las nuevas prácticas, así como a caracterizar las disputas al interior del campo de la salud mental en Río Negro.

Basándonos en la perspectiva del neoinstitucionalismo histórico propuesta por Susana Belmartino (2008), nos permitiremos contrastar nuestros interrogantes con el trabajo de Tesis en Maestría en Administración Pública de Miguel Angel Franco *Estrategias de reformas y percepción social de la política de Salud Mental de Río Negro* (2001) quien realizó una profunda investigación sobre la reforma en Río Negro. El autor aborda la política de salud mental a través del análisis de los mecanismos de regulación provincial utilizados por el Estado para llevarlos adelante. En su indagación analiza tanto el expediente de presentación de la ley como el contenido de diversos medios periodísticos regionales que completa con algunas entrevistas en profundidad. Su trabajo concluye que no se lograron los recursos necesarios para garantizar la eficacia de la reforma y que el mismo programa acabó siendo fuertemente cuestionado. No pretendemos, como ya hemos mencionado, estudiar los alcances o la eficacia de la reforma, pero el análisis de Franco de la trama institucional desde una perspectiva regulacionista nos aporta a la comprensión del problema, al que trataremos de complementar con una perspectiva

cultural más enfocada en la construcción de identidades colectivas como una forma de explicar por qué la propuesta alcanza una instancia institucional. Sobre todo, nos interesa su ponderación del concepto de legitimidad al que recurriremos al momento de analizar los conflictos al interior del campo.

Más cercano a nuestra perspectiva de análisis encontramos el trabajo que, sobre las percepciones y opiniones de los trabajadores del área de salud mental realiza Claudia Baffo (2011) en su Tesis de Maestría en Epidemiología, gestión y políticas de salud *Desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y nuevos desafíos. La perspectiva de los trabajadores a 25 años de la reforma en salud mental*. Durante una reunión provincial de trabajadores del sector, se recabó información entre ellos sobre su definición del concepto de desmanicomialización y sobre su percepción tanto de la historia como del desarrollo del proceso de reforma. Para nuestro trabajo, es de interés la clasificación de los trabajadores en función del tiempo de permanencia en el programa que la autora plantea, ya que nos permite identificar a algunos de los actores que vamos a estudiar, así como sus representaciones y vivencias sobre los primeros tiempos de la transformación del modelo asilar en Río Negro. Este es justamente el momento que nos proponemos reconstruir a través de la presente investigación y serán los llamados “fundadores”², aquellos que están desde el inicio, objeto especial de nuestra indagación. También del trabajo de Baffo procuraremos rescatar la percepción que los iniciadores del programa tienen sobre la singularidad del proceso, sobre su carácter de pionero y sobre los esfuerzos y compromisos que requirió de ellos. Estas y otras apreciaciones serán insumos para analizar el comportamiento de los actores en esos momentos iniciales y ahondar sobre las alianzas, conflictos o diferencias de criterios u objetivos que se establecen al interior de la trama institucional en la que desarrollaron sus prácticas innovadoras.

Dado, pues, el estado de la cuestión, nos proponemos con este trabajo hacer una contribución que entendemos puede enriquecer el análisis del tema al enfocarse sobre otros aspectos del origen y evolución del programa de salud mental en la provincia de Río Negro.

² Usaremos eventualmente el término “iniciadores” cuando facilite la fluidez narrativa del texto.

Objetivos generales y objetivos específicos

Son objetivos generales de este trabajo:

- Analizar el proceso de reforma del campo de la salud mental de la provincia de Río Negro, desde sus inicios en 1983 hasta la reglamentación de la ley 2440 en 1992, así como su vinculación con el contexto histórico del retorno a la democracia en la República Argentina.
- Reconstruir las trayectorias personales y profesionales de los fundadores de la reforma, sus prácticas políticas y concepciones ideológicas y comprender como dichos recorridos se articulan con su participación en el proceso de reforma del campo de la salud mental en Río Negro.

Son objetivos específicos de este trabajo:

1. Indagar sobre los antecedentes de la reforma del campo de la salud mental en el ámbito provincial.
2. Analizar la actuación pública y los antecedentes de formación académica de los gestores de la reforma, sus redes de sociabilidad y las acciones llevadas adelante en la etapa previa a la confección del anteproyecto de ley.
3. Examinar alianzas, conflictos o diferencias de criterios u objetivos que den cuenta de las disputas al interior del campo de la salud mental.
4. Articular las historias personales de los gestores de la reforma con el proceso político que sustenta la deconstrucción de un modelo asilar y la implementación de un modelo de salud mental comunitaria.
5. Indagar la modalidad de instalación de nuevas prácticas en el campo de la salud mental rionegrina, en relación con las políticas del poder central y la capacidad de decisiones autónomas a nivel provincial.

6. Reconstruir, en clave temporal, las diferentes instancias que atravesó el proyecto de reforma en la comunidad política provincial desde su germen hasta su aprobación y su vinculación con procesos políticos nacionales y provinciales.
7. Examinar y detallar el debate legislativo en torno al proyecto de ley, así como las estrategias utilizadas por integrantes del programa, autoridades provinciales y legisladores en busca de consenso.
8. Verificar las posibles influencias sobre el proceso de reforma de la salud mental en Río Negro de las experiencias que se habían desarrollado o estaban siendo implementadas en otros países.

Interrogantes

Los interrogantes centrales que vertebran la propuesta investigativa son:

¿De qué manera se insertó el proceso de reforma en el contexto político y sociohistórico nacional y provincial? ¿Cómo influyeron estos contextos en las diferentes etapas de este proceso?

¿De qué forma influyó la distancia del poder central en la posibilidad de instalar nuevas prácticas de salud mental en una provincia periférica?

¿Cuáles son los antecedentes profesionales y de actuación pública de quienes dan inicio al proceso de reforma? ¿Cuál es la relación entre sus trayectorias personales y el proceso político que sustenta la desmanicomialización en Río Negro?

¿Qué mecanismos, redes de apoyo y alianzas se establecieron para la implementación de nuevas prácticas en salud mental entre 1983 y 1992?

¿Cómo se dirimieron los conflictos de poder y se enfrentaron las resistencias al cambio que surgieron al interior del campo de la salud mental en el ámbito provincial durante el período en estudio?

¿Cuáles fueron y cómo se gestaron los acuerdos para la toma de decisiones entre los diferentes actores sociopolíticos que permitieron el tratamiento parlamentario y la posterior aprobación del anteproyecto de ley?

¿Cuál fue la influencia de las experiencias de otros países sobre el proceso de reforma de la salud mental en Río Negro?

Consideraciones teóricas

En coincidencia con el planteo de Diego Armus acerca de que “las teorías son solo recursos para entender el pasado, pero no pueden reconstruirlo” (2010: 9), nuestro trabajo abrevó en varias prácticas historiográficas y trabajos teóricos en un intento de establecer un conjunto de herramientas que nos permitió interrogar y analizar el objeto de investigación.

El objeto de estudio se ubica en la perspectiva de la *Historia regional*, “capaz de relacionar a los individuos y los grupos con las estructuras y los procesos sociales, y que sin apartarse de la teoría y el análisis contextual” (Fernández, 2015:199) pueda aportar a la historia nacional sin quedar delimitada en los grandes procesos nacionales. Esta corriente historiográfica entiende a la región como una construcción social que permite establecer redes de relaciones transversales y compartir un clima de ideas, parte incompleta que depende, para ser entendida, de un todo que la comprenda y referencie (Bandieri, 1995). En nuestro caso, consideramos que esta perspectiva nos permitirá la construcción de conocimiento desde la singularidad del contexto local con el propósito de complejizar la historia nacional incorporando especificidades propias del proceso rionegrino (Bandieri, 2019, 2021; Fernández 2015).

Para abordarlo utilizamos las herramientas que nos provee la *Microhistoria* (Aguirre Rojas, 1995; Grendi, 1981; Levi, 2021; Levi en Casullo y otros, 2014; Revel, 2015; Serna y Pons, 1999). Particularmente, tuvimos en consideración los lineamientos que brinda Grendi (1981) en cuanto a la rigurosa contextualización del objeto histórico, que privilegia el estudio relacional, los modos de interacción múltiples y complejos que se dan entre sujetos operantes en un contexto histórico, a la vez que reivindica el protagonismo de individuos y grupos sociales, lo que Thompson denomina “la agencia humana” (citado por Serna y Pons, 1999:244). Consideramos que el estudio microhistórico de un grupo de individuos puede permitirnos acercar “una modulación particular de la historia global” ya que lo que nos ofrece el punto de vista microhistórico “no es una versión atenuada, parcial o mutilada de realidades macrosociales, es una versión diferente” (Soprano, 2007:42). Tal como reivindicaba Grendi (1981), nos

proponemos aplicar la reducción de escala para resaltar el contexto en el que se inscribe nuestro objeto de estudio para aproximarnos a la compleja red de relaciones que constituyen la Historia Social (Serna y Pons, 1999).

Por tratarse de un programa gubernamental de política pública, fue necesario recurrir también a teorías que nos permitieran ampliar el análisis a las estructuras en un nivel más general de carácter socio-político. Para ello, tomamos en consideración la perspectiva conocida como *Neoinstitucionalismo histórico* (Quevedo y otros, 2013) que plantea el estudio del Estado como un actor sociopolítico y, a la vez, terreno en el que se disputan las luchas sociales, políticas e ideológicas de diversos actores. El uso de sus categorías nos ayudó a estudiar la relación entre Estado e individuos o grupos sociales.

Encuadramos nuestro trabajo dentro de lo que Sandomirsky (Saforcada y otros, 2010) denomina *estudios aplicados*: una serie de trabajos con diferentes objetos de análisis, metodologías y disciplinas que no conforman un corpus teórico homogéneo y que están caracterizados por su interés en normativas, planes, programas, proyectos o creación de nuevos organismos. Esta corriente fue particularmente útil para abordar nuestro objeto de estudio relacionando las políticas públicas y su incidencia sobre la vida de las personas. Esta incidencia es mucho mayor en el caso de una ley, ya que como expresa Sandomirsky, “tiene mayor posibilidad de ser preservada en el tiempo”, mientras los programas y planes están más sujetos a los vaivenes políticos o los recambios gubernamentales (Saforcada y otros, 2010:78).

Es pertinente introducir un nuevo tópico que se ha convertido en objeto de reflexión de las ciencias sociales y que es el tema de la salud y la enfermedad (Armus, 2000, 2002, 2007, 2010 y 2012; Belmartino, 2008, 2009 y 2017; Belmartino y Bloch, 1994, Bohoslavsky, 2007, Di Liscia, 2009, Gonzalez Leandri, 2007, 2010, 2012 y 2013; Ramaciotti, 2008; Quevedo y otros, 2013). Si bien muchos de estos trabajos se enfocan en las instituciones como herramientas de control social, sus análisis nos permitieron ahondar en la relación entre los mecanismos del Estado para atender la salud y la historia social de sus instituciones, enfocándonos especialmente en políticas que, como en el caso rionegrino, resultaban innovadoras y estaban dirigidas no al control social sino al cambio de paradigmas. Armus (2010) manifiesta que se han ido perfilando

varios estilos de abordaje de la historia de la salud y, entre ellos, nos parece el más pertinente en esta ocasión, el de la denominada *Historia de la salud pública*, que se enfoca en las acciones estatales dirigidas a problemas de salud colectiva, estudiando las acciones políticas en las que el Estado o sectores de la sociedad impulsan iniciativas concretas que resultan de una evaluación donde los factores médicos y epidemiológicos cuentan tanto como los políticos, económicos, culturales, científicos y tecnológicos (Armus, 2010: 6). En el caso de la provincia de Río Negro, fue de utilidad para analizar como un grupo de profesionales puso en marcha sus propias ideas para movilizar los recursos y los factores de poder en función de intereses específicos del campo de la salud mental.

Conceptos clave

Para ayudar a construir nuestro objeto de estudio, utilizamos la noción de *campo de la salud mental*, definido por Emiliano Galende como “una práctica social que articula diversas ideologías, teorías, prácticas e instituciones (...) está en relación con el momento socio-histórico, del cual depende el predominio de ciertas representaciones de la salud y la enfermedad que condicionan las teorías y prácticas correspondientes que efectúan los actores dentro del campo” (Gimenez, 2009:2). El nuevo paradigma de Salud Mental la reconoce como un “proceso de construcción social”, pero, además, como un “campo abierto, dinámico y multirreferencial, que se sostiene sobre dos ejes fundamentales: la interdisciplina y la intersectorialidad” (Zito Lema, Siculer, Barraco y Sava, 2008:440).

Para abordar el campo de la salud mental, partimos del concepto de *campo* de Bourdieu (1999) quien entiende la sociedad como “un racimo de campos sociales” (Quevedo y otros, 2013:308) en el que cada campo es el escenario en el cual se dirimen conflictos por la apropiación de los capitales materiales y simbólicos a su interior. Su mismo funcionamiento establece una lucha desapareja entre fuerzas dominantes y emergentes, donde unos procuran conservar su legitimidad y su poder y otros ensayan formas de apropiación de los espacios de decisión para imponer nuevas tradiciones. De este concepto recuperamos la lectura de Belmartino (1994, 2008, 2017) quien sostiene que el sector salud constituye un campo social y útil como instrumento de análisis, que no

desconoce la inserción del área en la sociedad, pero se define por la existencia de un capital simbólico común que se disputa entre los que participan de él. Se trata de un concepto fundamental considerando que en él se articulan tanto las características de los actores, sus reivindicaciones y propuestas de cambio, como las formas organizativas en las que actúan.

Dado que el foco de nuestra investigación está puesto en los *actores sociopolíticos* que participan del proceso de reforma, recurrimos nuevamente a la definición de Belmartino (2008) para delimitar quiénes serían considerados actores e identificando como tales a quienes poseían capacidades e intereses propios que les permitieron defender nuevas formas organizativas en base a los recursos disponibles. Son aquellos que “ocupan una posición estratégica en el sistema de decisión en el proceso de formación de políticas y responden por la articulación de los campos del conocimiento y el poder” (Belmartino, 2008:17). Nos propusimos acercarnos desde una perspectiva que permitiera identificar las prácticas cotidianas y los espacios de interrelación de quienes participan de este programa y encarnan el “rostro humano del Estado”, al poner en acción las iniciativas de la institución a la que representan (Bohoslavsky y Soprano, 2010). Pudimos así, entre otros aspectos, analizar la relación de esos actores con el Estado que también puede considerarse un actor socialmente significativo cuando logra condensar ciertos elementos de cohesión interna (Belmartino y Bloch, 1994), aspecto que fue necesario analizar.

Una vez delimitados los actores que tomamos en consideración para nuestro trabajo, nos propusimos indagar sobre su actuación pública, así como sus antecedentes de formación académica, sus redes de sociabilidad y las acciones llevadas adelante entre 1983 y la aprobación del proyecto de ley. Para ello, y considerando que era necesario acercarnos a dichos recorridos de forma tal que se tuviera en cuenta la red de relaciones que los posibilitaban y el entramado en el que se desarrollaron, tomamos la noción de *trayectoria* de Bourdieu (1997). Para el autor, la trayectoria es “una serie de las posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 1997:82). De acuerdo con Bourdieu, para comprender una trayectoria es

necesario elaborar con antelación la sucesión de estados que se presentan en el campo donde se desarrolla dicha trayectoria, por lo que esta noción orientó nuestro análisis de las relaciones entre los actores que participaron de un mismo campo en el que compartieron el mismo espacio de posibilidades (Bourdieu, 1997:82). Vinculado a la noción de *habitus* en tanto “sistema de disposiciones duraderas adquirido por el individuo en el transcurso del proceso de socialización” (Bonnewitz, 2003:64), el concepto de trayectoria nos permitió, además, insertar los recorridos de los actores involucrados en el proceso de reforma en su contexto histórico, económico y social (Montagner, 2007:285).

A fin de reconstruir las diferentes instancias que atravesó el proyecto de reforma en la comunidad política provincial, así como examinar alianzas, conflictos o diferencias de criterios u objetivos que den cuenta de las disputas al interior del campo de la salud mental, utilizamos el concepto de *trama institucional* como el lugar en el que se inserta la lucha política y que tiene la capacidad de imponer las reglas de juego tanto para la confrontación como para permitir que se alcancen acuerdos entre las partes (Belmartino, 2008:8). El concepto nos permitió analizar el escenario donde se constituyeron dichas reglas del juego y establecer cuáles fueron las alianzas para la toma de decisiones entre los actores sociopolíticos intervinientes, cada uno con sus recursos e intereses, así como con sus concepciones ideológicas e identidades.

Es dentro de esa trama en la que los actores intervinientes intentaron instalar nuevos paradigmas, por lo que encontramos pertinente recurrir al concepto de *modelo* o forma organizativa como el “referente específicamente ideológico de delimitación del marco legal-institucional” (Belmartino y Bloch, 1994:14). Es decir, una abstracción que nos facilita el análisis de un proceso social de cambio en el que dicho modelo orienta las acciones y estrategias de los actores involucrados. Remite a una dinámica de actores (Belmartino y Bloch, 1994:15) en la cual los sujetos van a adherir a determinadas formas de organización que sintetizan sus concepciones sobre lo que está bien, lo que es justo y lo que es posible frente a lo que existe (Therborn, 1987). En nuestro caso particular, los poderes-saberes fueron particularmente importantes en el enfrentamiento

entre los que defendían un modelo asistencialista y aquellos que buscaban introducir una nueva perspectiva comunitaria para la atención de la salud mental.

La reforma estudiada propone una democratización del poder, entendiendo que este anida no solo en las instituciones del Estado, sino en el *saber* de profesionales y en las prácticas y disciplinas intervinientes y, sobre todo, en el propio imaginario social, de por sí discriminador y excluyente de las personas que padecen sufrimiento mental (Schiappa Pietra, 2008; Cohen, Natella, 2013). El nuevo modelo, con su práctica interdisciplinaria e intersectorial, postula que ningún saber puede constituirse como hegemónico en la aplicación de sus estrategias terapéuticas, estrategias que surgen del consenso de todos los actores intervinientes. Es evidente que estos postulados encontraron fuertes resistencias tanto en las corporaciones profesionales, integradas por médicos, psiquiatras y enfermeros, como en las grandes empresas farmacéuticas y de provisión de medicina privada, así como en el ámbito de la justicia (Cohen y Natella, 2013).

Esta línea de pensamiento nos conectó con el otro concepto puesto en juego en nuestro trabajo y que no es otro que el concepto de *poder*, enmarcado en la noción foucaultiana de que el poder son los poderes, “constelaciones dispersas de relaciones desiguales, redes de poder, constituidas discursivamente como campos de fuerzas. (...) el poder como capacidad de imponer sentido, de re-significar y re-simbolizar las redes significativas que componen el mundo de lo humano” (Millán, 1998: 24). El poder no como acción sólo represiva, sino productora de sentido social. Los procesos de reforma no se llevan adelante de inmediato o automáticamente, sino que son producto de dinámicas sociales complejas para cuyo estudio es necesario adoptar una visión relacional del poder. El poder como un conjunto de relaciones de fuerza en una coyuntura dada, fundada en redes comunitarias y construcción de consenso, que difiere de la concepción weberiana que limita su campo de acción al Estado. Esta coyuntura no estará exenta de disputas de legitimidad al interior del campo de la salud mental (Visacovsky, 2001), que tendrá características de gesta para algunos y de utopía para otros (Schiappa Pietra, 2003b). Fue necesario estudiar cómo los líderes de la reforma construyeron una acumulación de poder que les permitió reunir voluntades para llevar a

cabo la transformación y, al mismo tiempo, construir vínculos con las autoridades políticas para convertirse en un interlocutor privilegiado al momento de tomar decisiones (Belmartino y Bloch, 1994).

Apartado metodológico

Hemos realizado una investigación de tipo cualitativo, considerando que los métodos cualitativos prestan especial atención a las interpretaciones, ideas y percepciones de los actores sociales (Sautu, 2005). Sus herramientas se ajustan más adecuadamente a nuestro trabajo al ocuparse “de historias sociales bajo la óptica de los actores, de relaciones” que se establecen dentro de un grupo delimitado y son útiles para el análisis tanto de discursos, como de documentos (Souza Minayo, 2016:32). Consideramos, además, que se trata de un estudio de caso único, entendiendo como tal “un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales donde se busca dar cuenta de su particularidad en el marco de su complejidad” (Neiman y Quaranta, 2006:220). Por lo tanto, la metodología cualitativa a través de las entrevistas semiestructuradas y de la observación y análisis de los documentos seleccionados, nos proporcionó los instrumentos más adecuados para llevar adelante el presente trabajo (Sautu, 2005).

Dado que los documentos constituyen la “huella de una acción humana” (Arostegui, 2001:163) hemos recurrido a la búsqueda y análisis de los conjuntos documentales que pudieran responder más adecuadamente a las preguntas de nuestra investigación. Tal como, entre otros autores, nos indica Levi (2021) los documentos son siempre parciales y responden a diferentes formas de elaboración y almacenamiento por lo que fue necesario realizar un análisis crítico de dichas fuentes para establecer su fiabilidad y el contexto de su producción.

El corpus documental analizado está compuesto por lo que se podría denominar enunciaciones oficiales del programa, esto es: libros editados por el gobierno provincial con el texto de la ley o para su difusión; folletos de promoción de la salud, incluyendo afiches de jornadas, programas de difusión y talleres; presentaciones realizadas por los

fundadores de la reforma en congresos y seminarios. Una parte importante de este material está constituido por documentos que acompañaron la presentación del proyecto de ley ante la legislatura provincial a los que se tuvo acceso durante una visita realizada en noviembre de 2011 a la Coordinación Provincial de Salud mental de Río Negro. En esa oportunidad, las autoridades del momento nos facilitaron su registro documental y varios de los documentos analizados se corresponden con material de ese archivo (nombrado en adelante como ACPSM).

A fin de caracterizar el proceso que culminó con la promulgación de la Ley 2440, indagamos también en los expedientes que acompañaron el anteproyecto de ley, en los diarios de sesiones del Poder Legislativo entre 1989 y 1992 y en las declaraciones oficiales referidas al tema. Como fuente secundaria se utilizó el material de prensa que, con motivo del debate y posterior aprobación de la ley, fue publicado en el principal diario de la región y, en algunos casos, en publicaciones de alcance nacional o regional. Destacamos que, al incluir la información contenida en artículos periodísticos, tuvimos presente que se trata de construcciones narrativas en las que se privilegian algunos sucesos y se desechan otros. Además, es necesario distinguir entre aquellas notas que son simples presentaciones de noticias y las que expresan opiniones de lectores o del medio periodístico que las publica (Gutiérrez Vidrio, 2010).

Entendemos que el análisis del debate público sobre el proceso de reforma nos permitió identificar cuáles fueron los puntos que provocaron desavenencias irreconciliables que llevaron a la ruptura y sobre qué fuerzas o ideas se cimentaron alianzas y compromisos interpersonales. Para ello, contamos con la colaboración del personal de la Biblioteca de la Legislatura y de la Biblioteca del diario Río Negro, quienes gentilmente nos permitieron el acceso al material de sus archivos.

Con respecto a los expedientes que iniciaron el tratamiento de la ley, lamentablemente las circunstancias sanitarias impidieron la continuidad en nuestro acceso a los registros de la Legislatura. Sin embargo, aunque no pudimos consultar la copia completa del expediente respectivo, contamos con una versión parcial digitalizada y con numerosos documentos a los que tuvimos acceso tanto en la mencionada visita al ACPSM, en noviembre de 2011, o a través de la página oficial de la Legislatura.

A fin de establecer las vinculaciones del proyecto con iniciativas nacionales o internacionales, que indicaran caminos comunes, modelos de implementación o paralelismos que pudieran establecerse en cuanto al ejercicio diario de la práctica rastreamos dichas vinculaciones en la documentación existente en el archivo de la Coordinación provincial, así como en las entrevistas realizadas, en los documentos oficiales y en las noticias en la prensa de la época. En esos mismos documentos, procuramos verificar las continuidades y rupturas respecto del proyecto inicial y su relación con ciclos más generales de la historia política e institucional, sin olvidar la influencia que sobre el programa pudieron ejercer proyectos implementados en otros países y los intercambios académicos, ayuda financiera y convenios establecidos con dichos proyectos.

Por otra parte, de acuerdo a nuestra propuesta metodológica de tipo cualitativo, se realizaron una serie de entrevistas semiestructuradas a quienes participaron del proceso de reforma del programa de salud mental rionegrino, con un abordaje abierto a la adecuación del esquema inicial. La selección de los entrevistados respondió al criterio de contactar a quienes consideramos actores del proceso, en cuanto aquellos con capacidades e intereses propios que les permitieron defender nuevas formas organizativas en base a los recursos disponibles (Belmartino, 2008). Para dicha selección, tomamos como guía, en una primera instancia, los registros que uno de los protagonistas publicó sobre el trabajo en salud mental (Schiappa Pietra, 2003b) y en los propios relatos de los entrevistados, así como en los documentos analizados.

Por razones de índole material y disponibilidad no pudimos entrevistar a todos aquellos que pueden considerarse actores de la reforma, pero entendemos que hemos podido reunir a un número significativo de los llamados “fundadores” (Baffo, 2011). Todos los entrevistados participaron del programa dentro del período abordado por nuestra investigación, aunque algunos se incorporaron luego de iniciado este lapso. Cuatro de los entrevistados ingresaron al sistema de salud pública provincial con anterioridad al período estudiado y el resto se fueron integrando en diferentes momentos de dicho proceso. Todos ellos continuaban desempeñando funciones en el área en 1992 momento del cierre del período estudiado en el presente trabajo y seis de ellos ocuparon puestos

de gestión en el área del Ministerio de Salud durante el período de estudio o en etapas posteriores. En cuanto a las profesiones de los entrevistados, se trata de dos enfermeras, cuatro psicólogos y seis psiquiatras. Aunque algunos de ellos prestaron servicios en una única localidad a lo largo de su trayectoria, el trabajo de muchos de ellos abarcó diferentes pueblos y ciudades de la provincia. Por ese motivo, si bien no tendremos un panorama completo de todo el territorio, entendemos que la información recogida puede brindar una muestra de lo que sucedía en diferentes zonas sanitarias.

Debido a las restricciones de circulación vigentes durante el período en que se realizaron las entrevistas, entre noviembre de 2020 y agosto de 2021, todas fueron realizadas por medio de video llamadas y tuvieron una duración que fue entre una y dos horas aproximadamente. Cabe aclarar que, en uno de los casos y por imposibilidades de tipo técnico, se recurrió a recoger el testimonio a través de la recepción telefónica de textos elaborados por la propia entrevistada.

Adicionalmente, ya fuera del grupo de los fundadores, hemos entrevistado a un importante actor político del proceso de aprobación de la ley objeto de nuestro trabajo, ya que, habiendo ocupado el cargo de Ministro de Trabajo durante el período anterior a la sanción de la ley, era legislador provincial en el momento del debate y sanción de dicha norma. En su caso, la entrevista se orientó, particularmente, al tema de las alianzas políticas y los mecanismos legislativos que propiciaron el tratamiento y aprobación de esta ley.

Cabe aclarar, que, por una decisión metodológica, no se entrevistó a quienes, habiendo sido parte del área de salud mental en alguna etapa de la reforma, se volvieron opositores al proceso o no participaron de algunas de las instancias que involucran el problema investigado. Atentos a nuestro recorte temporal, entendemos que no ocuparon “una posición estratégica en el sistema de decisión en el proceso de formación de políticas” (Belmartino, 2008:17). Sin embargo, las voces críticas se incorporaron a través de sus escritos y en las manifestaciones de la polémica que tuvo lugar durante el proceso.

Segunda parte

La cura de la locura

“...aquí en el hospicio, siento por momentos que ya no soy yo. Todo languidece, se opaca... Es tan difícil vivir aquí sin que el alma se convierta en una piedra... ¿Será por eso que los médicos todavía persiguen la piedra de la locura?”

Jacobo Fijman, *Crisis*, N° 11, marzo de 1974

El nacimiento de la institución neuropsiquiátrica

En el mundo occidental, durante el siglo XVII y buena parte del XVIII, el hospicio tenía la función de hospedaje para toda clase de marginados desde leprosos y prostitutas, hasta locos y vagabundos, es decir, todos aquellos que simbolizaban una amenaza a la ley y el orden social (Amarante, 2006: 20-31). El criterio que define la exclusión de los locos es la *sinrazón* y se plantea la internación como método de protección y guarda. Ya en la segunda mitad del siglo XVIII, el loco pasa de ocupar el lugar de la *sinrazón* al de la *alienación*, ya bajo la figura de un riesgo para la sociedad e inaugurando la institucionalización de la locura a través de la instauración del poder médico y de la organización del espacio hospitalario.

Foucault va a describir la transformación del hospital en una institución medicalizada por la acción sistemática y dominante de la disciplina, la organización y la investigación médica (Amarante, 2006:21), de esta manera “la noción de peligrosidad social asociada al concepto de enfermedad mental, formulada por la medicina, propició una superposición entre castigo y tratamiento” (Amarante, 2006:21).

Va a ser Philippe Pinel (1745-1826) médico francés, hijo de médico, quien en las postrimerías del siglo XVIII y comienzos del XIX va a liberar a los locos de sus cadenas, lo que no implica otorgarles la libertad, sino hacerlos caer bajo un nuevo yugo: el del conocimiento médico que funda una ciencia que permite clasificar a los enfermos e inaugura nuevas prácticas que encuentran su lugar en el asilo, espacio en el que se organizan las relaciones bajo un nuevo mandato social: la asistencia y tutela. Pinel entiende la enfermedad como un problema de orden moral y postula el aislamiento

como primordial para observar los síntomas de los pacientes a los que convierte en objetos de estudio.

Pinel representa un primer e importante hito en la medicalización del hospital, la primera reforma, que implica la apropiación de la locura por el discurso y la práctica médica: es el nacimiento de la psiquiatría y del hospital psiquiátrico (Amarante, 2006:24). En este momento aún persiste la concepción de que era el aislamiento la mejor manera de tratar con los enfermos mentales y, aunque ya no se los encierra junto a delincuentes y marginales, las condiciones materiales de su internación siguen siendo miserables y el poder médico dicta y estructura la vida intramuros.

En la Argentina, Lucio Meléndez, destacado médico y científico, va a ser quien, inspirado en la doctrina de Pinel, introduzca el alienismo al hacerse cargo del hospicio de hombres en 1876. El establecimiento se había inaugurado en 1863 y el nuevo Director se propuso modificar ese “depósito de seres humanos” (Vezzetti, 1985:45). Su papel será fundamental para transformar un sistema basado en la filantropía en un método científico de observación y ordenamiento. Será Meléndez quien ponga en práctica la “tecnología alienista” (Vezzetti, 1985:48). El alienismo propone un trabajo sistemático y exhaustivo que “impone la observación metódica y el seguimiento cuidadoso de la evolución” (Vezzetti, 1985:48) de los pacientes. El espacio de internación va adecuándose a esta metodología, que se relaciona con el higienismo en cuanto a su tratamiento de lo que considera un mal “social”. El higienismo fue un movimiento que tomó cuerpo en la Argentina a fines del siglo XIX y que, tal como señala Visacovsky (2001:91) fijaba su atención en el “conjunto social, visto como un organismo vivo en el que las perturbaciones, desórdenes y desajustes sociales eran entendidos como patológicos.” Consideraba que estos trastornos eran problemas relacionados con la higiene pública y que necesitaban del control estatal para separar a los sujetos normales de los casos anómalos. La especificidad del alienismo radicará en la delimitación de un espacio de atención, el hospicio o manicomio, y en el protagonismo de quien lo dirige: el alienista. Esta figura sumará a su condición de experto algunas características propias del régimen paternalista en tanto conserva la idea de autoridad y la jerarquización de roles al interior de la institución.

De acuerdo con Vezzetti, “el dispositivo psiquiátrico y, al poco tiempo, criminológico” (1985:49) se establece en nuestro país en 1880 con la creación de hospicios y de la cátedra de Psiquiatría en la Universidad de Buenos Aires, así como con la aparición de publicaciones académicas escritas por José Ramos Mejía y el propio Meléndez.

Primeros intentos de reforma: un ladrillo más en la pared

En las primeras décadas del siglo XX, el crecimiento de las grandes ciudades, debido principalmente a la inmigración, había facilitado la introducción del naciente higienismo como forma de prevenir tanto los problemas sanitarios como sociales, política que también se extendió hacia las nuevas regiones sobre las que el Estado Nacional procuraba ejercer su hegemonía. Las clases gobernantes estigmatizaron a inmigrantes, miembros de los pueblos originarios y pobres en general como “motivo y germen de la vagancia, la extravagancia y la locura de los pueblos”, tal como expresaba el filósofo positivista Carlos Octavio Bunge en su libro *Nuestra América* (Kazi, Carpintero, Barraco y Vainer, 2007). Tal como señala Suriano (2004), los gobiernos liberales encontraban grandes dificultades en resolver la llamada “cuestión social” que abarcaba no solo a los conflictos laborales de una incipiente industrialización, sino a toda una problemática que incluía la inmigración, la pobreza, el hacinamiento y las epidemias. El Estado, defensor de los intereses de la burguesía, instrumentó la represión y confinamiento de los “indeseables”, al tiempo que creó instituciones en las que cristalizó su ideología y con las que legitimó su autoridad.

Las primeras críticas al carácter cerrado y autoritario de la institución psiquiátrica surgen a comienzos de siglo y van a llevar a un primer momento de ruptura con la tradición pineliana, cuando se crean las colonias de alienados que, en nuestro país encontrarán en Domingo Cabred a su más destacado exponente. Cabred, médico psiquiatra y sanitarista nacido en Corrientes en 1859, ingresó a la práctica médica en el Hospicio de las Mercedes, entonces bajo la dirección de Lucio Meléndez. Más tarde se convertirá en su Director y, posteriormente, el gobierno le encomendará el estudio de las experiencias europeas en materia de tratamiento de la locura. En Alemania se pondría en contacto con la experiencia del asilo Alt-Scherbitz que adhería al sistema *no restraint* nacido en Escocia y que preconizaba la fundación de colonias agrícolas bajo el

método *Open Door* (De Lellis y Rossetto, 2009). Es el llamado régimen de puertas abiertas, pero, como señala Silvia Balzano “la apertura fue sólo unidireccional: libre circulación del afuera hacia el adentro e intramuros; la reclusión de los pacientes dentro del espacio colonial y su participación en una serie de actividades productivas y pedagógicas fue uno de los componentes de su terapéutica” (Balzano, 2007: 340).

En un principio, las colonias dan sustento a alguna forma de humanismo en el tratamiento de los pacientes al pretender transformar la condición de quienes hasta entonces permanecían “en depósito” en grandes hospitales, sin más posibilidades que el deterioro y la espera de la muerte, para convertirlos en “fuerza de trabajo” más acorde con las ideas imperantes acerca del valor del individuo en la cadena de producción y la concepción terapéutica del trabajo. Las principales características del modelo de puertas abiertas están fundadas en el “tratamiento moral, aislamiento rural, rehabilitación por el trabajo, ahorros al erario público mediante administración eficiente de los recursos” (De Lellis y Rossetto, 2009). Pero esta supuesta libertad otorgada por el trabajo remite tristemente a los campos de concentración que años después se cobijarán bajo el lema “El trabajo os hará libres”, tales eran las posibilidades de los enfermos recluidos bajo este régimen. Con el tiempo, las buenas intenciones de Cabred se ahogaron tras la indiferencia y la negligencia y los locos pasaron a sufrir las mismas condiciones de hacinamiento y abandono de siglos anteriores. Poco había ganado la psiquiatría con el régimen de puertas abiertas que siguió confinando a los locos junto a discapacitados mentales y a los nuevos desplazados del mundo económico y víctimas del control social: inmigrantes, pobres y anarquistas.

Concomitantemente con el alienismo, empezarán a surgir en diferentes partes del mundo otras propuestas de reforma. De acuerdo con la clasificación planteada por Birman y Costa y citada por Amarante (Amarante, 2006:17), se pueden distinguir dos grandes grupos de reformas: aquellos procesos de crítica al paradigma manicomial, pero para los que el asilo es todavía una “institución de cura” que necesita reformas; y un segundo grupo integrado por los que plantean una total ruptura con el modelo.

En el primer grupo, existen a su vez dos corrientes, una que intenta la reforma “desde adentro” y entre las cuales se destacan el movimiento de las comunidades terapéuticas

de Inglaterra y de Estados Unidos, la Psicoterapia institucional que surge en Francia y las terapias de familia. La segunda corriente la constituirán aquellos movimientos que intentan expandir la psiquiatría al espacio público para prevenir y promover la salud mental. Los principales serán la Psiquiatría de sector en Francia y la Psiquiatría comunitaria o preventiva que aparece en los Estados Unidos de Norteamérica.

En nuestro país, el modelo asilar continuará bajo diferentes gobiernos, constitucionales y de facto, con algunas variantes. El Ministro de Salud entre 1946 y 1952, Ramón Carrillo, intentó reformar algunos lugares de atención y alentó la construcción de mejores edificios, encontrando apoyo en los psiquiatras de asilos y colonias, aunque la mayor parte de los profesionales no apoyaron sus políticas.

En el ámbito internacional, después de la II Guerra Mundial, el Estado de Bienestar había buscado optimizar costos y se dio inicio a la reestructuración de hospitales psiquiátricos tanto en EEUU como en Europa. Para ello, se ponen en práctica nuevas alternativas como el trabajo preventivo en la comunidad, la creación de hospitales de día o las nuevas “comunidades terapéuticas”, donde se introducen las recientes teorías del psicoanálisis, la psicología institucional, la psiquiatría social y distintas formas de psicoterapia.

Ya en 1953, la OMS recomienda la transformación del Hospital Psiquiátrico y la implementación de servicios de Salud Mental en Hospitales Generales, así como el involucramiento de la comunidad en la labor terapéutica y el reconocimiento de los pacientes mentales como “sujetos de derecho de ciudadanía”. Nace el “campo de la Salud Mental” que pretende superar al manicomio como forma de asistencia, cuestionando el “modelo manicomial u hospitalocéntrico” y sosteniendo prácticas que involucran estrategias comunitarias.

En Inglaterra, Maxwell Jones impulsa el movimiento de comunidades terapéuticas, en EEUU surge la psiquiatría comunitaria, en Francia, la llamada “política del sector” y en Italia, la psiquiatría democrática liderada por Franco Basaglia (Giménez, 2009).

Los movimientos que van a romper con el modelo manicomial serán la antipsiquiatría y la reforma emprendida en Italia por Franco Basaglia, quien dará nacimiento a un

movimiento inicialmente político que trae a discusión cuestiones inherentes al derecho y a la ciudadanía de los enfermos mentales. Este médico nacido en Venecia en 1924 se hizo cargo del Hospital Psiquiátrico de Gorizia en 1962, experiencia que relatará en su libro *La institución negada*, y que, bajo el lema “¡Abajo los muros!”, plantea “no una psiquiatría alternativa sino una alternativa a la psiquiatría” iniciando un movimiento que culminará con la promulgación en 1977 de la ley 180, que establecía el cierre gradual de los manicomios, la creación de un sistema de servicios alternativos y la prohibición de construir nuevos asilos (citado por Bianchi, 2008:2).

Será Basaglia quien se proponga derrumbar los muros del manicomio para integrar a los allí internados a la comunidad a la que pertenecen y que los ha mantenido aislados durante años y será esta una de las principales influencias sobre el modelo rionegrino, motivo por el que nos detendremos especialmente en su análisis.

Abajo los muros: la construcción de un nuevo modelo

La “experiencia basagliana” se inicia en el manicomio de Gorizia en la década del 60 y tendrá su culminación en Trieste, donde se instala Franco Basaglia en 1951 y transforma el antiguo asilo, que ocupaba una colina cercana a la ciudad, en sitio de encuentro cultural y social (Amarante, 2006:52). Los internados pasan a alojarse en casas particulares en un contexto de reinserción laboral y social que incluye su propia manutención y un alto grado de autonomía acompañados por los profesionales del viejo hospicio y por la comunidad. La transformación incluye la experiencia de incorporar a los pacientes a su propia terapéutica mediante reuniones donde enfermos y médicos discuten estrategias y actividades en pie de igualdad.

Si bien este modelo será muchas veces citado al hablar de la experiencia rionegrina, con la que establecerá relaciones de cooperación e intercambio, las referencias que tomará el programa de reforma no serán solo del ámbito internacional sino también nacionales, ya que el país contaba con una rica experiencia en movimientos transformadores del tradicional paradigma asistencial manicomial.

En la Argentina, ya durante el primer gobierno de Juan Domingo Perón y bajo el auspicio de su ministro Ramón Carrillo, empiezan a elevarse voces a favor de demoler

los asilos, inaugurando facilidades para el cuidado de enfermos agudos, clínicas de día y servicios psiquiátricos en hospitales generales. Pero las condiciones de los enfermos no mejoraron sustancialmente (Collins, 2008).

Más adelante, la reafirmación del campo de la salud mental se cobijará bajo el modelo desarrollista que se impone como estrategia política, económica y social, en el llamado período “tecnocrático”. El proyecto desarrollista se proponía formar “agentes de cambio” en una sociedad en transformación y acogió a los impulsores de estas nuevas teorías: Pichón Riviere, Mimi Langer y José Bleger. En 1957, entre otras medidas que reflejan las nuevas corrientes en la salud pública, se funda el primer servicio de Psicopatología en un hospital general, “el Lanús”, y se crean el Instituto Nacional de Salud Mental y la carrera de Psicología en la UBA (ya existía desde 1953 en Rosario, pero, en Buenos Aires, la matriculación se vuelve masiva y el plan de estudios refleja la influencia del psicoanálisis).

El Servicio de Psicopatología del, en ese entonces, denominado Policlínico Aróz Alfaro, fundado como Hospital Evita y mejor conocido como “el Lanús”, se convertirá en el principal referente en el nivel nacional y su impulsor, Mauricio Goldenberg, será considerado el fundador de una corriente reformista que introdujo cambios sustanciales en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos. Goldenberg, que había nacido en 1916 y, al igual que Cabred, había comenzado su práctica médica en el Hospicio de las Mercedes alrededor de 1940, se ocupó del problema del alcoholismo desde sus primeros trabajos académicos, incluyendo su tesis doctoral. Los conceptos que introdujo Goldenberg irán nutriendo otras experiencias como la atención en hospitales generales y las instancias interdisciplinarias de discusión de alternativas terapéuticas.

Influenciados por los trabajos de Erwin Goffman, David Cooper y Franco Basaglia que veían al hospital psiquiátrico como "agente de control social", aparecen replanteos en el campo de los saberes y se crea un nuevo ámbito donde la psiquiatría se ve obligada a compartir sus prácticas con otras disciplinas y teorías. Ya entre las décadas del 60 y 70, algunos psicoanalistas "radicales" y psiquiatras establecieron comunidades terapéuticas, lo que no significó que todos los profesionales adhirieran a estas nuevas prácticas del “campo de la salud mental”. Estas iniciativas encontrarán no pocas resistencias desde el

ámbito profesional y se irán generando fuertes polarizaciones correlacionadas con líneas políticas (Collins, 2008). Porque, como explicitan Carpintero y Vainer (2005), las experiencias más avanzadas tuvieron una existencia fugaz en nuestro país y el manicomio siguió imperando como alternativa básica de atención.

Entre los intentos de reforma, una de las más destacadas fue la creación en 1969 del Centro Piloto en el Hospital Estévez de Lomas de Zamora, coordinado por Wilbur Ricardo Grimson y que demostró que la reforma no era una cuestión de avances médicos o de recursos económicos, sino de decisión política. La experiencia, que aspiraba a la organización de una comunidad terapéutica y a implementar tratamientos intensivos con internaciones breves, puso en marcha una apertura de la institución y aparecía “como un desarrollo antagónico a la psiquiatría manicomial” (Carpintero y Vainer, 2005:155). Pero el proyecto culminó abruptamente en 1970 y sus impulsores, acusados de “subversivos”, “comunistas” y organizadores de orgías sexuales entre los pacientes, fueron implacablemente perseguidos por el gobierno militar de Onganía.

Con la llegada del gobierno de Héctor Cámpora en 1973, pareció que algunos de estos proyectos podían volver a tener cabida en la comunidad psiquiátrica. La ebullición política y de participación ciudadana introducirá un nuevo factor: el del compromiso social que buscará llevar el hospital hacia la comunidad e intervenir directamente en los asuntos sociales no solo con un fin curativo sino, fundamentalmente, de prevención y promoción. En algunos casos, la militancia política llevará a fuertes divisiones aún dentro de las filas “progresistas” y originará conflictos y rupturas al interior mismo de experiencias que aparecían como exitosas.

Aunque el ataque a los proyectos de reforma comenzó tempranamente bajo la tercera presidencia de Perón, la instalación del autodenominado “Proceso de reorganización nacional” se ocupó de terminar con el desmantelamiento de las propuestas de avanzada y se volvió al asilo tradicional y a la reinstalación del poder hegemónico de la psiquiatría para ahogar cualquier proyecto alternativo. Quienes lo habían intentado sufrieron el exilio, el secuestro y la muerte y aún la denominación de “trabajadores de la salud mental” quedó asociada a un proyecto revolucionario y cayó en desuso (Carpintero y Vainer, 2005:324). A pocos meses del golpe de estado, el Vicecomodoro

Rodolfo Gancedo, subsecretario de medicina asistencial y rehabilitación, firmó la “licencia extraordinaria” de jefes de servicio y trabajadores, se prohibió la asistencia de concurrentes y de aquellos a quienes se acusó de incurrir en “presunta o potencial perturbación ideológica” (Visacovsky, 2002: 252). Se cerraron servicios, se prohibieron prácticas como la psicoterapia y se volvió a técnicas como el electroshock. El “poder manicomial” se reinstaló en el Instituto Nacional de Salud Mental que intervino los hospitales que de él dependían poniendo a cargo a médicos militares o simpatizantes del nuevo régimen (Kazi, Carpintero, Barraco y Vainer, 2007).

Podría hablarse de la resurrección del manicomio, si no fuera que el manicomio nunca había muerto del todo.

La impronta democrática: participación, inclusión, desilusión y después

Con la recuperación de la democracia, surge un intento de generar una política de Salud Mental que permita la recuperación del tiempo perdido. Bajo el gobierno de Raúl Alfonsín, su Ministro de Salud, Aldo Neri, impulsa, junto al Director Nacional de Salud Mental, Vicente Galli, un plan de Salud Mental Nacional que contempla los lineamientos elaborados más de dos décadas atrás por el Dr. Mauricio Goldemberg durante la experiencia del Lanús. Neri, quien se había desempeñado como presidente del Consejo de Salud de la provincia de Río Negro entre 1972 y 1976, será Ministro de Salud y bienestar social desde 1983 hasta 1986.

En 1986, Neri es designado por Alfonsín para presidir la Comisión Nacional para el Desarrollo Patagónico que tendrá a su cargo, entre otras tareas, llevar adelante el proyecto de traslado de la Capital Federal al área Viedma-Carmen de Patagones-Guardia Mitre. Esta iniciativa, presentada por el Presidente ante la Asamblea Nacional en la apertura de sesiones del 1º de mayo de 1986 era de una enorme trascendencia para la provincia de Río Negro y, por ese motivo, fueron invitados especiales de la sesión el gobernador Osvaldo Álvarez Guerrero y el Presidente de la Legislatura rionegrina, Adalberto Calderari.

El proyecto de traslado se enmarcaba en una propuesta de transformación profunda directamente relacionada con el llamado discurso alfonsinista caracterizado por tres conceptos principales: democracia participativa, ética de la solidaridad y modernización (De Ipola, 2004). En esa Argentina moderna que el Presidente proponía, Río Negro ocupaba una posición especial gracias a que era vista por el núcleo de intelectuales que rodeaban al Presidente y por algunos de sus más directos colaboradores como una provincia “nueva”, asociada a actividades productivas más modernas que el modelo agrícola-ganadero bonaerense, con una dinámica de mayor movilidad social con amplios sectores pertenecientes a la clase media y sin los “vicios” asociados al “clientelismo” de las provincias tradicionales (Pose y Dall’Armellina, 2012).

Río Negro aparece caracterizada como “modelo paradigmático dentro del discurso alfonsinista” (Pose, 2009:5) y la política de su gobernador Osvaldo Álvarez Guerrero se orientó a articular y apoyar los principales objetivos del gobierno nacional con el que compartía una concepción política común. Para Pose y Dall’Armellina (2012) ésta era la visión que, de la provincia, tenían los grupos intelectuales que rodeaban al Presidente, entre los cuales estaba el propio gobernador. Estos intelectuales junto con la joven dirigencia radical veían a la región patagónica como un “espacio de posibilidades” y contribuyeron a la idea de que Río Negro podía constituir un modelo de la “refundación alfonsinista” porque había crecido por fuera del paradigma clientelista y patrimonialista de otras provincias. El gobernador de la provincia se había sumado entusiastamente a las propuestas del gobierno nacional, de su mismo signo político, y prometió “una sociedad cimentada en los valores de la convivencia y el pluralismo político” (Iuorno, 2010, párrafo 4), al tiempo que promovió la descentralización y creó numerosos organismos en los que alentó la participación pluralista y comunitaria. En su discurso inaugural, en 1983, dejó sentadas las bases sobre las que sostendría su gobierno: la promoción de derechos y valores humanos, la defensa del federalismo y de los recursos naturales y la democratización e integración de la sociedad rionegrina (Iuorno, 2010).

En dicho discurso expresa que “para jerarquizar debidamente la acción prioritaria que en materia social se ha trazado el gobierno” se crea, entre otros, el Ministerio de Salud

Pública³ y argumenta que, junto a la educación, será en este campo en el que se prioricen “las acciones tendientes a liquidar el privilegio de unos pocos frente al marginamiento de las mayorías populares”. En consonancia con el gobierno nacional, Álvarez Guerrero propone la democratización de la salud con una amplia participación de la ciudadanía en la elaboración de propuestas para alcanzar la “verdadera inserción de toda la comunidad en su gestión”. El gobernador cree imprescindible realizar una reforma profunda en el ámbito de la salud para que el Estado vuelva a cumplir su fin social específico y contrarrestar así el abandono de políticas de salud durante el período anterior. Al mismo tiempo denuncia el aumento de “enfermedades propias de la pobreza y la marginación social”.⁴

Desde el inicio de su gobierno, Osvaldo Álvarez Guerrero favoreció el establecimiento de nuevos vínculos con la sociedad, ampliando los mecanismos de participación en las políticas públicas. Los principales ejes de las políticas en educación y salud, que junto con la cultura recibieron un tratamiento especial, fueron “la descentralización hacia los niveles locales de gobierno, la creación de canales y espacios de participación local y regional y la generación de modelos de gestión más autónomos y adaptados a las realidades regionales” (Camino Vela, 2011:295). Al realizar un balance de su gestión en 1987, Álvarez Guerrero informó que se había elevado el presupuesto de salud a un 20% de la renta total y que durante esos años se habían construido nuevos hospitales y centros periféricos al mismo tiempo que se habían incrementado las prestaciones en hospitales públicos y disminuido la mortalidad infantil (Camino Vela, 2011).

Es en ese contexto, que el programa de Salud Mental en Río Negro “florece” (Collins, 2008:3) bajo la influencia del resurgir de la democracia y amparado por el accionar del gobierno nacional de Raúl Alfonsín que intentó poner en marcha un plan nacional de Salud Mental que propiciaba proyectos de comunidades terapéuticas y la atención de las dolencias mentales en hospitales generales.

³ Versión Taquigráfica de la Reunión III, 3ª Sesión Especial de Juramento del Señor Gobernador, Dr. Osvaldo Alvarez Guerrero, 12º Período Legislativo, 11 de diciembre de 1983, en <https://web.legisrn.gov.ar/legislativa/sesiones/documento?id=648&d=version>

⁴ Ibidem.

Durante la gestión de Aldo Neri al frente del Ministerio de Salud y Bienestar Social, se llevaron adelante medidas en pro de la erradicación del hambre y la democratización del sistema de salud, como el Plan Alimentario Nacional o el Seguro Nacional de Salud. La mayoría de estas iniciativas tienen lugar entre 1983 y 1989, cuando en el marco de un plan de Atención Primaria de la Salud se dan experiencias como el Plan Piloto de Salud Mental (La Boca-Barracas) (Carpintero, 2010).

Estas políticas, aunque no fueron prioritarias a nivel nacional y se vieron coartadas por la falta de firmeza en el acompañamiento político y por la pobreza de los recursos destinados para sostenerlas, avanzaron fuertemente en la provincia de Río Negro apoyadas por el Director Nacional de Salud Mental, Vicente Galli. Así lo subraya Hugo Cohen⁵:

Desde el oficialismo, esto tuvo el apoyo de Vicente Galli, el Director de salud mental, políticamente esto era importante, nosotros respondíamos a una línea nacional de política en salud que en realidad nosotros la impusimos. A qué me refiero, la Dirección Nacional en su programa nacional, que hicieron Valentín Barenblit y Vicente Galli, no está la desmanicomialización. La desmanicomialización surge en la práctica rionegrina como una necesidad para hacer lo que se debía hacer. Porque sin desmanicomialización no se podía. Y entonces cuando deviene este proceso, el Dr. Galli rápidamente adhiere y apoya y acompaña. Eso sin duda fue un factor político que nos ayudó. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

El mayor logro en el campo de la salud mental del período fue el proceso de reforma llevado a cabo en esta provincia, liderado por Hugo Cohen y que instaló la figura de la desmanicomialización (Kazi, Carpintero, Barraco y Vainer, 2007). En Río Negro, al amparo de los gobiernos de Osvaldo Álvarez Guerrero y Horacio Massacessi, surgieron, entre 1983 y 1995, políticas públicas basadas en la inclusión y la participación, que permitieron el inicio de la transformación de su sistema de atención de las personas que padecen sufrimiento mental y que quedó como un ejemplo solitario de que la reforma en salud mental era posible. Estos lineamientos se fueron desdibujando durante la gestión de Massacessi cuando encontraron su límite debido tanto a la debacle

⁵ Hugo Arnaldo Cohen, Médico (UBA) Especialista en Psiquiatría. Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria (Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España). Jefe del Departamento de Salud Mental del Consejo Provincial de Salud Pública de la Provincia de Río Negro (1985-2000). Asesor en Promoción y Protección de la Salud en la OPS México, (2002-2006). Asesor subregional en Salud Mental para Sudamérica de la OPS/OMS. Autor del Anteproyecto de la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y social de las Personas que padecen sufrimiento mental, sancionada en la Legislatura de la Provincia de Río Negro en 1991.

financiera nacional y provincial como a las nuevas líneas políticas que asumió el gobernador, sobre todo en la década del 90.

De acuerdo a lo que sostiene Collins, la ausencia de un poder médico instalado con escuelas y profesionales que adhirieran al modelo tradicional ayudó a la reforma, así como también contribuyeron la escasa población de un territorio alejado del poder central y la importancia otorgada al campo de los derechos humanos por el gobierno local (2008).

En el plano nacional, las primeras iniciativas de reforma del sistema de salud se habían enmarcado en un contexto de gran participación ciudadana, iniciado en 1983 y que persistió hasta 1987, en el que se sucedieron la participación en el juicio a las Juntas Militares, en el Congreso Pedagógico Nacional, en el plebiscito que precedió a la firma del tratado de paz con Chile y en la defensa popular del recientemente recuperado sistema democrático durante el levantamiento de Semana Santa. Todos estos sucesos fueron consolidando el consenso hacia la democracia como un espacio verdaderamente participativo y campo propicio para el arraigo de políticas de inclusión (Suriano, 2005).

Después vendrá el desencanto: fin de la crisis militar con el tristemente recordado “Felices Pascuas”, un errático rumbo económico socavado por la férrea oposición de sectores empresariales y sindicales y el consiguiente retroceso de la participación de una ciudadanía que iba perdiendo la confianza inicial en las posibles soluciones que venía a aportar el sistema democrático. El gobierno nacional pierde legitimidad, jaqueado en varios frentes y con un escenario internacional que anunciaba un fuerte cambio de rumbo. El proyecto de traslado de la capital pudo haberle dado al radicalismo en el poder un respiro en medio de las difíciles circunstancias que atravesó durante los años 86 y 87, al tiempo que posicionó a la provincia como “palanca de apoyo y fundamento geográfico de la Segunda República” (Pose, 2009, párrafo 18). El futuro gobernador Massaccesi utilizó este discurso durante la campaña electoral de 1987 al expresar que “...Río Negro es el eje del futuro del país y por eso tenemos la obligación de reformular nuestra provincia sobre la base de la descentralización, el pluralismo y la democracia...” (discurso de Massaccesi en campaña, citado por Camino Vela, 2011:326).

Si bien la provincia de Río Negro “entró en el ‘imaginario colectivo’ de los argentinos” con el anuncio del traslado de la sede gubernamental del país a su ciudad capital (Iuorno, 2010), hacia el interior provincial este hecho volvió a desatar viejas disputas en torno a cuál sería la capital de una provincia que era más una “suma de localidades” que una unidad integrada y articulada. Muestra de ello es que, a pesar de que la ley nacional de traslado, promulgada el 8 de junio de 1987, no prosperó, rápidamente se presentaron proyectos por parte de los representantes de las diferentes regiones para que fuera “su” ciudad la próxima sede de la administración política provincial.⁶ La integración provincial era un problema de larga data que acompañaba a la provincia desde su provincialización y cuya resolución ya figuraba en los planes anunciados por Álvarez Guerrero.

Muchas cosas habían cambiado en el país entre 1986 y 1989 y la ley de traslado de la capital había sido una más de las tantas iniciativas que no pudieron llevarse adelante a pesar de los auspiciosos anuncios y de las promesas de “refundar la república” enunciados en su momento por Raúl Alfonsín.

El fracaso de la iniciativa estuvo inmerso en lo que se podría denominar el comienzo del fin de la primavera alfonsinista, cuando una suma de circunstancias contribuyó a crear un clima de inestabilidad y descontento que iría en aumento y culminaría con la entrega anticipada del poder. Expresa Gargarella (2010) que el gobierno nacional careció de la audacia necesaria para apoyar su gestión en una participación efectiva de la ciudadanía y cayó en concesiones innecesarias frente al temor de un golpe militar que todavía aparecía como una opción probable frente a una democracia aún naciente. Llega así el fin de la “primavera alfonsinista” y se produce el advenimiento del “menemato”.

En 1989, el recambio democrático lleva a la presidencia a Carlos Saúl Menem y produce una transformación estructural de la economía, en medio de la apatía popular, la desmovilización ciudadana y la debilidad de las instituciones políticas que resignaron

⁶ Proyecto Resolución N°: 85/1986 - Basse, Selim- solicita tener en cuenta a la ciudad de General Roca para su evaluación al designarse nueva capital provincial. As.of./par. Oficial N°: 139/1986 - Concejo municipal de Mainque- remite antecedentes relacionada con la ubicación de la futura capital de la provincia. As.of./par. Oficial N°: 106/1987 - Municipalidad de General Conesa-frente a la creación de la comisión legislativa para el asentamiento de la futura capital, ofrece sus estudios realizados para su relocalización en la zona, en <https://web.legisrn.gov.ar/legislativa/proyectos/ver?c=P&n=326&a=1989>

y delegaron sus capacidades en el ejecutivo, el que recurrió a una fuerte acción propagandística para lograr consenso. De allí en más, se produce una concentración de poder, no aparecen cuestionamientos importantes en una sociedad azotada por el desempleo y la hiperinflación, se refuerza la autoridad presidencial y se debilitan tanto las instituciones como la relación entre democracia y estado de derecho. El Ministro de Obras y Servicios públicos, Eduardo Dromi, sintetizó el espíritu de la época cuando enunció, en un discurso de 1990, el “precepto N° 1 del decálogo menemista de Reforma del Estado: nada de lo que deba ser estatal permanecerá en manos del Estado” (Lukin, *Página 12*, 19/1/2010). La descentralización se impone a través del simple traspaso a las economías provinciales y municipales de la asistencia pública, incluyendo el campo de la salud y la educación.

En la provincia de Río Negro, asume la gobernación Horacio Massaccesi y se constituye en uno de los pocos gobernadores con un signo partidario diferente al del gobierno nacional. Un año después se modifica la constitución provincial, permitiendo la reelección del gobernador y creando la figura de vicegobernador. Aunque durante su primer período pareció continuar con el espíritu que animó al gobierno de Álvarez Guerrero, fue acercando las medidas de gobierno a los cambios que se produjeron en el nivel nacional, siendo duramente fustigado debido a las promesas incumplidas. A eso se sumó el descrédito por uno de los aspectos más cuestionados de su gestión, el referido a los créditos otorgados por el Banco de la Provincia de Río Negro. Massaccesi atravesó dos períodos de hiperinflación nacional (junio-julio 89 y dic 89-marzo 90) y su segundo gobierno estuvo caracterizado por ser un momento de gran conflictividad gremial, particularmente con empleados estatales debido a los retrasos salariales y la devaluación de los sueldos (Camino Vela, 2011:386). En ese mismo sentido se expresa Graciela Natella⁷:

⁷ Graciela Natella es médica (UBA 1980), especialista en Psiquiatría, diplomada en Investigación (Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España). Fue jefa del servicio de Salud Mental del Hospital de Viedma, jefa del Departamento de Promoción de las Personas del Consejo de Salud Pública de Río Negro y asesora de la Secretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud de México. Docente de grado en Argentina y de posgrado en universidades nacionales y del extranjero. Cofundadora de asociaciones civiles por la inclusión social (Asociación Manos Abiertas y Solidarias, Red Nacional de Familiares, Usuarios y Voluntarios y Asociación de Psiquiatras y Adherentes por los Derechos Humanos). Coordina en la actualidad el Programa de Patologías Mentales Severas y Prevalentes del Ministerio de Salud de la Nación y es miembro del Órgano de revisión de la ley nacional de salud mental.

En el 95 en la provincia hubo un quiebre importante. Hubo un problema con la Nación y falta de pago [de los sueldos], hubo un movimiento de solidaridad importante entre todos nosotros. Creo que salud mental era uno de los pocos sectores que hacíamos [paro y trabajábamos]... yo me acuerdo de hacer los paros e ir a la plaza y hacer campamentos por los sueldos, pero a la vez irme rápido a la guardia porque no podemos dejar a nuestros pacientes decíamos nosotros. Entonces, eso, que era malo por un lado, era también una inyección de militancia. Yo creo que todas esas cosas fueron determinantes.” (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Con la llegada de Domingo Cavallo al Ministerio de Economía en 1991 y el acatamiento acrítico de las políticas impuestas por organismos internacionales como el FMI, se consolidó la masiva privatización de empresas públicas, el desempleo creció a cifras impensadas y se perfiló el “fin del sueño de un país inclusivo”. Al decir de Enrique Carpintero, la desregulación, la privatización y la competencia pusieron la salud en manos del mercado, es decir, de los grandes laboratorios y las empresas de medicina prepaga (Kazi, Carpintero, Barraco y Vainer, 2007).

El Estado se retiró de su función social: se desmantelaron los servicios, se privatizó la salud y se excluyó a vastos sectores de la sociedad de los beneficios de los que gozaban los que tenían recursos económicos suficientes para participar de la euforia menemista. La salud mental no escapó a esta corriente, y el gobierno ni siquiera necesitó producir nuevas instituciones represivas, fue suficiente con el avance de la “contrarreforma psiquiátrica”: mayor consumo de psicofármacos, internaciones pagas y abandono del loco “pobre”. Con este panorama, “pensar en modificar el sistema manicomial sin dar cuenta de una estructura social, política y económica que lo determine se convierte en una ilusión” (Kazi, Carpintero, Barraco y Vainer, 2007).

Y, sin embargo, es en medio de este clima que, en 1991, la Legislatura de la provincia de Río Negro aprobó la Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”, un verdadero hito en la historia de la reforma del sistema de la salud mental.

Se trata de la primera ley, en la Argentina y en América Latina, que establece la desmanicomialización y promueve formas comunitarias de atención al “sufriente mental”, legitimando un proceso de reforma iniciado en Río Negro en 1983 por un grupo de trabajadores de la salud. Esta norma establece como su fin último restaurar la identidad, dignidad y respeto del sufriente mental en términos de reinserción en la comunidad. Para ello, promueve un sistema de salud que atienda a la persona en forma

integral y se propone garantizar el tratamiento y rehabilitación de quienes sufren una enfermedad mental. Además, prohíbe la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones equivalentes. Sus principios, que conciben la internación como el último recurso del que echar mano una vez agotadas todas las demás alternativas terapéuticas, deben ser respetados por agentes públicos y privados. La ley plantea la promoción laboral y el trabajo no como un recurso terapéutico dentro de un modelo proteccionista, sino, fundamentalmente, como un derecho que debe ser garantizado por el Estado provincial, al igual que el acceso a la vivienda, la educación y otros beneficios previsionales y asistenciales que garanticen una vida digna para las personas con sufrimiento mental. La normativa detalla las actividades que llevarán adelante los equipos terapéuticos y de promoción de la salud, así como el papel que desarrollarán aquellos que intervengan en el tratamiento y rehabilitación del enfermo. Para dicha rehabilitación, se considera crítica la participación del círculo familiar y social de la persona afectada y el planteo de estrategias terapéuticas particulares para cada caso. Finalmente, establece las pautas para la actuación judicial frente a casos graves y promueve la creación de espacios alternativos de alojamiento transitorio, como las casas de medio camino.⁸

⁸ Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen Sufrimiento Mental, promulgada el 03-10-1991 por Decreto N° 1466, publicado en el Boletín Oficial Provincial N° 2909, disponible en <https://web.legisrn.gov.ar/digesto/normas/documento?id=1991100003&e=DEFINITIVO>

Tercera parte

La salud mental en Río Negro (1959-1983)

“...por lo que yo puedo testimoniar en carne viva, diría que la psiquiatría vigente no merece ser tratada ni analizada como ciencia. No han ido más allá del castigo indiscriminado, del electroshock o la receta de pastillas. En cuanto a saber del espíritu, nada, nada. (...) Aun así debemos tener compasión por las ciegas criaturas que nos dañan. Y paciencia: paciencia del amor y del llanto...”

Jacobo Fijman, *Crisis*, N° 11, marzo de 1974

Antes de la reforma

Aunque no es objeto de este trabajo hacer un análisis exhaustivo de la situación del campo de la salud en la provincia de Río Negro en el período anterior al año 1983, sí lo es indagar sobre aquellos datos que puedan servir de antecedente a la reforma.

Hay que recordar que Río Negro adquirió su carácter de provincia a mediados de los 50 (Ley 14408/55) y solo dos años después se dictó su Constitución (Balmaceda, 2011). Hasta ese momento, la política de salud provincial se instrumentaba desde el Estado Nacional (Suárez, 2002) y, recién en 1959, se va a constituir el Consejo Provincial de Salud Pública provincial dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales de Río Negro (dependencia que se mantendrá hasta 1983). Este Consejo comenzó la tarea de regionalizar el sistema provincial, dividido en 5 regiones sanitarias cada una con su Consejo regional, del que participaban los jefes de los establecimientos de salud y los respectivos colegios médicos (Suárez, 2002).

Tal lo que sucedía en el ámbito nacional, en la provincia se sucedieron varias intervenciones militares entre 1959 y 1973, siendo lo más destacable del período la sanción de la ley 711/72 que modificó la denominación de región por zona sanitaria⁹ y

⁹ Actualmente el territorio de la provincia se divide en: 6 Zonas Sanitarias; 36 Hospitales Áreas Programas; y 184 Centros de Salud. El Hospital Área Programa se define como “la unidad mínima de organización sanitaria, delimitada geográficamente con una estructura de conducción de todos los recursos disponibles para la atención de una población”. Cada Zona Sanitaria es “el nivel de regionalización sanitaria intermedia que integra y coordina un conjunto de áreas programas relacionadas geográficamente con el fin de optimizar recursos, atención y resultados de salud.” (Ley N° 2570/92)

renombró los Consejos regionales como Consejos zonales (Suárez, 2002). Como dato adicional, podemos agregar que, en un cuadro que indica la distribución de psiquiatras en el territorio nacional para el año 1963 (Bermann, 1965), se contabilizan 2 psiquiatras en la provincia de Río Negro y ninguna cama destinada a instituciones de salud mental.

Cornaglia (2011b) señala que, entre los años 73 y 75, se intentó la constitución de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que dejaría su huella en Río Negro a pesar de la destrucción que supuso el golpe de estado de 1976, cuando desapareció “el programa de salud mental elaborado por el Dr. Barembliit” (Cornaglia, 2012:28). En el mismo sentido, se expresa Diana Jerez¹⁰:

Un desarrollo muy importante en atención primaria de la salud, fue el proyecto más exitoso de atención primaria de la salud del país. Una formación de profesionales muy interesante porque lo que ellos habían planificado en ese momento con los peronistas, yo lo estudié bastante en la residencia. ¿Cómo puede ser que esta provincia, que fue un modelo en el 73 de atención primaria en la salud por el nivel que tenía y la cantidad y la formación de recursos que había logrado todo un sistema, se deteriorara? Pero además de esto, porque logra sostener la experiencia, Río Negro fue el mejor, después paró y se abocó mucho más a buscar profesionales especialistas en red y tener para formación de especialidades en los hospitales... otro sesgo” (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Con el triunfo del partido justicialista en 1973, fue elegido gobernador Mario José Franco que inicia un proceso de democratización del sistema provincial de salud en articulación con las medidas que se tomaban en el plano nacional. Se implementarán en este período programas de atención integral de la salud a través, principalmente, de dos planes: el de salud rural y el plan piloto de salud en concordancia con el SNIS (Suárez, 2002). Esta iniciativa destinaba mayores fondos a la atención pública de la salud, incrementando los recursos humanos del área, creando puestos sanitarios y fortaleciendo los aspectos preventivos de la atención de la salud, particularmente a partir de la creación de centros periféricos de asistencia y la realización de campañas de prevención y vacunación. Se logró así un mayor número de respuestas a la demanda y la disminución de la mortalidad neonatal (Suárez, 2002).

¹⁰ Diana Jerez Bordereau, es médica (UBA 1983), especialista en Psiquiatría infanto juvenil. Posee una Maestría en Políticas de salud (Valencia, España) y una Maestría en Adicciones (UBA). Fue jefa del servicio de Salud Mental del Hospital de Viedma (1992-2008) Directora provincial de Salud Mental de Río Negro (2008-2011). Cofundadora de asociaciones civiles por la inclusión social (Asociación Manos Abiertas y Solidarias y Asociación en Camino con Otro por la Integración Sociolaboral) y Directora Nacional del proyecto ISOLE (Integración Socio-Económica y Lucha contra la Exclusión Social). Directora Técnico Penitenciaria del Servicio Penitenciario Provincial de Río Negro (2013-2015).

El gobierno de Franco creó la Secretaría de Planeamiento que reformula el Plan Trienal de Salud con la jerarquización del hospital público y realiza una fuerte inversión en tecnología e infraestructura sanitaria (Vega, 2010). Entre otras medidas, se establecieron las denominadas Áreas Programáticas que delimitaban zonas demográficas de atención y organizaban la planificación de los recursos disponibles para la atención de las poblaciones comprendidas en esa unidad de organización sanitaria (Suárez, 2002). Se reorganizaron también los Consejos Zonales y de áreas programáticas, eliminando la participación de federaciones y colegios médicos, al tiempo que se incluyó a sectores municipales, vecinales y gremiales. Todas estas medidas propiciaron la llegada a la provincia de nuevos profesionales y técnicos que irían a incrementar las plantas de atención sanitaria. El golpe militar de 1976, dejaría sin efecto esta política de atención integral de la salud e inició un ciclo de deterioro creciente en la atención pública, así como un crecimiento del sector privado. (Suárez, 2002).

De acuerdo con el informe que, en junio de 1990, realizó el entonces Ministro de Salud Ricardo Sarandria ante la Legislatura provincial “la transferencia al sector privado y la pérdida relativa de peso del sector público era por lejos la más importante entre las provincias patagónicas; la situación imperante en los hospitales era de grave desmantelamiento con una infraestructura edilicia deplorable y una tecnología obsoleta; el recurso humano había sufrido un fuerte proceso de dispersión y los profesionales de dedicación exclusiva, verdadero motor del avance del hospital público durante el plan de salud de 1974, habían virtualmente desaparecido.” (Versión taquigráfica de la Reunión IX, Sesión especial, 19º período legislativo, 27 y 28 de junio de 1990).

Con respecto al área de salud mental, son varios los trabajos que mencionan como antecedente una colonia psiquiátrica emplazada en cercanías de la localidad de Ingeniero Jacobacci durante la década del 60 (Baffo, 2011; Cohen y Natella, 2013; Cornaglia, 2011a y 2011b; Franco, 2001; Murekian, 1993 y 2006b; Schiappa Pietra, 2003b).

Según Murekian, esta “Colonia de Rehabilitación de corta existencia [fue] creada en la década del sesenta a través de un convenio entre el Instituto Nacional de Salud Mental y la provincia de Río Negro y fue cerrada en 1972 por motivos ajenos a un programa de

desinstitucionalización” (1993:7). Pero no hay, en los trabajos mencionados, coincidencias acerca del motivo de su cierre ni precisiones sobre el número de pacientes que allí fueron atendidos o sobre el período exacto en el que estuvo funcionando.

Carlos Cornaglia, a quien muchos consideran el principal antecedente de la reforma y que estuvo a cargo del programa de salud mental durante algo menos de un año, sostiene que viajó a Ingeniero Jacobacci en marzo de 1984, solo un mes después de su arribo a Río Negro, comisionado por el entonces Ministro de salud de la provincia, Remigio Romera, para realizar una evaluación que permitiera determinar “el destino del edificio que se encontraba en la proximidad de Jacobacci y que había funcionado durante algún tiempo como Hospital Psiquiátrico” (2011b:12). La solicitud de Romera se había originado en un informe que Cornaglia atribuye a quien fuera jefe del servicio de salud mental del hospital de Allen antes de su llegada. Dicho informe proponía reabrir el lugar para enviar allí a los pacientes denominados crónicos. Cornaglia desestimó esa posibilidad y recomendó la utilización del edificio por parte de la municipalidad local (2011b).

Tanto Schiappa Pietra (2003) como Cohen y Natella (2013) dan también cuenta de la existencia de dicho establecimiento, aunque difieren en algunos detalles sobre la calidad de las instalaciones y los motivos de su cierre. Schiappa (2003b) señala que el edificio, al que describe como “descomunal”, fue construido a mediados de los 60 y que él lo visitó a principios de los 80 cuando ya estaba en proceso de deterioro y habían pasado cerca de diez años de su ocupación. Detalla sus espacios amplios y calefaccionados, sus pisos de madera y sus cocinas con mesadas de mármol. Su descripción nos hace pensar que contaba con facilidades para pacientes y personal que incluían detalles de confort para la época. No opinan así Cohen y Natella (2013:43-44) quienes adjudican, en parte, a la falta de agua potable y calefacción y a deficiencias edilicias, los motivos de su caída en desuso.

Para Schiappa (2003b) “aunque este Psiquiátrico había sido pensado para funcionar como colonia interprovincial, nunca se usó como tal” y se restringió su uso a Río Negro. La dotación de la institución estaba constituida por vecinos de la localidad de Jacobacci, estando a cargo de la dirección dos médicos cordobeses. Como Supervisor zonal,

Schiappa conoció años después a alguien que había trabajado en el lugar, pero nunca encontró ningún paciente que hubiera estado internado en el lugar. En cuanto a los motivos del cierre, él los atribuye a la probable imposibilidad de financiar el costo de semejante instalación y también a un trágico accidente que impidió el regreso de los médicos a cargo. Aunque no puede precisar cuántos pacientes albergó la colonia, entiende que podrían haber sido entre 40 o 50 provenientes de diferentes lugares de la provincia. El autor cree que el final de este “elefante blanco”, pudo haber inspirado a Ricardo Monetta, para concebir y desarrollar en Allen un proyecto de servicio de salud mental en un hospital general. Pero todo esto pertenece a aquel “borroso tiempo en que otros hacían salud mental” (Schiappa Pietra, 2003b:10).

El hospital de Allen y los primeros cuestionamientos

El hospital de Allen comenzó a construirse en 1912 y fue inaugurado en febrero de 1925 por el Dr. Domingo Cabred, médico sanitarista impulsor de la creación de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales (Balmaceda, 2011). Su construcción fue parte de un programa nacional para proveer de infraestructura hospitalaria a los territorios recientemente incorporados a la nación con el propósito de reforzar la presencia institucional y el control social y sanitario en la región patagónica.

Balmaceda describe tres etapas en la evolución de la institución nacida como Hospital Común Regional de Río Negro. A la primera, entre 1912 y 1940, la denomina “fundacional histórica”, tiempo durante el cual el hospital “se mantuvo como el único referente de complejidad sanitaria asistencial sanitaria para la región patagónica” y para Chile (2011:52). El autor consigna que, entre 1978 y 1985, el hospital fue afianzándose y consolidándose y que, en un edificio anexo que no respetaba la arquitectura original, funcionó el hospital neuropsiquiátrico con internación que se constituyó en referente regional. Dicho anexo se insertaba en el medio del terreno y constaba de 60 camas. Según esta periodización, con el año 85 llegará la etapa del “achicamiento y decadencia” (Balmaceda, 2011:52).

En agosto de 1973 se sancionó la ley provincial 840, promulgada el 10 de agosto (Decreto 407, Boletín oficial N° 1027) que autorizaba la construcción de un pabellón

para enfermos mentales en el Hospital Zonal de Allen y cuyo artículo 2° indicaba que se trataba de la “primera etapa del servicio provincial de salud mental que depende directamente del Consejo Ejecutivo de Salud Pública” (Suárez, 2002). En su artículo 3° especificaba:

Constará de dos (2) salas con diez (10) camas cada una para mujeres, con baños compartidos; dos (2) salas con diez (10) camas cada una para hombres, con baños compartidos; un comedor común para ambos sexos; un ambiente amplio para recreación y laborterapia de los pacientes internados; cinco (5) piezas individuales para el tratamiento intensivo y personal de los enfermos con gran excitación psicomotriz que los haga peligrosos, con baño propio, debiendo estar esta sala separada del resto del servicio; tres (3) habitaciones para cubrir las funciones de consultorio, oficina, lugar donde se realicen tests o estudios especializados. (Ley 840/73, promulgada: 10-08-73 - Decreto N° 407, Boletín Oficial N° 1027 del 27/08/73)

En 1978, se incorporó al sistema de salud pública rionegrino José Schiappa Pietra¹¹, quien luego ocupó diferentes cargos dentro del programa de salud mental provincial y ha publicado varios libros sobre el tema. Sobre este momento en particular, opina que el hospital de Allen ya estaba en decadencia y “poseía en su historia los elementos necesarios para reemplazar a la frustrada colonia de Jacobacci” (Schiappa Pietra, 2003b:9).

Por ese entonces, el personal estaba constituido por 10 o 12 enfermeros, tres psiquiatras, uno de los cuales era Ricardo Monetta, a su vez Jefe provincial del sistema de salud mental, y dos psicólogas a las que se sumó Schiappa Pietra. Todavía había muy pocos profesionales en la provincia y Schiappa Pietra (2003b) cree que nombró en sus escritos a todos los que había. En ese mismo texto, el autor manifiesta que en el marco de la dictadura militar no era de extrañar que el servicio de Allen “estuviera predestinado a transformarse en manicomio”, ya que “la resistencia a curarse [tal es el caso de los crónicos] daba mérito para la reclusión definitiva” (Schiappa Pietra, 2003b:14).

¹¹ José Schiappa Pietra, Licenciado en Psicología, (Universidad Católica de Córdoba) y formación de Posgrado en "Administración de Servicios de Salud Mental" (UNC). Se incorporó al servicio de salud mental de Río Negro en 1978. Integró el Equipo de externación de internados de larga estadía hospitalaria de la Provincia de Río Negro en los inicios del proceso de desmanicomialización y el primer Equipo de Intervención en crisis en la Zona Sanitaria I de la Provincia de Río Negro (1987). Jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital de General Roca (1995-98) y del Hospital de Lamarque (1999-2005). Director provincial de Salud Mental entre 2005 y 2007. Formador de profesionales y docente ha publicado cuatro libros sobre el Modo Rionegrino de Trabajo en Salud Mental.

En el mismo sentido se expresa, Liliana Ingold¹² que se incorpora al servicio de salud mental rionegrino en 1981:

No eran políticas públicas que no tuvieran una intencionalidad. Es la época de toda una mentalidad. En realidad, siempre se juegan políticas centralizadoras y políticas descentralizadoras de la salud, el acceso, el acercar la salud a la población o cómo es el vínculo de la población con la salud, para quienes teníamos una formación en OPS, en la Organización Mundial de la Salud, estos eran nuestros primeros criterios que nos indicaban que ese no era el camino. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

El hospital de Allen “tomó un cariz manicomial, no podía ser de otra manera” y cuando “saturó”, se habilitó un anexo en Ingeniero Huergo, “un cronicario, era un hospital de pueblo chico que tenía espacio para alojar gente” (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020).

En el año 78 más o menos, cuando comenzaron a venir los primeros pacientes de salud mental porque Allen estaba muy colapsado. (...) nos empezaron a derivar pacientes y, en ese momento, los pacientes que teníamos eran oligofrénicos, esquizofrénicos, (...) era todo este tabú que una persona que era un loco y había que internarlo. No lo tenían en la casa o, porque molestaba mucho, lo internaban. Fue por eso que tuvimos muchos pacientes con esas patologías, de la línea sur también teníamos muchísimos. Más de 20 camas entre hombres y mujeres. Se había dividido una parte de enfermería que se ocupaba de salud mental y otra era guardia e internación de pacientes con otras patologías. Estaba Schiappa Pietra y el psiquiatra que venía de Allen. No teníamos en ese entonces un referente en salud mental como ahora (...) como era un hospital de complejidad 3, no había tantas cosas, había una asistente social y nada más.” (Hebe Pacheco¹³, entrevista personal, 16 de diciembre de 2020)

Para 1981, cuando se construyó el nuevo edificio de Allen, empezó también la concentración de profesionales. Según Schiappa Pietra (2003b), a medida que el neuropsiquiátrico crecía en importancia iban disminuyendo los recursos conceptuales y técnicos que podían quedar para el resto del sistema. El mismo Schiappa Pietra se fue a trabajar a Allen para incorporarse al plantel de psicólogos de lo que iba convirtiéndose en un “hiperservicio” cada vez con más internaciones. El nuevo edificio se inauguró ya sin la presencia de Monetta, que había regresado a Rosario, y era Julio Fernández quien se encontraba al frente del servicio.

¹² Liliana Ingold, Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba). Integró el Equipo de externación de internados de larga estadía hospitalaria de la Provincia de Río Negro en los inicios del proceso de desmanicomialización y el primer Equipo de Intervención en crisis en la Zona Sanitaria I de la Provincia de Río Negro (1987). Estuvo a cargo del Instituto Nuestra Casa de Gral. Roca.

¹³ Nélide Hebe Pacheco, Licenciada en Enfermería (Universidad Nacional San Juan Bosco). Se incorporó al servicio de salud mental de Río Negro en 1977, ejerciendo sus funciones en el Hospital de Ing. Huergo. Fue jefa de enfermeras en dicho servicio y jefa del servicio de salud mental. Jefa del servicio de internación y jefa del departamento de enfermería. Docente en la Escuela de Enfermería.

En ese momento estábamos todos centralizados en Allen, algunos trabajaban en Huelgo, otros en el hospital de Roca, muy poquitos en el hospital de Cipolletti, pero todo estaba centralizado en el hospital de Allen. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

En octubre de 1979, se había incorporado al sector salud de Río Negro Analía Broide¹⁴ quien ingresó al hospital de El Bolsón como médica generalista en el servicio de ginecología (Broide, 2016). Aunque era psiquiatra no se le permitió trabajar en salud mental ya que se consideraba innecesario ese servicio en su localidad. De todas maneras, inició la atención en consultorios externos, fuera de su horario de trabajo. En el primer tiempo, trabajó aislada del resto de la provincia, hasta que pudo demostrar con datos estadísticos la necesidad del servicio que fue formalmente iniciado en El Bolsón en 1982, aunque ella todavía siguió compartiendo tareas con el área de ginecología. En ese año le ofrecieron el traslado a Allen con un cargo de planta permanente, pero prefirió seguir en El Bolsón como contratada, situación en la que continuó hasta el año 83. Solo el año siguiente pudo dedicarse por completo a la salud mental.

Liliana Ingold recuerda que, para el año 82, empezó a haber todo un movimiento:

Lo que fue el proceso militar en esos años de oprobio, cómo afectó el lazo social, cómo se fueron afectando los vínculos de todas las maneras posibles, cómo se fueron destruyendo todos esos lazos (...) una serie de cosas que fueron revelándonos en la necesidad de replantearnos espacios de discusión, sobre políticas públicas y sobre modalidades de atención. Nosotros no llegamos al 83 (sin más). Cuando llegamos al 83 éramos un grupo de profesionales que teníamos en claro, no sé si lo que queríamos, pero teníamos en claro lo que no queríamos. (...) nos juntábamos a tomar mate, a pensar en la cocina en los ratitos libres que teníamos. Un buen día alguien dijo basta, hacemos una nota e hicimos una nota. No sé dónde habrá ido a parar todo eso.” (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Schiappa Pietra, por su parte, se cuestiona no haber cambiado por entonces su perfil profesional y haber seguido trabajando en forma “disciplinaria”. No recuerda que hubiera discusiones antes del 83, ni siquiera sobre lo terapéutico. Ese año empezaron “tibias controversias que marcan el inicio de una metamorfosis” (Schiappa Pietra, 2003b:23). Es en 1983 cuando Broide recuerda haber concurrido a un curso sobre

¹⁴ Analía Broide, médica, especialista en psiquiatría. Llegó a El Bolsón en 1978 y comenzó a trabajar en el hospital en el servicio de Ginecología. Fuera de horario y por iniciativa propia, comenzó a trabajar en Salud Mental hasta que se creó el Servicio de Salud Mental de El Bolsón, del cual fue fundadora y jefa hasta su fallecimiento en 2009. Coordinadora de esa especialidad en la IV Zona Sanitaria y presidenta de la Asociación Rionegrina de Salud Mental, fundadora de la primera cooperativa de usuarios, familiares y voluntarios, tuvo una intensa participación en el debate y sanción de la ley provincial 2440 de atención a pacientes con sufrimiento mental.

Psicopatología clínica en Allen, dictado por profesionales del Hospital Italiano, donde conoció a otros trabajadores de salud mental de la provincia (Broide, 2016:92).

Ingold cuenta que, ante la proclamación de los aspirantes a ocupar la gobernación en las primeras elecciones democráticas tras el gobierno dictatorial, un grupo de unos quince profesionales de salud mental pidió entrevistarse con los candidatos de los dos partidos mayoritarios. El candidato del partido radical, Osvaldo Álvarez Guerrero, los escuchó atentamente:

Él era un hombre muy formado, sabía de lo que hablábamos, él acordaba con esta mirada y con la necesidad de repensar la salud pública de otra manera y específicamente la salud mental. Dejar de pensar en departamentos de psiquiatría y de psicología y de neurología y de empezar a tener una mirada más amplia. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

El Dr. Álvarez Guerrero había compartido con el presidente Alfonsín la militancia en el Movimiento de Renovación y Cambio dentro de la Unión Cívica Radical y, como él, mantenía un discurso de fuerte impronta democrática con un claro énfasis en los valores de solidaridad, pluralismo y participación popular. Al igual que en el caso del Presidente, su ideario parecía consistir más en una propuesta de reforma moral que en una ideología (Iuorno, 2010). Y, en su programa de gobierno, la descentralización de la administración pública y la integración provincial ocupaban un lugar fundamental. Este proyecto estaba en franca consonancia con la propuesta nacional y había más de un punto de coincidencia entre ambos programas y en los discursos que el Gobernador y el Presidente brindaron al momento de sus respectivas tomas de mando en 1983, uno ante la Legislatura provincial, el otro en la Asamblea Nacional.

Ya en esa ocasión, el gobernador citó al Presidente al enfatizar que se estaba colocando una “bisagra a la historia”¹⁵ al poner fin a una etapa de frustración y desencuentros y se comprometía, al igual que Alfonsín, a hacer realidad los deseos de cambios profundos de la ciudadanía. Álvarez Guerrero anunció que se trataba de un momento fundacional, “una auténtica transformación revolucionaria” que implicaba nuevas formas de convivencia social y donde la “magna misión” no era otra que la de construir la democracia. Una democracia basada en fundamentos éticos y sociales que

¹⁵ Mensaje del Gobernador de Río Negro, Osvaldo Álvarez Guerrero, 11 de diciembre de 1983, op. cit. Todos los entrecomillados de este párrafo corresponden a este discurso.

contrarrestaran tendencias arraigadas de autoritarismo y la apatía generada por la decadencia y el desencanto. Río Negro fue presentada como “una provincia que es todo futuro”, una tarea que había que realizar, un problema por resolver. Como en el ámbito nacional, el gobernador planteaba para el estado provincial una democratización del Estado que propugnase una mayor participación y una reorganización de la administración pública para tornarla más moderna y eficiente. En el mismo tono, se proponía “hacer de Río Negro la gran provincia de las libertades (...) los derechos y los valores humanos”.

En consonancia con estos planes, se inició una transformación en el área de salud mental cuyos primeros pasos examinaremos a continuación.

El inicio de las transformaciones

El cambio comienza con la venida de la democracia, tiene una relación. El contexto marca el sentido y el sentido marca el significado. Cosas que han sido consideradas de una manera pasan a ser consideradas de otra manera. La democracia plantea la posibilidad de pensar. La libertad no era solamente de transitar, era de pensar también. Pensar para ver. La exclusión y la reclusión era algo evidente que había que mirar. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

También Graciela Natella (entrevista personal, 11 de marzo de 2021), quien se incorpora al sistema en 1985, considera el año 83 como un año fundante con políticas nacionales que alentaban el trabajo comunitario, aunque, sin ánimo de subestimar ese espíritu transformador, considera que “la democracia no garantizó nada”.

Por su parte, Liliana Ingold (entrevista personal, 4 de diciembre de 2020) rememora que, luego de ganar la gobernación, Álvarez Guerrero se aparece un día por el hospital para preguntarles quién va a implementar todas esas ideas que le habían acercado en su momento. Ella pensó en quien había sido su profesor en la provincia de Córdoba, Carlos Cornaglia, y así se lo manifestó. El mismo Cornaglia (2011b) expresa que fue recomendado por un grupo de ex alumnos y convocado por las autoridades del Ministerio de Salud Pública para organizar la atención de salud mental.

Schiappa Pietra (2003b:23) escribe que fue en los primeros días de 1984 cuando escuchó por primera vez el nombre de Cornaglia, hombre “de gran inteligencia y formación” Y en la entrevista realizada en noviembre de 2020, agregó que Cornaglia no

vino solo, sino con un psicólogo cordobés con experiencia comunitaria que estuvo poco tiempo, Sebastián Bertucelli, con el que parecía que compartía la tarea. El mismo Cornaglia (2011b) asegura que juntos habían escrito el año anterior un conjunto de ideas básicas para la planificación en salud mental y que, ya en Río Negro, se distribuyeron las tareas de acuerdo a las experiencias previas de cada uno.

Durante el año en que fue jefe, Cornaglia inició el cambio de modelo (Schiappa Pietra, 2003b) y así lo recuerda Liliana Ingold:

Con Carlos comenzó una maravillosa tarea, también con mucho conflicto, que fue la descentralización real del hospital [de Allen]. Eso consistía en recorrer la provincia, en los autos particulares, en llevar al paciente que ya estaba en condiciones de alta a su lugar de origen, realizar los contactos con los profesionales que iban a continuar con el tratamiento, trabajar sobre la necesidad de crear un equipo en el lugar, con los profesionales médicos que atendían las guardias, con las enfermeras, con los equipos de salud de las escuelas. (...) primero con una tarea central que era el cuestionamiento sobre cuál era la finalidad de la institución. ¿Una institución iatrogénica, centrada en la enfermedad, donde no se terminaba de implementar un tratamiento terapéutico? Era una institución que nos interpelaba a pensar una estrategia, no con estas palabras, pero nos interpelaba por un tratamiento real a estas personas que estaban internadas. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Cornaglia se incorporó en febrero de 1984 con las hipótesis de trabajo que ya había esbozado en “Ideas para una planificación en salud mental”, aprendiendo de lo existente y con el apoyo del Ministerio de Salud, pero sin directivas claras por parte de las autoridades provinciales. Él había estudiado largamente los sistemas de salud mental en Europa y había participado en la *I Jornada alemana de planificación en servicios de salud mental*, organizada por la OMS en 1981. Antes de llegar a Río Negro, había trabajado en una de los mayores hospitales colonia del país, el Emilio Vidal Abal de la provincia de Córdoba, con 1800 internados, y tenía una mirada crítica hacia los hospitales psiquiátricos (Cornaglia, 2011b).

En aquel momento, la primera intención fue hacer algo como lo que se llamaba comunidad terapéutica, un espacio donde la internación tenga un fin terapéutico. Para ello empezaron a concretarse talleres, huertas, la organización de la vida cotidiana de las personas que estaban allí internadas, asambleas. Mientras tanto sosteniendo las peleas, hasta en el diario Río Negro salían las denuncias... (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

A petición del Ministerio, Cornaglia se radicó en la ciudad de Allen para “reformular lo que venía ocurriendo en el servicio de mayor cantidad de camas psiquiátricas con que contaba la provincia” (Cornaglia, 2011b) y, al tiempo que entraba en contacto con los colegas de la provincia, fue consolidando unas propuestas programáticas que

comenzaron a discutirse en encuentros donde alentaba a los demás a que escribieran sus experiencias.

Schiappa Pietra considera este año, 1984, como “muy importante, porque fue el año en el que se rompió con la hegemonía médica”, aquel en el que, tras denunciar la iatrogenia del sistema, Cornaglia se enfrenta con el poder médico y con la medicalización de la práctica, “principal trinchera manicomial” (entrevista personal, 25 de noviembre de 2020). De acuerdo a su opinión, aunque Cornaglia alentaba las prácticas comunitarias, promocionales y autogestivas, su principal preocupación era “desmantelar el sistema manicomial consolidado en el neuropsiquiátrico” que estaba en su momento de máximo esplendor (Schiappa Pietra, 2003b:24). Broide (2006) comparte que es el año en que se comenzó a humanizar y deshabilitar el hospital de Allen. Esta tarea es también reconocida por quien sucede a Cornaglia en el cargo (Cohen y Natella, 1991:42).

Cuando empezó todo ese movimiento y empezamos a recorrer los hospitales, ver sus necesidades, [trabajar con] aquellas personas que pudieran volver a su domicilio lo antes posible con un tratamiento terapéutico indicado y viendo cómo lo iba a continuar. Rápidamente empezó a haber toda una movilidad dentro del espacio institucional. Había personas que hacía más de 20 años que estaban internadas. Había personas discapacitadas que estaban internadas como si fueran enfermos mentales. Lo primero que se repensó fue que la internación empezara a tener un sentido terapéutico, salir del trabajo iatrógeno en el que estábamos para darle toda una mirada de cuestionamiento sobre cuál era el tratamiento que necesitaba esa persona que nos requería la atención. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Entre las primeras medidas, Cornaglia comenzó por disminuir la concentración de profesionales en el hospital de Allen. Se produjeron varios traslados, entre ellos el del propio Schiappa Pietra que se va a Ing. Huergo, donde ya había un psiquiatra que lo alienta a trabajar en atención primaria y a conducir el grupo de agentes sanitarios. Al igual que en otras localidades, se comienza a debatir el tema públicamente, a hablar del tema de la “peligrosidad” en reuniones populares convocadas desde el servicio (Schiappa Pietra, 2003b).

Entre otras actividades, los trabajadores de salud mental concurren, en 1984, a un seminario de salud mental que se realizó en la provincia de Córdoba. Se trató del denominado *Primer Congreso Argentino de Psiquiatría*, aunque esta nomenclatura desconocía los siete congresos que se habían sucedido entre 1971 y 1976 (Galende, 2014). De Río Negro viajaron, entre otros, Analía Broide, Liliana Ingold y José Schiappa Pietra, quien considera que fue “una experiencia fundante del espíritu

provincial, del sentimiento de pertenencia a una agrupación mayor que incluía a todos los trabajadores” quienes participaron como equipo rionegrino por primera vez (Schiappa Pietra, 2003b:30). Las conclusiones del encuentro, junto con los trabajos que fue escribiendo Cornaglia, “cimentaron las bases para los primeros lineamientos programáticos y crearon en muchos de nosotros la mística militante que posibilitó el proceso de desmanicomialización que luego llevamos a cabo” (Broide, 2016:92). Parte de este trabajo fue retomado por la gestión que sucedió a Cornaglia, como, por ejemplo, depositar la elección de los coordinadores zonales de salud mental en los trabajadores del sector (Cohen y Natella, 1995:42).

En el año 1984, el sistema de salud mental rionegrino contaba con 1 jefe de programa, 15 psiquiatras, 1 neuróloga, 18 psicólogos, 23 enfermeros, 8 mucamas, 1 terapeuta ocupacional con 2 auxiliares, 1 asistente social, 1 fonoaudióloga, 1 asistente y 1 musicoterapeuta, de los cuales 60 trabajaban en la I Zona Sanitaria, correspondiente al Alto Valle (Cornaglia, 2012). Otras publicaciones hablan de 70 efectores, con un 84% del total instalado en el hospital de Allen y el resto repartido en 4 servicios de salud mental. Este personal atendió durante ese año unas 1400 prestaciones ambulatorias y 195 internaciones con un promedio de seis meses de permanencia (Broide, 2006).

En mayo de 1984 tuvo lugar la *I Jornada sobre alcoholismo*, con eje en los grupos GIA (Grupos Institucionales de Alcoholismo) que ya funcionaban en la provincia y tenían al servicio de Roca como referente patagónico (Cornaglia, 2011b). También se organizaron seminarios en Allen y encuentros zonales, así como las *I Jornadas provinciales de salud mental* en la ciudad de Choele Choel en las que se comparten las primeras “Ideas relativas a una legislación de protección de personas con padecimientos mentales”, escritas por Carlos Cornaglia (2011b). A partir de allí “comienza a construirse la modalidad de trabajo en equipo impulsado por la nueva gestión” (Cohen y Natella, 1995:22) y se fue tendiendo una red entre los hospitales y los servicios de salud mental (Liliana Ingold, entrevista diciembre 2020).

Se empezaron a conformar equipos de otras localidades; mientras el servicio de Allen iba perdiendo preponderancia se organizaron los servicios de salud mental de Viedma, Regina, Bariloche y Cipolletti. “Broide pudo al fin dedicarse plenamente a lo que

quería” y rápidamente conformó un servicio en El Bolsón (Schiappa Pietra, 2003b y Broide, 2016). Pero quien se destacó con su trabajo fue el equipo de General Roca, dirigido por Jorge Pellegrini quien había vuelto a la salud pública ese año, luego de haber sido perseguido por la dictadura, equipo en el que fue de suma importancia el trabajo de Ricardo Antoli¹⁶ con los grupos GIA (Schiappa Pietra, 2003b).

El trabajo con los grupos de alcoholismo se fue extendiendo por toda la provincia y Cornaglia (2011) destaca que su propuesta de trabajo fue la primera en considerar el alcoholismo como problema prioritario y que así lo dejó plasmado en un trabajo de mayo de 1984, que cuenta con el antecedente del trabajo “El alcoholismo en la Norpatagonia, factores antropológicos y culturales” firmado por Monetta en 1979. Para Cornaglia, esa tarea “siempre implicó un aprender y enseñar constante (...) organizamos seminarios de estudio en Allen y en la Escuela de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue” (Cornaglia, 2011a:24).

El proceso de transformación del sistema asilar comenzó en forma gradual y progresiva, con tareas tendientes a humanizar y deshabitar el Neuropsiquiátrico que funcionaba en la ciudad de Allen y al que eran derivados los pacientes que requerían internación en la provincia. En 1984, se comienza el armado de una red de equipos multidisciplinarios para que funcionen en hospitales generales, con la intención de que las crisis se atiendan en el mismo lugar dónde se producen y que no impliquen el traslado del paciente y su consiguiente desarraigo (Broide, 2006).

Al cabo de poco menos de un año de su asunción como jefe del programa, Cornaglia renuncia y vuelve a Córdoba. Para Schiappa Pietra (entrevista personal, 25 de noviembre de 2020) las razones de su alejamiento son de índole personal, ya que en Córdoba tenía una carrera académica y un prestigio. Por su parte Cornaglia (2012) manifestó años después, en ocasión de la presentación para el gobierno de Río Negro de una capacitación en adicciones durante las *Jornadas sobre políticas de Estado en Adicciones* que se desarrollaron en Viedma el 4 y 5 de diciembre de 2012, que, al poner

¹⁶ Ricardo Antoli participante de un grupo de Alcohólicos Anónimos, tempranamente se sumó al grupo primigenio que trabajó esta problemática en el área de salud mental y realizó un importante trabajo como Coordinador de Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA). (Schiappa Pietra, 2003b)

en el centro de su programa el tema del alcoholismo, tuvo que “afrentar una serie de obstáculos que motivaron” su renuncia (2012:6).

Ante la ida de Cornaglia, Remigio Romera, en ese entonces Ministro de Salud Pública de la provincia, solicita asesoramiento a la Dirección Nacional de Salud Mental para su reemplazo y, por indicación de Juan Pablo Abadie, asesor del Ministerio de Salud, se invita a Hugo Cohen a hacerse cargo del programa. Se trataba de un joven psiquiatra que había trabajado en el servicio de Psicopatología del Hospital Evita, donde había sido jefe de residentes y que también había presidido la Comisión Nacional de Médicos Residentes (CONAMER) (Cohen y Natella, 2013).

Ahí viene el pedido si alguien de Buenos Aires supuestamente con algunas capacidades, entiendo, alguna formación, podía o le interesaba hacerse cargo. Y yo obviamente que, como me interesaba siempre el tema de la salud pública, y no había escuela de salud pública. (...) Se aprendía haciendo y después acompañando la práctica con estudios. Entonces yo fui y me entrevisté con el subsecretario porque el ministro no estaba porque tuvo que viajar de urgencia, entonces, el subsecretario me hizo una entrevista. Le hice algunas preguntas sobre en qué consistía, qué tenía que hacer, eso fue en el mes de marzo y el primero de mayo del 85 yo estaba desembarcando en Viedma (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021).

Según Schiappa Pietra (2003b:33), Cohen “no era un erudito como Cornaglia, pero lo había tocado el hado de los genios” y tenía un talento particular que lo llevó a desarrollar un programa riesgoso y atrevido en el territorio rionegrino. El mismo Schiappa Pietra recuerda haber ido a buscarlo al aeropuerto junto con otros compañeros y enfatiza que es el comienzo de los “años heroicos”. Aunque reconoce el liderazgo que adquirió Cohen en la siguiente etapa, aclara que “lo que sabe el líder es ponerse en la cresta de la ola y la ola ya venía” (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020).

Ya había quedado plasmado en el trabajo con Cornaglia, un trabajo de equipo entre los pocos profesionales que estaban dentro del espacio de la salud pública, pero que no eran parte de Allen. Ya entonces teníamos asambleas con algunos profesionales de Cipolletti, con los profesionales del hospital de Roca, con alguno que estaba perdido en Choele (...) cuando llega Cohen ya estaba todo este movimiento en ebullición, se habían comenzado a armar equipos de salud en otros lugares, ya se tenía una idea de un proyecto sanitario de que cada hospital tuviera su propio equipo de salud, ya se estaba pensando esa alternativa. Trabajábamos a destajo, todo el día, no había horarios. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Pablo Franco, trabajador de salud mental fallecido en 2016, también va a señalar a Cohen como líder de la desmanicomialización y catalizador de “las fuerzas renovadoras que llevaron adelante el proyecto”. Destaca su “sólida cultura democrática, dotes de

gran negociador y una convicción inamovible” y agrega que no hubiera podido lograr el cambio sin su compañera Graciela Natella y el maravilloso grupo de personas que participó del proceso (Franco, 2016:26).

Desmanicomialización: el modo rionegrino de la reforma (1983-1992)

“Es preciso que nos entendamos.
Yo hablo de algo seguro y de algo posible.
Seguro es que todos coman
y vivan dignamente
y es posible saber algún día
muchas cosas que hoy ignoramos.
Entonces, es necesario que esto cambie.”

La luna con gatillo (Raúl González Tuñón, 1957)

En la descripción de los logros alcanzados durante los tres primeros años de la gobernación de Álvarez Guerrero, el Ministerio de Salud Pública de la provincia destacó que se ha procedido a una significativa mejora de la infraestructura edilicia y tecnológica del sector, al tiempo que se había facilitado la descentralización del sistema con el pleno funcionamiento del Consejo provincial de Salud Pública (Ley 2034/85), la jerarquización de los jefes de Zonas Sanitarias y la conformación de consejos hospitalarios con participación de los municipios. Se había tratado de atender especialmente a la Línea Sur creando centros de salud y designando personal para su atención (Ministerio de Salud Pública de la provincia de Río Negro, “Acciones desarrolladas por el plan de salud 1984-1987”, s/p/i, copia en ACPSM).

En el área de Salud mental, señala que los servicios eran inexistentes hasta diciembre de 1983 y que, con la llegada del gobierno democrático, se ha iniciado la integración de la atención psiquiátrica en el sistema general de prevención y rehabilitación de la salud, instituyendo a Psiquiatría como la 5ª clínica básica y poniendo a la provincia “a la vanguardia” nacional en la atención de dicha problemática. El hecho de que Psiquiatría fuera incorporada en el mismo nivel que las llamadas clínicas básicas (cirugía, clínica médica, pediatría y tocoginecología) pretendía jerarquizar la especialidad, introduciendo un cambio real en el organigrama del sistema de salud rionegrino (Ministerio de Salud Pública de la provincia de Río Negro, “Acciones desarrolladas por el plan de salud

1984-1987”, s/p/i, copia en ACPSM). Esta ubicación en el organigrama en igualdad de condiciones fue reglamentada a partir de una acción concreta de Hugo Cohen e implicó que salud mental no dependiera de otra especialidad o estamento (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021).

En 1985 se había producido la renuncia de Carlos Cornaglia y el Ministerio procedió a designar a Hugo Cohen, quien se trasladó a vivir a la provincia y fue designado Jefe de Salud Mental. Por primera vez, esta función fue ejercida separadamente del cargo de jefe del servicio neuropsiquiátrico de Allen, posibilitando la adopción de medidas alternativas y de mayor alcance (Collins, 2008).

En Río Negro históricamente no existía la función de jefe de programa, en la práctica el que dirigía el servicio de Allen hacía las veces de jefe de provincia, aunque no estaba el cargo, era un poco el encargado de la salud mental en la provincia. Cuando asume el Dr. Romera como Ministro de salud, el primer ministro en la democracia, hacen un nuevo organigrama en el Ministerio de salud y ahí incorporan [como Programa] la figura de salud mental. Nunca antes había estado la figura de salud mental en Viedma, no existía. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

El hecho de fijar su residencia en Viedma le otorgará un carácter estratégico-político al proceso de reforma (Broide, 2016), “una muy buena jugada porque el poder político estaba en ese lugar” (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020). Para Graciela Natella es un momento fundante en el que la salud mental se hace parte de la salud en general al ejercerse la Jefatura de programa desde el Ministerio de Salud (Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021). En términos de Belmartino y Bloch (1994), podemos considerarlo el primer paso para convertir a un actor, individual o colectivo, en un interlocutor privilegiado e ir construyendo vínculos con las autoridades que le permitan llevar adelante sus objetivos.

A quince días de asumir el cargo, Cohen produjo un informe en el que reconocía que no contaba aún con datos suficientes debido a las dificultades que había encontrado para su recolección y porque, a pesar de que el programa de salud mental ha sido declarado prioritario para la provincia, aún no tenía un “cuerpo orgánico que dé respuesta a los diferentes aspectos” de su funcionamiento. Los trabajadores están dispersos “en diferentes hospitales y centros periféricos con diferentes grados de organización y capacitación, pero, en general, no llega a integrarse como EQUIPO DE SALUD

MENTAL”¹⁷. Observaba una integración desigual en las diferentes regiones de la provincia, así como áreas totalmente desprovistas de la cobertura adecuada. Finalmente, señalaba su reconocimiento al Dr. Cornaglia “por el trabajo realizado en tan poco tiempo”, trabajo que le permitió contar con un plan esbozado, lo que crea en él “el compromiso de poder desarrollarlo junto con el positivo aporte de todos los integrantes del equipo de salud mental”. (“Administración servicios de salud mental, realidad sanitaria”, s/p/i, copia en ACPSM).

Cuando yo llegué había servicios en Roca, en Huergo, en Viedma, en Allen, pero sin embargo cuando había una crisis importante [el paciente] iba a Allen. No se asistía en el propio lugar. (...) el hospital de Viedma se estaba armando, tenía algunos psicólogos, algún psiquiatra que iba, pero todo como un sistema muy fragmentado sin una internación completa (...) ya se había hecho algún viaje, se empieza a hacer periódicamente lo que [se iban a llamar] patrullas que era viajar a las distintas localidades de esa área programa. La cabecera era Viedma [se viajaba] a Valcheta, a San Antonio Oeste, a Sierra Grande, a todo el circuito de la zona atlántica. Ahí no había recursos. (...) Teníamos esa misión, pero no de ir a atender como hacían otras especialidades. Nosotros íbamos, asistíamos, pero junto con el personal de salud para, de alguna manera, dejar capacidad instalada, no para ser siempre el psiquiatra que va, o el psicólogo, sino para que se desarrolle potencialidad y capacidad en la localidad. Atendíamos a los pacientes con las personas que, de alguna manera, estaban interesadas o que, naturalmente, eran sensibles a la problemática para reforzar. Dábamos también cursos de atención, de medicación, como para que la localidad no tenga que ni enviar en una ambulancia a su persona con padecimiento ni tampoco que tenga que viajar el recurso.” (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

El proceso de reinserción comunitaria

En junio de 1985 se celebró el *I Encuentro Patagónico de Salud Mental* y, a partir de sus conclusiones, empezó la construcción de alternativas de tipo comunitaria, así como institucionales y sanitarias para sostener y ahondar el proceso de cambio. Para ello se fortaleció el proceso de externación ya iniciado, desocupando el hospital neuropsiquiátrico que se tornaba prescindible como lugar de derivación, ya que, al mismo tiempo, se iba fortaleciendo el trabajo de atención de crisis en las diferentes localidades (Cohen y Natella, 1995).

Recuerda Hebe Pacheco:

[primero se desconcentró el anexo de Ingeniero Huergo] se van llevando a Allen y se van reinsertando en sus lugares. Algunos de ahí mismo salían a sus familiares. Solamente después se comenzó con el paciente de salud mental que necesitaba estar internado y debía compartir una cama dentro de las mismas salas comunes porque era una persona más. Se vivió con bastante rechazo por nuestros mismos compañeros que decían “que los cuiden las enfermeras de salud

¹⁷ En mayúsculas en el original.

mental”. [Pero] nosotras habíamos dejado de ser las enfermeras de salud mental integrándonos al resto. Te dolía un poco cuando te decían esas cosas, porque a estos pacientes, a muchos de ellos, había que bañarlos, llevarlos al baño, entenderle un montón de cosas... sus necesidades básicamente y había que estar con ellos, había que comprenderlos. (Hebe Pacheco, entrevista personal, 16 de diciembre de 2020)

En relación con la transformación del neuropsiquiátrico en hospital general, Cohen expresó, que "la eliminación del manicomio tiene que ser técnica, política y social (...) el manicomio no resuelve problemas, no valoriza a las personas ni las dignifica" ("Una experiencia única. Cómo viven los enfermos mentales en una provincia donde no los encierran.", *Clarín*, 4/8/1996).

El proceso de salida de los pacientes del hospital de Allen fue paralelo a la consolidación de una serie de prácticas y de servicios sobre los que primero se acordó ideológicamente para después pensar cómo llevarlo a cabo y cómo priorizar los objetivos (Broide, 2016:94). Diana Ingold nos dice al respecto:

Cuando viene Hugo Cohen en ese momento se pensó, como era tanto el trabajo, inmenso, que un pequeño grupo de profesionales nos abocáramos a lo que llamábamos la externación. Así lo llamábamos, la externación de esas personas que tenían más de 20 años internados. Hicimos una tabla muy grande, donde teníamos anotados todos los pacientes. Y todo eso lo pudimos hacer gracias a una trabajadora social extraordinaria, como fue Luisa Kisnerman que era quien nos acompañaba y nos enseñaba que era esto de una visita domiciliaria. Imagínate un psicólogo haciendo visitas domiciliarias. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Se conformó entonces el llamado Equipo de externación, integrado por dos psicólogos, José Schiappa Pietra y Liliana Ingold y una trabajadora social, Luisa Agnoletti de Kisnerman. El objetivo estaba planteado:

El ir pensando en estas personas en su lugar, descubrir que las familias ya no los tenían ni siquiera presentes en sus vidas. Ir diagramando una estrategia de intervención para cada uno de esos casos fue todo un armado que implicaba, por supuesto, poner los autos nuestros, horas de trabajo nuestras, algún vale de nafta que nos daban como diciendo "te vas de paseo". Todo eso llevó a una construcción de lo que se llamó el equipo de externación (...) nos implicaba después continuar con las visitas domiciliarias a esos domicilios, las entrevistas con la familia porque nadie iba a obligar jamás a que una persona que no estuviera dispuesta a aceptar a su familiar, pero, por lo menos, [ayudarlos a] revincularse... (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Acompañados por miembros del equipo, los pacientes fueron siendo evaluados, al tiempo que se elaboraban las estrategias para su atención, reintegración a su medio y seguimiento. En algunos casos se los trasladó al hospital general de su localidad y en otros directamente con sus familias (Cohen y Natella, 2009).

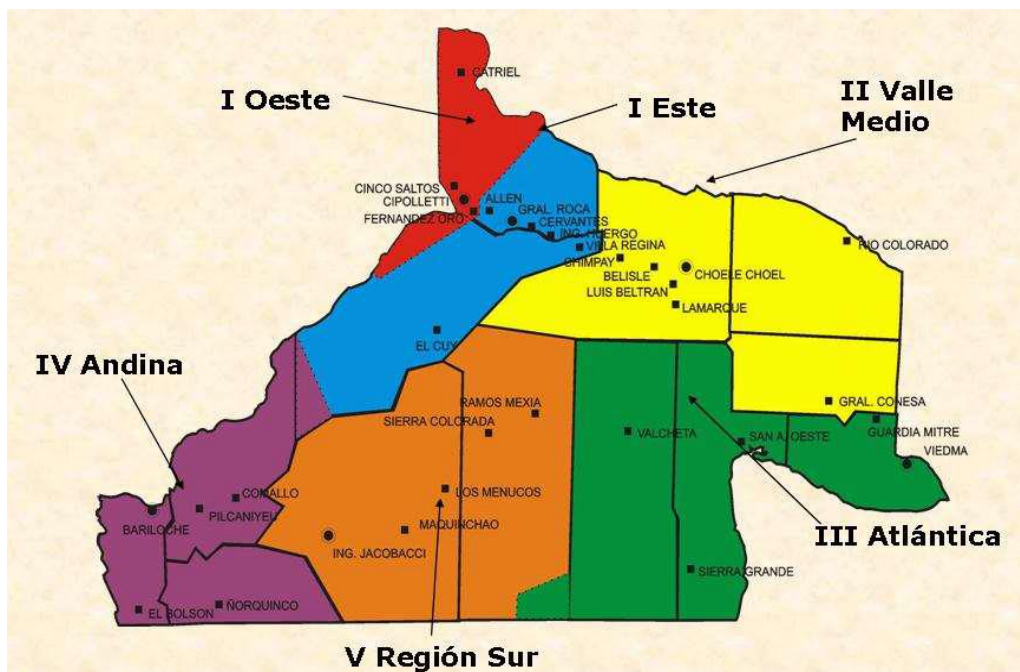
En un documento titulado “Proceso de reinserción comunitaria de pacientes de larga estadía en salud mental” los integrantes del equipo de externación detallaban que el grupo, conformado en 1986 por el Jefe de Programa, empezó a trabajar en mayo de ese año, completando la experiencia en diciembre. Describieron cómo, a partir del estudio de cada caso, se realizó una planificación, reevaluada durante el proceso, que consistía en trabajar en dos niveles: uno del que participaban los internados, sus familiares y su comunidad, y otro el de los servicios de salud de cada localidad. Al iniciar el proceso, se encontraron con que las historias clínicas no contenían datos sobre el entorno social del internado, por lo que la primera tarea con el paciente fue “recuperarlo históricamente”, valiéndose de entrevistas con él y su entorno. Hubo que reconstruir, incluso, la historia de su internación. Este primer acercamiento permitió considerar la posible reinserción comunitaria contemplando, en principio, dos alternativas: un proyecto de vida independiente o una reinserción familiar o en otro grupo que pudiera servir como referente. Con la información recogida se fue conformando una matriz de datos, gracias al trabajo y la enseñanza de Luisa Kisnerman, según lo aseverado por Liliana Ingold (entrevista personal, 4 de diciembre de 2020).

Con los datos recolectados, que incluían el tiempo de internación, el diagnóstico al ingreso y el actual, el grado de independencia en la vida diaria, la existencia de familiares, salidas, visitas, beneficios sociales, causas judiciales, etcétera, junto con la interacción personal comenzaron a trabajar en lo que llamaban su Historia y su proyecto de vida. La participación del internado era considerada fundamental. Justamente entre los obstáculos a su tarea mencionaban que muchas veces el internado aceptaba en forma pasiva su situación y se mostraba temeroso de encarar cambios, de reencontrarse con su familia o de enfrentarse al prejuicio social frente a la locura. También como obstáculo visualizaban a las propias instituciones que persistían en una conducta “internista” o exponían falencias en la programación y seguimiento de las propuestas terapéuticas o falta de previsión en cuanto a las condiciones de reinserción del paciente.

El programa proponía la reinserción en el medio local de la persona y eso implicaba seguimiento y cuidados domiciliarios. Planteaba que tenía que haber otro orden vinculado más a las necesidades del enfermo. Era un modelo promocional que se oponía

al asistencial existente (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021). Es notable cómo este discurso promocional va permeando entre quienes tienen a su cargo la atención del sufriente mental y es así como podemos encontrar buena parte de lo que constituyen los fundamentos de la reforma en las propias representaciones de los trabajadores:

Del modelo basado en tener el encierro hospitalario a tener la reinserción en cada lugar natural de cada uno. Eso fue positivo para las personas en sí, o sea, para los enfermos que yo no los llamo enfermos, para mí son personas y van a seguir siendo personas por más problemas que tengan. Así fue el modelo de reinsertarse y eso para mí fue bueno, fue espectacular. Realmente para mí fue un cambio muy positivo porque la persona afectada puede reintegrarse con los demás miembros de la familia o puede reintegrarse en una sala común de atención, compartir con otras personas y no siempre estar encerrado en sí mismo, como diríamos, con locos como los llamábamos. (Hebe Pacheco, entrevista personal, 16 de diciembre de 2020)



Mapa de las zonas sanitarias de la provincia de Río Negro
(<https://rionegro.gov.ar/index.php?contID=49802>)

Se trabajó con una propuesta de encuentro y recreación de vínculos, sin forzar la reinserción inmediata y trabajando, paralelamente, en la promoción social apelando a los diferentes recursos de los que siempre dispone una comunidad:

Había muchas experiencias en la provincia de trabajos diferentes, siendo siempre Viedma y Bariloche los lugares más distantes de toda la cuestión de la zona del valle. Nosotros nos abocábamos más a toda la zona del alto valle, que era Cipolletti, Regina, Roca, Allen, Godoy, etc. El Bolsón también tuvo todo un desarrollo muy personal y más del área de su trabajo. Siempre nos asombra que, pese a tener muchas cosas en común, lo interesante de este trabajo es que cada equipo fue armando estrategias para su propia comunidad que es como debe ser. No es lo mismo la comunidad de Bolsón que la de Gral. Roca. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

El documento mencionado (“Proceso de reinserción comunitaria de pacientes de larga estadía en salud mental”) informaba que se habían gestionado pensiones y beneficios sociales y facilitado la búsqueda de trabajo, recurso que se consideraba primordial. También se había interactuado con la Justicia para conseguir estadías intermedias, altas parciales o permisos especiales. En total actuaron en 18 casos, de los cuales 9 “comenzaron una vida natural”. Concluyeron que, aunque se habían logrado cambios, las modalidades manicomiales persistían por lo que era necesario seguir trabajando para evitar que se repita el ciclo de internación-externación-reinternación.

Dentro de los modelos de transformación de la institución asilar hay uno que propone cerrar los manicomios “porque son campos de concentración” (Schiappa Pietra entrevista personal, 25 de noviembre de 2020) y otro que sostiene que lo que hay que hacer es abrir el manicomio y cambiarlo:

Nosotros planteábamos el cierre, pero sin darnos cuenta también hicimos apertura (...) hicimos las dos cosas, entonces, si bien es cierto que cerramos el manicomio, abrimos un montón de espacios que son multidisciplinarios, interdisciplinarios, donde lo cotidiano vale, donde el trato cotidiano vale (...) nuestra propuesta desde el marco de su aplicación implica abrir espacios donde los distintos saberes pueden integrarse y la única manera de integrar los saberes es en el estar cotidiano. No todos en Río Negro lo hacen. La disciplina es una tentación como refugio. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

El modelo es el componente específicamente ideológico en la definición del marco legal e institucional (Belmartino y Bloch, 1994) y va a orientar las acciones de los actores involucrados, guiando sus decisiones y estrategias para la prosecución de sus objetivos. En vista del análisis de lo existente, los trabajadores de salud mental rionegrinos pudieron plantearse lo que consideraban justo y entendían como posible (Therborn, 1987). Y que no era otra cosa que el fin de la institución monovalente y su reemplazo por formas alternativas de atención y promoción de la salud mental.

Capacitación de los equipos de salud

A medida que se trabajaba en las tareas de externación y se avanzaba en la creación de nuevos dispositivos, se observó que era necesario capacitar a la mayor cantidad de personas dentro del sistema de salud para poder sostener las nuevas prácticas y, sobre todo para atender las urgencias que surgían en las guardias de los hospitales. Fue entonces que, dando continuidad a los objetivos propuestos, se decidió que el mismo equipo que se había ocupado de las tareas de externación de pacientes se transformara en lo que se denominó Equipo de intervención en crisis de la I Zona Sanitaria:

En la medida en que íbamos viendo y trabajando todo esto, fuimos analizando cómo funcionaba el sistema sanitario y empezamos a descubrir que los hospitales carecían de una estrategia de intervención en la urgencia. No sabían qué hacer con una persona que estaba en una crisis de salud mental; sabían qué hacer con una crisis cardíaca, pero no con un problema de salud mental. (...) comenzamos a ofrecernos como equipo de intervención de urgencia en las guardias hospitalarias. Éramos tres, así que hacíamos guardia la asistente social y el psicólogo o el psicólogo solo. Y lo que descubrimos fue que una intervención oportuna en una situación de urgencia evitaba una internación. Si en la urgencia atendíamos a esa persona y le ofrecíamos un acompañamiento terapéutico domiciliario, por ejemplo, evitábamos una internación. Todo eso nos llevó a empezar a pensar cómo capacitábamos a todas las guardias de los hospitales de la provincia. Ahí viajamos por toda la provincia desde el 87, 88, hasta el 89. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

En línea con estas medidas, se realizó, en junio de 1987 en Cinco Saltos, el primer curso de intervención en crisis y reinserción de las personas que padecen sufrimiento mental y sus docentes fueron Schiappa Pietra por el equipo de intervención, Liliana Romero, jefa del servicio, el enfermero Miguel Burgos y el coordinador del GIA, Ricardo Antoli (“Comunicados de prensa”, s/p/i, en ACPSM).

Entre las tareas que se iban planificando desde la jefatura de programa, una fue la definición de los indicadores que iban a utilizarse para validar las diferentes actividades entre las que se contaban la consolidación de los equipos multidisciplinarios de trabajo, la integración con el hospital general, la capacitación en el manejo de la urgencia, la asistencia y capacitación en hospitales que no tenían profesionales especializados, la rehabilitación del enfermo alcohólico, la reinserción comunitaria del paciente crónico, la prevención y la interacción con otras instituciones, educativas, de minoridad y familia, de justicia. Los indicadores que debían contabilizarse eran: número de reuniones mensuales de equipo, cantidad de interconsultas y de agentes capacitados, frecuencia de las patrullas realizadas, grupos GIA y número de miembros, total de grupos de reflexión

y de reuniones con instituciones de las diferentes localidades, número de visitas domiciliarias, pacientes recuperados en su propio medio, etcétera. (“Indicadores”, s/p/i, copia en el ACPSM).

En esos tiempos en que todavía no había servicios de salud mental en todos los hospitales, “todo era sembrar” (Débora Jadzinsky¹⁸, entrevista personal, 29 de marzo de 2021) y así se trabajaba tanto con el personal sanitario de los diversos hospitales como con los vecinos o trabajadores sociales. A fin de capacitar a los efectores territoriales, se implementaron, desde la Jefatura de Departamento, los llamados Equipos móviles de intervención a distancia, EMID o “patrullas”. (“Síntesis descriptiva de las actividades programadas por el Departamento de Salud Mental, 1986”, s/p/i, copia en ACPSM). Estas patrullas partían desde aquellos lugares con servicio de salud mental para llegar a aquellas localidades que todavía no contaban con él:

Teníamos que salir de patrulla desde San Antonio para la línea sur, hacer 500, 600 km. Entonces ahí se hacía una asamblea comunitaria y se convocaba a referentes del pueblo, al intendente, concejales, el Director del hospital, la Directora de la escuela, los bomberos voluntarios. Así se hacían las asambleas. (Alberto Lucio¹⁹, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

No solo en la línea sur faltaban efectores, también en la II Zona sanitaria, que incluye a Río Colorado y Gral. Conesa, donde había un único profesional que debía desplazarse un día a la semana para ver pacientes en las localidades cercanas. “Pacientes hubo siempre, lo que no había era atención”, dice Daniel Gómez²⁰ (entrevista personal, 4 de junio de 2021).

¹⁸ Débora Jadzinsky es Médica (UBA, 1984) especialista en Psiquiatría y se desempeñó en el Hospital Castex, provincia de Buenos Aires, entre 1984 y 1988. Se incorporó al servicio de salud mental del Hospital Zatti, Viedma, Río Negro en octubre de 1988. Entre julio de 1990 y diciembre de 2018 estuvo a cargo del servicio de salud mental del hospital de Villa Regina. Fue docente en números cursos de capacitación e instructora del programa de Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) en Río Negro.

¹⁹ Alberto Lucio es Médico (Universidad Nacional de Buenos Aires en 1983) especialista en Psiquiatría. Se incorporó al servicio de salud mental de San Antonio Oeste, Río Negro, en 1990 y prestó servicios en los hospitales de San Antonio Oeste, Bariloche y Luis Beltrán antes de incorporarse al Hospital Zatti de Viedma. Durante su carrera desempeñó los cargos de Jefe de servicio de salud mental, Director del hospital de Viedma, participó de la Coordinación del Departamento de Salud Mental rionegrino y fue Secretario de Gestión de Establecimientos de Salud de la provincia.

²⁰ Daniel Gómez es Licenciado en Psicología (UBA, 1988) y Especialista en Psicología Forense. Participó junto con Alfredo Moffatt de la fundación de la Mutual de Ayuda Psicológica Alternativa ubicada en el barrio porteño de Once, conocida como *El Bancadero*. Se incorporó al servicio de salud mental de Río Colorado, Río Negro, en 1991. En el transcurso de su carrera ocupó los cargos de Jefe del

Nos señala Jadzinsky sobre esos primeros tiempos:

Con la trabajadora social, con la médica, con el vecino, organizabas la estrategia, organizabas la medicación, organizabas quien se la iba a dar y cuando terminabas ¿cuál era el premio de la patrulla? El churrasco y las papas fritas que te hacían (...) y la vuelta en el auto de Pepe [Schiappa Pietra] que hoy no resistiría [la revisión] siquiera con el [oficial] de tránsito de la localidad atravesado en un semáforo. Pero para mí fue extraordinario” (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

De esta forma, se fue implementando la descentralización operativa del programa. De esta manera lo explica Daniel Bikauskas²¹

Si vos vas a proponer como política pública “no vamos a derivar a nadie, lo vamos a atender en la localidad de origen”, tenés que ir avanzando en lo territorial. La solución intermedia que se encontró en ese momento fue lo que se llamó patrullas que se armaban con equipos interdisciplinarios e iban donde había una necesidad, una crisis. Se viajaba y se armaba una contención local a pesar de no haber referencia de salud mental. Esto es muy importante porque, para el desarrollo del programa *a posteriori*, sirvió para que la comunidad se involucrara en el pedido de un recurso de salud mental ahí. (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

Ernestina Farías, más conocida como Betty²², enfermera en Viedma y coordinadora de grupos GIA, entiende que las patrullas también sirvieron para concientizar a los trabajadores de la necesidad de integrar a los familiares del sufriente mental (Testimonio personal, 22 de mayo de 2021). Este trabajo de reflexión y convencimiento, que se reflejaba particularmente en las asambleas comunitarias, era abordado también al interior de los servicios:

Nosotros incorporamos a los usuarios, cosa que hoy ya no se está haciendo tanto, a ser artífices de su propio destino y de su propio tratamiento. (...) teníamos grupos de usuarios en los cuales había uno, dos o tres profesionales que participábamos y donde los usuarios tenían la palabra, [sobre] cómo venía su tratamiento, la compartían en ese espacio de asamblea y había como un espejo de otros usuarios que planteaban como los veían, si lo veían mejor o no. [incluso se podía plantear que un usuario no quisiera continuar con su tratamiento, entonces] se podía llegar a un acuerdo, mientras tanto podía tener la continuidad de participación para que lo siguiéramos viendo,

servicio de salud mental del hospital Zatti en Viedma durante 12 años y de Jefe del Departamento Provincial de Salud Mental. Se considera, antes que nada, un trabajador de salud pública.

²¹ Daniel Bikauskas se graduó como licenciado en Psicología en la UBA. Se incorporó al servicio de salud mental de Sierra Grande, Río Negro, en 1992. Fue el primer psicólogo a cargo de un servicio de salud mental en la provincia. En el transcurso de su carrera ocupó los cargos de Jefe del Departamento de Salud Mental y Jefe del Departamento de Actividades Programadas para el Área (DAPA) del hospital Zatti. Fue docente en números cursos de capacitación e instructor del programa de Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) en Río Negro.

²² Ernestina Farías de Ruiz, Betty (así la nombraremos en el trabajo), enfermera que inició su carrera profesional en 1975, trabajando en la clínica Viedma y en el hospital Zatti donde alcanzó el cargo de jefa del área quirófano. En 1989 consigue su pase al área de salud mental donde coordina grupos de alcoholismo y participa activamente de todo el proceso de transformación del sistema. Entre otras iniciativas, coordina y capacita a los primeros grupos de operadores.

evaluando, viendo cómo iba funcionando. Creo que fueron momentos muy lindos, muy democráticos en cuanto a los seguimientos de los tratamientos y la participación activa de los usuarios en sus propios tratamientos. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Podemos considerar que se trata de una forma diferente de ejercer el poder en cuanto a la capacidad de imponer nuevos sentidos y resignificar las relaciones entre los miembros de la comunidad (Millán, 1998). Se trata de modificar la vieja relación entre el poder impuesto por el saber médico y una nueva relación de fuerzas donde los saberes tienen múltiples orígenes y manifestaciones.

En muchas ocasiones, las asambleas surgían de la inquietud de la propia comunidad frente al caso de un paciente violento o que no se sabía cómo contener. Pero aún en esas ocasiones podían surgir instancias de deliberación e intercambio con la comunidad que desembocaban en formas de resolver la situación o apoyar al usuario:

En una asamblea, de manera medio misteriosa, de repente te encontrás con un montón de aliados que no los tenías en cuenta. Porque apenas se plantea desde el punto de vista moral, desde el punto de vista ético la problemática, aparecen aliados (...) gente que no te esperabas, vecinos que te comienzan a ayudar en la argumentación, en las razones de porqué una persona se tiene que comportar con el otro de una manera digna, eso de pronto aparece. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

En 1987, el equipo de intervención en crisis se desarmó al implementarse y reglamentarse las guardias pasivas. Mientras Schiappa Pietra permaneció en la I Zona Sanitaria, Luisa Kisnerman renunció y Liliana Ingold pasó a integrar el servicio del hospital de Gral. Roca. Allí se incorporó a un centro de salud para realizar un trabajo de rehabilitación nutricional con las madres de niños en bajo peso, junto con un agente sanitario y gente del programa SEPALO²³ que integraba a nutricionistas y gente de la Universidad Nacional del Comahue. Lo considera una hermosa experiencia, pero en algún momento alguien se preguntó qué hacía una psicóloga en un centro de salud y volvió al hospital. Un tiempo después trabajaría en una de las primeras casas de medio camino, el Instituto Nuestra Casa (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020). Este Instituto había comenzado a funcionar en 1991 en una casa de General Roca cedida por un psicólogo y con el servicio de mantenimiento provisto por la

²³ SEPALO (Servicio para el aprendizaje laboral orientado) Proyecto innovador de capacitación laboral en oficios del Ministerio de Educación rionegrino, creado durante la administración radical de fines de los '80 y que promovía gran cantidad de oficios en la provincia, cooperativas y sociedades de hecho que generaron fuentes de trabajo, en https://www.rionegro.com.ar/entregaran-certificados-de-idoneidad-LURN_1458176/.

Municipalidad. En su plantel inicial había trabajado Schiappa Pietra (2003b), junto con Ricardo Antoli, además de promotoras y celadoras del hogar de menores.

Ya en abril de 1987, durante las *I Jornadas Nacionales de Atención Primaria de la Salud*, parte del equipo rionegrino participó en varias mesas redondas describiendo la tarea que se venía realizando en la provincia. Estas jornadas, que se realizaban en Buenos Aires, fueron organizadas por la CONAMER y contaban con la presencia de numerosos profesionales y trabajadores de la salud, constituyéndose en un espacio de debate y presentación de alternativas de atención de la salud. Los equipos rionegrinos participaron en varias ocasiones durante el período estudiado en el presente trabajo, siendo particularmente importante la concurrencia con representantes de casi todos los equipos provinciales en 1991.

En estas primeras jornadas, Hugo Cohen, quien había sido presidente de la CONAMER durante la dictadura militar, participó de una de las charlas principales junto con el Director Nacional de Salud Mental, Vicente Galli y con Fernando Ulloa, importante referente del psicoanálisis y de los derechos humanos en Argentina. Cohen inició su presentación diciendo que estaba allí “en nombre de un importante número de trabajadores de salud mental comprometidos en esta misma línea”. En esta presentación anunció que hacía dos meses había quedado conformado el Departamento de Salud Mental en Río Negro que ya no era una estructura unipersonal sino un equipo con cuatro divisiones operativas. Más tarde participó en otra mesa junto con Guillermo Arrúa que habló de su experiencia en San Martín de los Andes y Raúl Antonio Camino quien había fundado y dirigido una Comunidad Terapéutica en el Hospital Colonia Ciudad Federal de Entre Ríos entre 1968 y 1976. Durante esta charla, Cohen invitó a Jorge Pellegrini a exponer la experiencia con los grupos GIA y, luego, los dos participaron del Plenario Integrador de las Jornadas (*Libro de las Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 1987).

En cuanto a la mencionada estructura del Departamento de Salud Mental, desde un comienzo Cohen procuró que no se convirtiera en Dirección dado que los Directores provinciales tenían un carácter político y, generalmente, su nombramiento y remoción estaban supeditados a los cambios de gobierno. Manteniendo la designación de su cargo

como Jefe de Departamento, Cohen se aseguraba una cierta independencia del poder político y, sobre todo, que las designaciones para esa posición no estuvieran ligadas a los cambios en el signo partidario del gobierno provincial. El programa, si bien estuvo siempre atento a la tensión de los recambios gubernamentales pudo sostener su proyecto gracias a esta estrategia de mantenerse como un departamento técnico:

Dentro de la burocracia pública, jefe de departamento no es mucho, no tiene mucho peso, [su importancia] estaba en esta capacidad que ha tenido Hugo y la habilidad de poder vincularse, trascender esto. Nosotros siempre tratamos de mantenerlo como departamento técnico para hacer un desarrollo técnico político, fue una estrategia. Porque, si vos tenés un político, que sería ya un nivel de Dirección o Coordinación, te llama el Ministro y te dice váyase... Muchas veces estuvieron con ganas de sacarlo a Hugo porque proponía cosas distintas a lo establecido. Ahí aparecía el equipo provincial defendiendo. Defendiendo porque por ahí te consultaban [cuestionando a Cohen y uno argumentaba] hacemos esto por esto, por esto y... entonces los tipos tenían cerrados los caminos. (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

El convenio con Italia

También durante el año 1987 se inició un proyecto de capacitación técnica con Italia por un convenio firmado por la Dirección Nacional de Salud Mental y que involucraba a las provincias de Buenos Aires, Córdoba y “otras”. Como parte de las actividades que surgieron de este acuerdo, referentes del programa de la provincia de Río Negro viajaron a Trieste y realizaron un curso de posgrado de gestión de servicios de salud mental (“Convenio de cooperación con Italia”, s/p/i, copia en ACPSM). A pesar de las dificultades económicas que más tarde sufrió la provincia, al compás del deterioro económico del país, el gobierno provincial cumplió los términos del acuerdo, manteniendo su compromiso con el programa (Cohen y Natella, 2013:54).

Respecto a la instrumentación del acuerdo, nos dice Alberto Lucio:

Todos conocíamos la experiencia de Italia, los convenios vinieron después por este conocimiento que le llegó a Hugo [Cohen] a través de Diana Mauri²⁴ que el nexo fue Itzhak Levav²⁵. Hugo

²⁴ Diana Mauri, Socióloga y psicóloga, desarrolla actividades de investigación, formación y asesoramiento sobre políticas sanitarias y sociales, en Italia y América Latina. Desde 1975 ha colaborado con el Departamento de Salud Mental de Trieste y fue parte activa en el proceso de deinstitutionalización y de la creación de servicios alternativos en la comunidad. Es autora de varios libros y artículos y miembro del directivo de la Conferencia permanente para la salud mental en el mundo Franco Basaglia. Actualmente integra el Comité de participación de la Conferencia (<https://ate.org.ar/diana-mauri-visita-el-consejo-directivo-nacional/>).

²⁵ Itzhak Levav nació en la República Argentina y completó sus estudios de medicina en la UBA (1962). Especializado en psiquiatría en la Universidad McGill, Canadá (1967), cursó una maestría en salud

viajó, viajó con Graciela [Natella] a Italia, estuvieron en contacto y ahí empezó un nutrido intercambio (...) hubo plata que llegó de Italia para hacer espacios de capacitación, reuniones provinciales. Se hicieron muchas cosas. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Por el mencionado documento, se recibieron becas destinadas a quienes participaron del segundo nivel del curso “Política y planificación en salud mental”, así como fondos que fueron derivados al hospital de El Bolsón, al centro comunitario Nuestra Casa, en Gral. Roca, y al hogar de tránsito de Viedma. Otra parte de estos fondos financió la finalización del programa de investigación y la provisión de equipos para el Instituto Rionegrino de salud mental (“Breve informe”, s/p/i, copia en ACPSM).

En una nota periodística de 1993 se informaba que, a través del convenio se habían recibido 49000 dólares como resultado de lo acordado y que esta ayuda ya había finalizado, aunque se esperaba su renovación (“Entrevista a Hugo Cohen, titular de Salud Mental de Río Negro. Los manicomios son campos de concentración”, *Río Negro*, 8/2/1993). Aunque se sentían hermanados con la experiencia italiana, la situación económica era muy diferente en ambos países, ya que, entre otras cuestiones, en Italia contaban con la cooperación financiera de la Comunidad Europea para armar sus centros de salud mental. Esto, que aparecía como un desmedro para Río Negro, “con el tiempo fue una gran ventaja que permitió incluir salud mental en el espacio general de la salud (...) en el corazón de la salud física que siempre desestima la salud mental y social” (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021). Sobre el particular, Hugo Reales²⁶ refiere que:

Italia pudo haber marcado un rumbo, una línea, pero lo que se hizo en Río Negro, lo que estamos haciendo en Argentina no es lo mismo. Tiene el mismo sentido de reforma de la atención y de

mental y comunitaria en la Universidad Columbia, en Nueva York (1969). En la Argentina estableció y dirigió el primer departamento de psiquiatría social del país en Lanús, provincia de Buenos Aires y en 1971 se incorporó a la escuela de salud pública de la Universidad Hebrea de Jerusalén, donde realizó tareas docentes. Consultor para América Latina de la OPS/OMS, asesor en salud mental en la oficina central en Washington DC (1987). En tal capacidad desarrolló programas e iniciativas entre las cuales cabe citar la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, que culminó con la adopción de la Declaración de Caracas (1990), donde por vez primera se formula la alianza entre legislación-derechos humanos-atención psiquiátrica (https://www.congreso.gob.pe/Docs/sites/eventos/I-Congreso-comisiones-salud-america/expositores/itzhak_levav.pdf).

²⁶ Hugo Reales, es Médico (Universidad Nacional del Tucumán, 1986), especialista en Psiquiatría. Realizó una residencia interdisciplinaria en salud mental (Salta 1986-1989). Se incorporó al servicio de salud mental de Río Negro en 1991. Fue Jefe del servicio de salud mental de Choele Choel, Coordinador de Zona Sanitaria y Jefe del Departamento de Salud Mental (1991-2011). Desde marzo de 2011 se desempeña en el Ministerio de Salud de la Nación.

modificación de las prácticas, pero intenta modificar más profundamente el sistema de salud pública y que la salud mental sea una rama de la salud pública, no algo separado. Italia separó la salud mental como algo aparte de la salud (...) En Italia y en España lo que vi de reforma era muy de la mano de un presupuesto, mucho más alto si se quiere, tanto de las personas que consultan como desde el estado y nosotros no podíamos permitirnos algunos lujos, pero nuestro trabajo, desde el afecto y desde la construcción de un vínculo con el otro, me parecía que era mucho más importante. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

La experiencia italiana contemplaba la creación de centros de salud para tratar exclusivamente a los sufrientes mentales, pero en Río Negro la reforma no contemplaba la separación, sino la integración de la atención mental con el resto de los servicios de salud. Por otra parte, la provincia cuenta con los llamados centros periféricos preparados para la cobertura sanitaria fuera de los hospitales generales. Por el convenio con Italia, fueron muchos los profesionales italianos que viajaron a Río Negro e impartieron cursos o brindaron apoyo y asesoramiento a los equipos. La experiencia de Trieste pudo haber sido inspiradora, pero la provincia estaba lejos de tener la financiación necesaria para replicar ese modelo:

Esto no es la comunidad de Franco Basaglia. Ojalá. No lo es, porque no teníamos ni los recursos, no teníamos ni para empezar. Venía Diana Mauri y nos contaba sobre los grupos de departamentos [equipados] con televisión, microondas, horno eléctrico... y, acá, Analía [Broide] le mostraba la casita de convivencia de El Bolsón, con la estufa económica, el frío, el piso de alisado de cemento, llovía adentro... (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Más allá de la teoría y de los ejemplos de otras experiencias, la realidad es que el modelo rionegrino fue el primero en Argentina en seguir ese camino, en convertir la experiencia en ley “que fue un modelo para la ley nacional”, de acuerdo a lo que nos dice Alberto Lucio y que pudo mantener dicha experiencia durante tantos años. Aunque “todos querían ser Franco Basaglia”, la discusión sobre si se copió o trasladó la experiencia basagliana parece banal, dadas las diferentes circunstancias de su implementación (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021).

El cierre de Allen

Como reconocen los propios iniciadores del cambio, con la práctica se fueron modificando casi todos los criterios originarios. Al principio, no se proyectó demasiado en planificación normativa, sino que se iba decidiendo a medida que surgían respuestas durante la misma acción. Simultáneamente con la creación de alternativas de atención,

“un día nos encontramos con que habíamos cerrado el manicomio” (Cohen y Natella, 1991:42):

No nace mágicamente. Mucho antes del cierre, no solamente fue la humanización sino hasta el cuestionamiento terapéutico ¿qué ofrezco yo en la atención? Que podía ofrecer: ofrecíamos una entrevista psicológica o dos, la medicación y después, durante el día, nada. Tomaban mate, podíamos conversar con ellos, nadie los maltrataba, pero, en cierto modo, no tenía ningún sentido más que la internación en sí. Te tratan bien, pero (solo) te van a tratar bien. 20 años te van a tratar bien. (Liliana Ingold, entrevista diciembre 2020)

En 1988 se decide cerrar el único manicomio de la provincia, ubicado en la ciudad de Allen en lo que se considera un hito en el programa de reforma (“Salud mental. Hoy no es un día más”, *Río Negro*, 25/11/1989). Sobre cómo se decidió este cierre, Graciela Natella no lo recuerda exactamente. Supone que lo hablaron con el grupo de quienes ella denomina “los históricos”. No era un objetivo que se hubiera fijado desde el inicio:

En el 84 se hablaba de la humanización, pero los servicios generales, aunque tenían [algunos] recursos humanos, aunque podían internar, seguían derivando al hospital psiquiátrico. [Estaba] este propósito de humanización, pero no se efectivizaba. (...) nosotros estuvimos unos dos años intentando profundizar esa vía de la humanización y fue una frustración enorme. El manicomio no se humaniza, se cierra, se sustituye para ser más exacto. No es solo el cierre hay que cerrar para abrir otra cosa, por eso hablamos de sustitución. Imposible la humanización. Cuando uno trataba de humanizar [Allen], de alguna manera, desvitalizaba los servicios locales, porque total está Allen. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Antes del comienzo del proceso de reforma del sistema de salud mental, ya había grupos de profesionales en el hospital de Allen que se cuestionaban acerca de la práctica y dieron inicio a una serie de debates y encuentros en los que se planteaba la intención de realizar un cambio. Es en ese sentido que se hablaba de humanizar el sitio de internación. Las nuevas prácticas fueron llevando al convencimiento de que esa humanización era insuficiente y que eran necesarias medidas más contundentes. Cuando el cambio que se intenta es tan radical, se producen muchas peleas, incluso entre los miembros del equipo. Schiappa Pietra (entrevista personal, 25 de noviembre de 2020) considera que muchos profesionales se habían refugiado en la práctica disciplinar. Él asegura que tampoco tenía las cosas tan claras, sino que:

Las tenía claroscuras, distintas. Uno va haciendo las cosas, lo que sí teníamos algunas convicciones. Por ejemplo, la exclusión y reclusión hace daño. Eso te marca. Yo me acuerdo de Analía Broide que siempre decía que el trabajo de ella empieza con la frase “no al manicomio” Ella cada vez que tenía un problema, pensaba “no al manicomio” y ahí arrancaba. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

A modo de ejemplo, con la descentralización de Allen, volvieron a El Bolsón cuatro pacientes muy deteriorados y eso provocó un revuelo institucional, con muchos debates y discusiones que sirvieron para rescatar valores que habían quedado dañados con la dictadura: “el respeto por las diferencias, la libertad de pensamiento, la lucha contra la marginación y el autoritarismo, el respeto por la dignidad” (Broide, 2016:93). Se produjo un quiebre al interior del cuerpo de profesionales con respecto a recibir o no a estos pacientes, con debates a los gritos donde llegaron “hasta las últimas consecuencias de nuestras contradicciones [para] desde allí lograr una coherencia y una síntesis”. Los pacientes se quedaron (Broide, 2016:93).

Cuando los pacientes dejaron de ser derivados al hospital de Allen, en cada hospital se buscó la forma de atender la demanda con los recursos humanos que había. Esto implicó un fuerte compromiso de los trabajadores de salud mental para asumir el cuidado del paciente y para articular con otros profesionales:

[En San Antonio Oeste] Hubo que armar lo que fue la necesidad de internar a un paciente, de internarlo en una sala general. (...) lo que hacíamos cuando había que internar a una persona, porque lo primero que te decían era, “pero quién la va a atender”. [contestabas] “yo la voy a atender” ¿y si es un sábado? “me llaman a mí, sí, yo estoy” ¿y un domingo? “También estoy”, pero, qué ¿va a estar todos los días? Sí, sí, estamos porque el modelo es así y se sostiene y se puede hacer... (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Tal como señala Murekian, “la crítica más radical que el proyecto desmanicomializador rionegrino recibió fue la que negó lisa y llanamente los fundamentos sobre los cuales se definía: el cierre del manicomio de Allen” (2006b:168). Aunque no se cuenta entre los objetivos del presente trabajo analizar esta controversia, entendemos que es necesario realizar un breve repaso de ella.

En noviembre de 1988, una nota editorial firmada por Gerardo Yomal daba cuenta de que “el último neuropsiquiátrico que quedaba en la localidad de Allen fue definitivamente cerrado, iniciándose las obras para su transformación en hospital general” (“Chau, Manicomio.”, *Río Negro*, 29/11/1988). La nota es producto de un diálogo mantenido por Yomal con Hugo Cohen en Buenos Aires.

Un año después, el diario Río Negro tituló “Nuevo hospital general inauguraron en Allen” (*Río Negro*, 26/11/1989), con una bajada que enunciaba “Se terminaron los manicomios”. Esta y otras publicaciones de esos días dieron cuenta de la transformación

de lo que era hasta entonces el pabellón neuropsiquiátrico en sede del hospital general, donde se atenderían las cinco clínicas básicas, incluida salud mental. La publicación más significativa parece ser la nota firmada por Schiappa Pietra (“Hoy no es un día más”, *Río Negro*, 25/11/1989), cuya copia se conserva en el ACPSM acompañada de lo que se entiende como un saludo de fin de año para los trabajadores del área firmado por Hugo Cohen: “Porque queremos seguir construyendo el camino para una salud mejor ¡buen 1990!”.

Schiappa Pietra (2003a:57) describe al servicio de salud mental de Allen como un servicio de mayor tamaño que todo el resto del hospital que respondía al modelo manicomial y en el que se internaba a los sufrientes mentales a cargo del Poder Judicial. También señala que, durante la inauguración de las nuevas instalaciones en 1989, presidida por el gobernador, nadie mencionó a los “verdaderos protagonistas, trabajadores, usuarios y familiares” que habían luchado por el cambio haciendo innecesario el neuropsiquiátrico (Schiappa Pietra, 2003b:41). Según el autor, el proyecto desmanicomializador se había ido desarrollando más allá de las autoridades políticas provinciales a las que se le presentaron hechos consumados:

Lo que pasa es que tienen tantos intereses creados estos sistemas, estas instituciones que recluyen y excluyen que aún todavía no se las puede tocar. Tanto problema para cerrar los neuropsiquiátricos, tantas veces que se dice que hay que cerrarlos. Hay intereses [privados]. En Río Negro no tuvimos esos intereses, lo que no quita mérito a la gente que hizo la cosa. Porque nosotros somos por ahí poco valorados: es una provincia chica, no tenía muchos intereses, entonces ellos pudieron pensar otra cosa, no es para tanto. Cosas así son las que uno escucha, los comentarios. Yo creo que no hay que menospreciar, si bien es cierto que no teníamos ese peso, el peso de intereses de corporaciones médicas, de clínicas privadas, de gremios. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

En noviembre y diciembre de 1993 recrudeció la polémica con una carta de lectores de Luis Di Giacomo titulada “Río Negro y El Manicomio Fantasma” (*Río Negro*, 31/10/1993) a la que responden, siempre a través de esa sección del diario, quienes trabajaban por entonces en la provincia (son las cartas que firman Hilda Toscani y Hugo Cohen, 17/11/1993, Daniel Gómez, 18/11/1993, Analía Broide, 19/11/1993, Diana Jerez, 28/11/1993, y Enrique García Díaz, 15/12/1993).

Cornaglia manifiesta en 2011 que “se quiso hacer valer el servicio de salud mental de Allen como si fuera un manicomio cuando, como consta en toda la documentación de la

época, habíamos llegado a una transformación estructural del mismo” (2011a). Pellegrini argumenta en el mismo sentido (2011).

Todos los testimonios indican que, aunque se trataba de un hospital general, “funcionaba de hecho como hospital psiquiátrico puesto que cumplía con las particularidades que definen a una institución total” (Baffo, 2011:28). Es decir, aquella en la que la tendencia absorbente propia de cualquier institución adquiere características totalizadoras, multiplicando los obstáculos que impiden el desarrollo de una interacción social con el exterior y que están representados por rejas, altos muros, puertas cerradas, que implican la imposibilidad de salir de quienes se encuentran internados (Goffman, 2009). Sus características principales son que todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma figura de autoridad. Además, todas las actividades se realizan junto a otros igualmente recluidos, bajo las mismas reglas y programa. Afirma Diana Jerez:

La actitud manicomial no solamente estaba en Allen, estaba en muchísimos equipos de la provincia, en los equipos que derivaban a Allen... Cien pacientes para una población de 500 000 habitantes era un manicomio, le guste a quien le guste. Allen obviamente era [el equivalente a] un pabellón del Borda si voy a ser honesta, pero un pabellón del Borda para 500.000 habitantes. Más las situaciones manicomiales y las derivaciones que había a otros lugares también. Porque la discusión no es solamente si hubo manicomio en Allen o no hubo manicomio, sino cual era tu percepción de dónde se tenía que resolver la situación. Si era en una institución cerrada, sea pública o privada... (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Rescatamos lo que al respecto señala, en su carta al diario *Río Negro*, Daniel Gómez: “hacer eje en la desmanicomialización como verdadero o falso es no poder ver que aquí está en juego una nueva metodología para atender la crisis y que los equipos de la provincia no “depositan” nuevos pacientes en los servicios” (“Salud Mental II”, *Río Negro*, 18/11/1993). Otra de las cartas (*Río Negro*, 15/12/1993) agrega que, quien entiende la desmanicomialización como “el simple acto de voltear paredes o cerrar servicios demuestra una pequeña capacidad de análisis” y lo mismo sucede si centra la discusión sobre “si lo ocurrido en Allen fue el cierre de un manicomio o de un servicio”:

La desmanicomialización es sobre todo un proceso interior, un cambio de concepción comenzando por quienes trabajan en salud mental, sobre el significado de la enfermedad, su lugar y su forma de abordaje [para] dar una respuesta diferente a la marginación y el aislamiento” [creando condiciones para que aquellos puedan superarlo] “libres y atendidos” (“Desmanicomializar.”, *Río Negro*, 15/12/1993)

De qué hablamos cuando hablamos de desmanicomialización

Hay una palabra nueva que empieza a posicionarse para describir la transformación del sistema:

¿Qué nombre le ponemos a esto que estamos haciendo acá, a todo lo que estamos viviendo? Y algunos decían desinstitucionalización, es un proceso de desinstitucionalización en salud mental. No es que no sea, pero es incompleto eso. La desmanicomialización es desinstitucionalización de la institución total, que una institución marque todo el sentido de la vida de una persona, pero va más allá. Otros hablaban de descentralización, antes toda la cosa era en Allen, ahora repartimos por todos lados y hay trabajadores en Bariloche, en Viedma, en Cipolletti, en Huelmo. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Y es que, al mismo tiempo que se inauguraba el nuevo edificio, “se consolidaban las condiciones objetivas para otorgarle un nombre a este fenómeno social, lugar de confluencia de trabajadores de salud mental, políticos, juristas, pacientes y miembros de la comunidad” (Murekian, 2006b:172). La autora hace un interesante recorrido sobre el surgimiento y consolidación del término “desmanicomialización”. De acuerdo a su investigación, la primera aparición pública del término se habría producido en 1989 durante las *III Jornadas de Atención Primaria de la Salud* en Buenos Aires al exponer Hugo Cohen sobre la necesidad de impulsar el anteproyecto de ley. (Murekian, 2006b:174) Sin embargo, explicita que durante bastante tiempo no logró constituirse en el término oficial del proceso, al que se hacía referencia también como antimanicomial o de desinstitucionalización.

De acuerdo con Cohen y Natella, dicho término fue el elegido en 1988 por el Departamento de Salud Mental de la provincia para denominar el proceso de transformación que se venía desarrollando (2013:113). Su elección implicaba un fuerte cuestionamiento al hospital psiquiátrico y la intención de desarrollar un sistema de atención integral y territorial con el fin de erradicar definitivamente el manicomio. Así como el cierre del hospital psiquiátrico no fue el propósito primero del programa, tampoco el nombre de “desmanicomialización” fue utilizado desde el inicio, sino que se trató de una construcción que fue surgiendo de la misma práctica.

El término no estuvo exento de controversias y fue objeto de variadas resistencias. Los autores explican que se prefirió su utilización dado que el contexto nacional, la vuelta a un gobierno democrático y su discurso de refundación de la república y de retorno de

las instituciones, desaconsejaba el uso de la palabra “desinstitucionalización”, más difundida entre otras propuestas reformadoras del sistema de salud mental:

Esa palabra [desmanicomialización] es rionegrina, es una palabra que surgió de la provincia hablando de que no se podía transformar. Por eso, años más tarde, hemos tenido muchas luchas, y yo las sigo teniendo, cuando se habla de transformación del hospital psiquiátrico porque uno sabe, no solamente por la experiencia concreta de Río Negro, sino por los estudios internacionales que son situaciones antagónicas con una verdadera respuesta porque, además, son dos lógicas distintas mantener el psiquiátrico y los servicios, son dos lógicas diferentes y son dos presupuestos que es imposible mantener [porque hay] un hospital psiquiátrico que se lleva todo el presupuesto de salud mental. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Aunque el cierre del neuropsiquiátrico no era la meta primordial, sino la creación de nuevos servicios, la financiación y sostenimiento de nuevos equipos y estrategias no es compatible en un sistema paralelo al hospital monovalente (Cohen, 2009) por lo que, a medida que se avanzaba con la reforma, se fue construyendo una decisión política que se sostenía por la acción y se cotejaba con las prácticas, mientras se desarrollaban estrategias para conseguir el necesario apoyo político para su consolidación y se demostraba en lo cotidiano que era posible sostener el sistema (Cohen y Natella, 1995).

Las dificultades eran muchas y no solo en cuanto a los recursos, sino que había que modificar toda una cultura manicomial que todavía persistía en el sistema. La existencia de un neuropsiquiátrico en la localidad de Carmen de Patagones en Buenos Aires, separada solo por el río de la ciudad de Viedma, constituía un obstáculo para el cumplimiento de las nuevas prácticas:

El tema es reconocer que eso existe y deconstruirlo porque si no, no podés. Si yo niego que en Carmen de Patagones los pacientes tenían una puerta que, en cuanto me diera vuelta, si podía, alguno de los nuestros o alguno de los que estaba de guardia les dijera “andá adónde siempre te atendieron” [que era del] otro lado del río. Todo ese proceso antes de la ley fue también luchar para que los usuarios que estaban en Viedma y toda la zona de influencia no se fueran a internar a Patagones. Y volverlos a traer y darles la atención que merecían en el hospital general. Y fue todo un aprendizaje, de nosotros y de los pacientes. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Si bien las líneas de trabajo y las alternativas al modelo asistencialista se discutían en los encuentros de equipo que describiremos más adelante, había temas que, por su urgencia y por las limitaciones presupuestarias para concretar esas reuniones, se resolvían en grupos más pequeños. En ocasiones, se movilizaban los jefes de servicio o simplemente el jefe del departamento recurría al uso del teléfono:

Cada tanto por ahí pasaba algo y llamaba Hugo y decía nos vamos a reunir y éramos 7 u 8 (...) siempre cuando se hacía eso, se trataba que fuera en un lugar de no exposición. No era una reunión que se iba a hacer en Roca o en Cipolletti. Vos llegabas a Choele y no se enteraba nadie de que hacías una reunión. Se hacían reuniones [de la llamada] “Armada Brancaléone”. Todos eran incondicionales, pero los que estábamos alrededor teníamos alguna capacidad de decisión, aunque, por supuesto, el que tenía la última palabra era Hugo porque para eso era el jefe, el respetado. Nosotros traíamos ideas y él era un tipo abierto, no era que hacía ese viaje de 300 km para decirte hago lo que yo quiero. (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021)

Alberto Lucio, que también participaba de esas reuniones hace, a la distancia, una autocrítica porque entiende que:

Haber sido parte de un grupo más pequeño fue un error. Pensamos que podía dinamizar. Era mucho más fácil juntarse siete u ocho personas y después repicar y retransmitir. Y creo que nos jugó en contra, creo que tendría que haber seguido la cuestión a nivel provincial, con todos los referentes y si se demoraba más tiempo... se demoraba más tiempo. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

No es de la misma opinión Diana Jerez que cree que la discusión en grupos más pequeños pudo haber contribuido a una mejor estrategia para el logro de algunas cuestiones como, por ejemplo, lo sería años más tarde trabajar para la aprobación de una ley:

Hubo grupos más pequeños donde también hubo una discusión, pero generalmente era para dar batalla en las grandes. No es que hubo un grupo que... yo no lo vi sectario. Tampoco participé de todas las reuniones porque no hubiera podido. Lo que sí es cierto es que la mayoría de las veces en las reuniones cortas o pequeñas que hacíamos de la ley, no todo el mundo se podía reunir con todo el mundo porque había reuniones que yo por lo menos las entendía, eran mucho más políticas. [Por ejemplo] si yo estaba enfrentada con UPCN por una serie de cuestiones, en la reunión donde iban a tratar de hacer alianza con UPCN yo no iba a participar. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Para otros de los protagonistas, el sistema democrático, el apoyo inicial de autoridades nacionales y provinciales y de sectores políticos sensibles a la transformación, así como los antecedentes provinciales exitosos en atención primaria y la presencia de un equipo comprometido llevó a la consolidación de una minoría activa portavoz del cambio (Cohen y Natella, 2009).

Es evidente que, en el transcurso del proceso, se fueron estableciendo nuevas relaciones entre los actores que propiciaron la creación de nuevas redes y nuevas formas de ordenamiento dentro del campo de la salud mental en el que se desenvolvían.

La transformación del sistema

De “las profundas transformaciones institucionales y culturales que se han comenzado a desarrollar desde hace seis años” da cuenta un informe de actividades de julio de 1989. Dichas transformaciones implicaban a “un conjunto de trabajadores de la salud, pacientes, vecinos, amas de casa, religiosos, docentes y obreros que (...) dan vida y recrean permanentemente este camino de desmanicomialización” (Consejo Provincial de Salud Pública, “Algunas actividades para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud Mental, 1984-1989”, s/p/i, en ACPSM). En el documento se detallan cursos de capacitación, jornadas provinciales y regionales, cursos de intervención en crisis y seminarios para el personal de salud y justicia. Es durante el período 1986-1989 cuando se produce un considerable incremento de recursos humanos, la mayoría de ellos con dedicación exclusiva y sin horario fijo (Cohen y Natella, 1991).

En su informe ante la Legislatura de 1990, el Ministro de Salud precisó que:

Esta línea de trabajo se desarrolla mediante la intensa capacitación del equipo de salud y su posterior tarea que da como fruto, entre otros, la importante cantidad de grupos institucionales de alcoholismo, verdadera epidemia regional que ha encontrado de esta manera su abordaje más eficaz. Toda esta política de salud mental se contrapone al esquema vigente en los años previos a la democracia, en los que se construyeron manicomios y al que hoy orgullosamente podemos decir que lo hemos transformado en hospital general. (Versión taquigráfica de la Reunión IX, Sesión especial, 19° período legislativo, 27 y 28 de junio de 1990)

Paulatinamente se incorporan a los equipos pacientes recuperados, así como mediadores culturales con la sociedad mapuche que promueven la recuperación de la identidad y el rescate de las propias tradiciones y costumbres. Estas personas ingresan a salud pública como enfermeros, operadores o coordinadores de grupos de alcoholismo, todos ellos con un salario (Cohen y Natella, 2009):

El que era médico era trabajador, el psicólogo era trabajador, el operador, la enfermera, los coordinadores de alcoholismo... eran trabajadores a la par nuestra. Esto fue novedoso, esto de nombrar alcohólicos que tengan un sueldo y tengan un contrato de trabajo fue genial, fue pegar una patada al sistema, porque era así... ¿cómo van a nombrar a esta persona? Y sí, eran todos nombrados. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Hace 40 años, cuando vos entrabas con un coordinador de alcoholismo a la guardia y lo presentabas y era un alcohólico en recuperación imagínate la cara de los cirujanos, no era distinta a la que te pueden poner ahora. Vos estás loco, ¿qué estás haciendo? (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Desde antes del inicio de otras transformaciones, se habían ido organizando en el servicio de salud mental del Hospital de Gral. Roca los llamados Grupos Institucionales de Alcoholismo (G.I.A.). Estos espacios terapéuticos se gestaron bajo la coordinación de Jorge Luis Pellegrini y en ellos se reconoce al grupo “como instrumento y soporte principal de la recuperación” (Pellegrini, 1992:42). En 1984, desde el programa de salud mental se propuso a dichos grupos como modalidad prioritaria de atención de la problemática (Cornaglia, 2011). El mismo Pellegrini, médico psiquiatra coordinó los primeros grupos al tiempo que se iba formando a los propios enfermos en recuperación para la tarea de coordinación. Entre los primeros incorporados al sistema de salud mental estaba Ricardo Antolí, perteneciente al grupo de Alcohólicos Anónimos, quien se sumó al grupo primigenio que trabajó esta problemática (Schiappa Pietra, 2003b:28):

Un gran compañero, andábamos con él buscando los locos en el medio del campo, y hacíamos la casita y todas esas cosas... lo importante no era lo que hacíamos sino la organización que se fue armando comunitaria, la experiencia social que íbamos teniendo iban constituyendo el sujeto que nosotros queríamos construir, que era el sujeto social sano. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

La esencia de los grupos GIA radicaba en la jerarquización en el ámbito sanitario del tratamiento de las personas con un padecimiento de alcoholismo. Como coordinador de grupos de alcoholismo en el área de El Bolsón se desempeñó durante años Raúl Calderero quien murió repentinamente en Viedma, mientras acompañaba a un grupo de usuarios “Raúl era un tipo muy comprometido, muy estructurado, discutíamos, pero era un pingazo, un tipo que fue fundamental para Analía, fundamental para El Bolsón.” (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Es sumamente destacada la labor que, al frente de los grupos de la ciudad de Viedma, realizaron Betty Farías y su esposo Manolo:

Betty fue el alma de los grupos de alcoholismo de Viedma, pero además fue un ejemplo de compromiso, de absoluto despojo, en el sentido de militancia. Una mujer que era la jefa de enfermería de cirugía y renunció a su jefatura (su marido tenía un problema de abuso de alcohol y entonces lo incluyó en los grupos de alcoholismo). Me vino a consultar para ver si el marido podía entrar a los grupos, entró y terminaron los dos siendo militantes, él entró como operador y ella como enfermera de salud mental (...) él había sido jardinero del Ministerio de Economía de Viedma y se encargó de la parte de los emprendimientos de flores y plantas de Viedma, yo creo que son dos personas fundamentales. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

En el ACPSM se conserva copia de la nota del año 1989, firmada por Juan Carlos Toth, Jefe de Salud Mental del Hospital Zatti, solicitando el pase a ese servicio de la

enfermera Ernestina Farías de la Unidad de Quirófano (donde era Jefa y debía renunciar), en función de la "importancia del desarrollo del programa de alcoholismo" y dada la priorización de la función de los Coordinadores; función que pasaría a desarrollar Farías. Así lo recuerda ella:

Lo esencial que fue para mí pertenecer a este grupo tan eficaz y maravilloso (...) comencé a aprender esto como enfermedad, me costó mucho entenderlo, pero comenzamos a hacer reuniones con tres o cuatro personas que ya Graciélita e Hilda Tato habían comenzado a hablarles y me enganché de tal manera, que iniciamos el famoso grupo GIA , grupo institucional de adicciones, nunca me imaginé que gracias a la constancia y apoyo de mis queridas , iba a lograr aprender cómo se puede iniciar y hacer un grupo hermoso como el que tuvimos, logramos recuperar a muchas personas a través de esto y lo más fuerte y satisfactorio fue recuperar a mi esposo, quien al verse bien , habló con la Ministra de Economía para que lo dejara pasar al Hospital y así fue que se lo incluyó en el Servicio de Salud Mental como operador y trabajamos juntos durante tantos años, y aprendimos mucho sobre adicciones. (...) Volví a ser feliz. (Betty Farías, testimonio personal, 25 de abril de 2021)

No fueron los únicos, sino que los coordinadores de alcoholismo se convirtieron en parte fundamental de los equipos:

Jacinto Ñancuñil que fue enfermero de Viedma (...) [Patricio Infante] un señor de Cinco Saltos que era mapuche que después se orientó hacia la política, terminó siendo concejal del Partido Provincial que hay en Cinco Saltos, trabajaba en alcoholismo, era un hombre mapuche que tenía mucho conocimiento de su cultura. Y desde la cuestión cultural y antropológica en el tema del alcoholismo tenía un trabajo muy bueno que tratábamos de reproducir en muchos lugares. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

Una experiencia similar se dio en Río Colorado donde Juan Carlos Chávez funcionó de nexo con la comunidad para el profesional que llegó a hacerse cargo del servicio y fue “un compañerazo, un tipo que se podía confiar en él para lo que sea y hacíamos domicilio juntos, traíamos gente al hospital cuando había que hacer desintoxicaciones” (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021).

A la incorporación de recursos humanos no convencionales, se sumó el trabajo interinstitucional y comunitario que incluyó la organización de actividades precooperativas. Aunque la concreción de empresas sociales fue un tema complicado que no pudo consolidarse en muchas localidades, en algunos lugares surgieron iniciativas como la que pudieron llevar adelante en Villa Regina con una pañalera:

Juntamos plata, le pedimos al Rotary, fui a Buenos Aires y compré una máquina en La Paternal. Una paciente psicótica sabía hacer pañales, así que hicimos toda una empresa con varios pacientes y estaba a cargo una residente, Carina Lastra, que fue la primera residente del servicio de Regina. Y empezó la producción de pañales que para nosotros era, imagínate, involucrar a pacientes, buscar clientes, que entrara el dinero...Duró un año, dos años, hasta que los pañales descartables

volvieron a ser baratos, entonces eso dejó de funcionar. (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

La creación de empresas sociales era parte del convenio firmado con Italia que proveía recursos para esta iniciativa, pero fue adquiriendo diferentes características en cuanto a su implementación entre quienes pensaban que deberían funcionar solo con usuarios y otros que entendían que debían incorporarse miembros de la comunidad en empresas de tipo mixto (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021). Agrega Farías:

Se trabajó mucho, se hicieron empresas sociales, primero la huerta que hizo mi esposo con algunos pacientes, después también se logró hacer un vivero detrás de las Casitas de Medio Camino que también lo dirigió mi esposo, que, con su recuperación, cuánto bien pudo lograr hacer. Tuvimos la suerte de poner operadores que trabajaron muy bien, a la par de todos (...) Las Empresas Sociales creo que fueron de gran utilidad para los pacientes y familia. Y era una mirada beneficiosa para todos, ya que eran de gran utilidad y unidad de todos trabajando a la par, (...) nos repartíamos el trabajo por igual, alguno se encargaba de llevar a los pacientes a la chacra y otros se quedaban en las Casitas de Medio Camino haciendo algún taller de cerámica y a otros mi esposo les daba plantas de flores que las ofrecían para vender y así ellos se sentían útiles. (Betty Farías, testimonio personal, 9 y 22 de mayo de 2021)

En General Roca se creó, en 1992, una empresa social con ocho usuarios del Instituto Nuestra Casa que realizaron tareas de limpieza y parquización en las vías del ferrocarril y otros espacios públicos a través de un contrato con la Municipalidad. También para tareas de limpieza y mantenimiento de casas y edificios se creó una cooperativa en la localidad de El Bolsón (“Los manicomios son campos de concentración”, *Río Negro*, 8/2/1993) y otra en Cinco Saltos denominada “Manos Laboriosas”. Justamente en esta localidad, una extensa nota en el diario Río Negro (“La salud mental en Río Negro y la polémica desmanicomialización. Porque te quiero así, piantao, pero libre”, *Río Negro*, 12/9/1993) describe la labor del servicio de salud mental que se financiaba con fondos generados a través de la confección y venta de alimentos, las donaciones de la comunidad y los aportes de los mismos profesionales y del municipio. A la vez que resalta el trabajo de los usuarios, este tipo de informaciones revela el escaso presupuesto con el que se contaba para el funcionamiento que hacía necesario acudir a todos los recursos disponibles. También en Allen se reclamaba que, por falta de financiamiento, no se podían implementar talleres que serían de mucho beneficio para los pacientes.

Dentro del nuevo esquema, “los hospitales de área programa se constituyeron en el eje de la organización del sistema de salud mental” (Cohen y Natella, 2013:32) y los servicios fueron complejizándose en cuanto a los niveles de intervención, ya que un

mismo equipo debía ocuparse tanto de la promoción y prevención como del tratamiento y rehabilitación.

En este camino, los equipos debían hacerse cargo del usuario y su familia, atendiendo a diferentes necesidades desde la gestión de beneficios hasta la colaboración en las tareas cotidianas como la atención de los hijos o el mantenimiento de la vivienda. Al mismo tiempo había que encarar la articulación con otros profesionales de la salud y otras áreas de gobierno, tratando de combatir prejuicios y miedos. La tarea parecía inmensa y surge la necesidad de incorporar nuevos actores:

Sentir que también el equipo de guardia que estaba formado para trabajar las urgencias de salud mental que era el camillero, el jefe de ambulancias... Plantear la red, no solamente la red del equipo provincial, sino también las redes que habíamos logrado de alianza dentro del hospital que es lo que nos permitía sostener la práctica. Ir a los centros periféricos, no a hacer consulta, sino ir al domicilio. Eso costó bastante, pero fue ideológicamente efectivo porque vos armás un entramado en dónde no estás en el nivel asistencial exclusivo del consultorio, sino en el nivel comunitario. Plantearte la posibilidad de ver que éramos un equipo provincial con todas nuestras diferencias, nuestros egos, nuestros lugares... (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

La figura del operador

En un documento de 1992 (“Breve informe”, s/p/i, copia en ACPSM), se expresa que “continuando con la consolidación del proceso de desmanicomialización y en aplicación de la ley 2440”, se capacitó e incorporó a 20 operadores para los servicios de El Bolsón, Cinco Saltos, Cipolletti, Roca y Regina, estando prevista, en breve, la incorporación de otros 20 para otros servicios:

El perfil de este nuevo recurso está orientado a contener una persona en crisis en su domicilio o en el hospital y poder apoyar a la familia y vecinos en el proceso de reinserción social, así como realizar los pasos que requiera la estrategia terapéutica en cuanto a la organización de las necesidades de la persona sufrente (“Breve informe”, s/p/i, copia en ACPSM).

El germen de la figura del operador fueron los agentes sanitarios, el primer recurso humano no convencional incorporado a los servicios de salud mental y que “ya era parte de la tradición sanitarista de Río Negro” (Cohen y Natella, 2013:37). El Ministerio de Asuntos Sociales había dejado sin efecto un programa de desarrollo comunitario, poniendo en disponibilidad a los agentes que allí se desempeñaban. Desde el Departamento de Salud Mental se hicieron las gestiones para que los agentes que no pudieran ubicarse en otras dependencias provinciales pasaran a su área de trabajo (Schiappa Pietra, 2003b):

Nosotros aceptábamos todo... de unos agentes que se llamaban agentes PAN [Plan Alimentario Nacional] que ya les había caído el trabajo y los iban a echar y nosotros dijimos no, pásenlos a nuestra área. Eso fue el germen de los operadores de salud mental” (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Para incluirlos dentro de los equipos interdisciplinarios se dictó un curso de capacitación a cargo del enfermero Miguel Burgos donde se transmitieron los principios de la desmanicomialización y se pusieron en acto las misiones y funciones que habían sido escritas por Hugo Cohen. De acuerdo a Schiappa Pietra, para brindar ayuda a un sufriente mental no es necesaria ninguna especialidad, sino una actitud solidaria que le permita a una persona comprender a otro “en su dolor, darle apoyo personal, acompañamiento, calor humano, las gratificaciones que todos necesitamos y que suelen en algunos casos ser elementos curativos más eficaces que los psicofármacos o las psicoterapias” (Schiappa Pietra, 2003b:45). Farías señala a su vez:

Tuvimos la suerte de poner operadores que trabajaron muy bien, uno de los operadores era Asistente Social y logró tramitar una pensión a todos los pacientes que no tenían familiares para que pudieran alquilar un lugar donde estar y dormir. Y el paciente elegía quien lo acompañaba a cobrar su pensión y le administraba su dinero, también tuvimos la suerte de conseguir una chacra que estaba abandonada, todos los días se llevaban algunos pacientes para enseñarles cómo trabajar la tierra y hubo producción que se llevaba al hospital. (Betty Farías, testimonio personal, 9 de mayo de 2021)

El operador irá adquiriendo importancia dentro del programa, aún en el caso de no ocupar cargos de gestión, su presencia es irremplazable para la atención del sufriente. Como ejemplo se cita que, al momento de desarrollar esta investigación, el jefe del servicio de salud mental de la ciudad de Viedma es un operador “un tipo macanudo [que es] el que coordina, el que gestiona, es un gran gestor. Darío está en si falta esto o lo otro, si falta comida o medicamentos, si hay que gestionar una internación...” (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021):

El operador te baja línea y te dice, pero no Daniel cuando yo voy a la casa aparte del paciente hay dos o tres vagos que le llevan pastillas... y esa es la que vale, porque el [profesional] podrá tener mucha teoría, pero el que fue a llevarle la medicación es el que vio y te dice mirá en la casa no tienen vidrios en las ventanas... El jefe de servicio no puede ir a todas las casas, es imposible. (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021)

Los diferentes testimonios y documentos dan cuenta de que, antes de la normalización de las prácticas a través de la modificación del marco legal, se procedió a crear las estructuras que permitirían sostener el sistema con la creación de equipos de trabajo, la implementación de grupos terapéuticos para el abordaje del alcoholismo y la

capacitación del personal que revistaba en los diferentes hospitales de la provincia. Con ello, se fue logrando una disminución de los promedios de tiempos de internación, de 3 meses a 8 días, y se fortalecieron las capacidades para la asistencia de las crisis con la creación de 14 equipos de atención en hospitales generales y equipos intervención en crisis, así como la implementación de guardias pasivas permanentes.

Así lo manifiesta el Ministro Sarandria en junio de 1990 al responder a la interpelación de los legisladores:

Desde Salud Mental se priorizó la atención de la crisis y la reinserción del individuo en su medio habitual. Esto se concretó en casi todos los hospitales. Cabe destacar que en muchos casos se pudo observar un notable incremento de la demanda motivado por la crisis socio-económica. Se cubrieron las guardias pasivas con psicólogos y/o psiquiatras en los 12 hospitales de la provincia que tienen servicio de salud mental. Se realizó una reunión de trabajo provincial para coordinadores de grupos de alcoholismo. Se elaboró y presentó el anteproyecto de la ley “Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental”. (Versión taquigráfica de la Reunión IX, Sesión especial, 19º período legislativo, 27 y 28 de junio de 1990)

Pero es en el documental *La nave de los locos* (Nacci y D’Angelo, 1994) donde hallamos un registro que evidencia las diferentes formas de abordar estas nuevas prácticas. El documental, cuya copia nos fue facilitada en el Archivo de la Coordinación Provincial de Salud Mental, fue realizado entre septiembre y octubre de 1994 y premiado por el Instituto Nacional de Cinematografía y por la Subsecretaría de Cultura de Río Negro. Fue realizado entre septiembre y octubre de 1994, bajo la dirección de Francisco Nacci y Valeria D’Angelo, tiene 27 minutos de duración y estaba dedicado a “todos los hombres y mujeres que eligen correr el riesgo de la libertad”. Si bien el documental se centra en el servicio de salud mental del Hospital Zatti, en Viedma, nos permite acceder a lo que debía ocurrir en diferentes localidades rionegrinas. Relata el viaje que emprende Jacinto Ñancuñil, operador del programa, junto con una usuaria hacia su localidad de origen en Jacobacci, al tiempo que retrata en breves escenas varios de los dispositivos que hemos venido detallando. Hay una visita domiciliaria en la que se plantea al usuario, rodeado de su familia, la necesidad de que asuma su independencia económica a través de una ayuda o del emprendimiento de pequeñas tareas. Después se verá a los padres de este usuario en una reunión que se presume de familiares de sufrientes mentales exponiendo los inconvenientes que les acarrea su condición. Otra reunión nos presenta lo que parece ser un grupo de usuarios aseverando

que ese espacio lo sienten propio, que hay un grupo unido “lejos de la forma que llamamos hospital”. Se muestra también el esbozo de una intervención comunitaria en la localidad de Gral. Conesa en la que se reúnen la directora de la escuela, la jueza, el párroco, la policía y personal del hospital para planear una estrategia terapéutica conjunta para un caso particular. En otra reunión de integrantes del grupo GIA, una de las concurrentes señala “con este grupo yo nací de nuevo, los consejos que me ha dado Betty [Farías] ni mi madre me los ha dado” y manifiesta que está allí “para que nadie sufra lo que yo sufrí”. Es particularmente conmovedor el viaje en tren de Jacinto y Emiliana quien, al decir de Jacinto, es una mapuche que ha perdido su cultura, pero que aceptó la compañía de Jacinto para volver a su localidad. En el andén, Emiliana le dirá “gracias Jacinto, sos grande, sos mi amigo”.

Este documento audiovisual, dedicado por los directores a “todos los hombres y mujeres que eligen correr el riesgo de la libertad”, puede dar cuenta en unos pocos minutos de los diferentes abordajes y estrategias terapéuticas que se iniciaron durante el período en estudio y se continuaron en los años subsiguientes.

Estas nuevas prácticas y los actores que van incorporándose al proceso dan cuenta del capital simbólico que estaba en juego en el campo en disputa. También de cómo se confrontan dichas experiencias con las representaciones vigentes hasta el momento de la salud mental, así como de lo que es justo o injusto en salud y cuáles son los derechos que le corresponden a los sufrientes mentales (Quevedo y otros, 2013).

Este capital en disputa llevará a un grupo de individuos a convertirse en actores sociopolíticos con capacidad para articular los campos del conocimiento y del poder que intentarán ocupar posiciones estratégicas en los sistemas de decisión (Belmartino, 2008). Es sobre estos actores y sobre sus acciones y trayectorias que discurrirá el siguiente capítulo.

Cuarta parte

Quienes llevan adelante la desmanicomialización: los Brancaloneone

¿Quién construyó Tebas, la de las siete Puertas? En los libros aparecen los nombres de los reyes. ¿Arrastraron los reyes los bloques de piedra? Y Babilonia, destruida tantas veces, ¿quién la volvió siempre a construir? ¿En qué casas de la dorada Lima vivían los constructores? ¿A dónde fueron los albañiles la noche en que fue terminada la Muralla China? (...)

(Bertold Brecht, *Preguntas de un obrero que lee*)

Hasta aquí, la descripción de los primeros tiempos del proceso de reforma del sistema de salud mental rionegrino. Si bien los procesos nacionales y el desarrollo histórico suponen dos importantes factores para orientar la tarea del investigador, no son suficientes. Es necesario analizar también cómo han influido las relaciones que se establecen entre los actores y dar cuenta de las identidades que se van formando (Belmartino, 2008).

Y, aunque la llegada de la democracia es considerada una instancia necesaria en el movimiento que llevó a la reforma del sistema, fueron indispensables la existencia de una idea, el apoyo político y la labor cotidiana de los trabajadores de salud mental “más parecida a una lucha militante que a un trabajo de administración pública” (Cohen y Natella, 2013:104):

Una idea directriz, una conjunción de personas, un liderazgo quizás, una persistencia y un trabajo enorme y continuo y progresivo e intensivo tras una idea muy clara. Y además un propósito cooperativo y no corporativo. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Para nombrar a los actores socio-políticos que participaron del proceso de reforma, usaremos la denominación de “fundadores” extendiendo un año el límite temporal planteado en el trabajo de Baffo que define como “fundadores” a aquellos que han ingresado al programa antes de la sanción de la Ley 2440 en el año 1991 (Baffo, 2011). Al respecto, nos comenta José Schiappa Pietra:

No viene mal esa clasificación porque se supone que son como momentos del proceso (...) Lo que vos llamás actor son colectivos también y los colectivos se manejan con otras reglas internamente para ser colectivos. No es lo mismo un grupo colectivo que una institución colectiva que una comunidad como colectivo. Tienen distintos modos de ordenarse. Nosotros en aquel momento éramos todas esas cosas. (Entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

A fin de delimitar a estos actores, será necesario identificar a aquellos con capacidades e intereses propios que les permitieron imponer y sostener nuevas formas organizacionales en base a los recursos disponibles. Belmartino y Bloch definirán como actor sociopolítico institucional a un conjunto de individuos capaces de llevar adelante una propuesta política que les confiere a su vez una identidad específica y nos indican que, para determinar quiénes son, solo podremos “señalar como tales a aquellos que nos proporcionan algún material que nos permita conocer los fundamentos político-ideológicos de su actuación” (1994:117).

Lucio cree que:

Fue una dinámica de suma de vectores de energía y de fuerza. Creo que no se podría haber hecho esto sin Hugo ni Graciela y hasta el último de los usuarios. Los usuarios fueron parte y son parte de esto. Sí desde ahí uno valoriza eso: la familia, el acompañamiento de muchas familias y el compromiso que se puso. Nosotros nos nombrábamos siempre como trabajadores de salud mental, no nos mencionábamos con el título de grado, sino como trabajadores de salud mental. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Al igual que Belmartino y Bloch (1994), hemos recurrido hasta aquí a una crónica detallada del proceso como una forma, a través de una lógica relacional, de comprender cómo se constituyen los actores y cómo “en el mismo proceso, dichos actores constituyen y reconstituyen sus identidades” (Belmartino y Bloch, 1994:169).

¿Cómo se identifican a sí mismos estos actores?:

Hugo hablaba de la Armada Brancalene y nos motivaba con el supuesto de que éramos los paladines de la salud mental y allí íbamos. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

En esa época era todo un gran esfuerzo, decí que éramos un grupo... Graciela siempre nos decía que éramos la Armada Brancalene, un grupo muy unido y eso me parece que también nos permitió sobrevivir a los embates. (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

He aquí una primera identidad que aparece tanto en la bibliografía como en las entrevistas realizadas en el transcurso de la investigación:

Es probable que ese fervor que circulaba entre el pequeño grupo de “militantes” que además contábamos con escasos – y a veces “deteriorados”- recursos, y a los que nuestros detractores llamaban misioneros, ejército de locos, doctores de putas, locos y borrachos, haya contribuido a la irónica autonominación de “Armada Brancalene. (Cohen y Natella, 2016:14)

¿Quiénes eran los Brancaleone? Bikauskas que llega a comienzos del 92 dice que se trata de quienes estuvieron en esos primeros años, en los 80, una etapa en la que él no participó tanto (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021).

Se trataba de una denominación que hacía referencia a una película italiana²⁷ protagonizada por un “ejército notablemente precario, integrado por desterrados, enfermos, marginales” (Cohen y Natella, 2013:61). Schiappa Pietra señala que se aplica particularmente a todos los profesionales, técnicos, simpatizantes y “disparatados” que construyeron el movimiento desmanicomializador y se corresponde con una etapa que denomina “los años heroicos”. Según su opinión, con la reglamentación de la ley 2440 y la institucionalización del programa,

estaban llegando a su fin los años heroicos. Pero no lo sabía. Ni sospechaba que estaba viviendo el fin de una época que será recordada por la mística, la épica y la osadía de los Brancaleones. Durante todos los años heroicos, lo oficial, el punto central, donde estaba la autoridad, se nos aparecía como un lugar a ocupar. Pero ahora era “La Brancaleone” la que estaba allí... (Schiappa Pietra, 2003b:44)

Es interesante reparar en que la denominación de “La Brancaleone” ha sido rescatada por muchos de los actuales trabajadores de salud mental de la provincia como lo muestran las publicaciones que agrupan algunos de sus trabajos en dos libros colectivos y que “encierra en sus páginas la palabra de los propios ejecutores de la desmanicomialización rionegrina” (Schiappa Pietra y otros, 2016:11). Justamente en el prólogo al segundo tomo, se dice que Brancaleone puede ser entendido “como una manera del saber hacer con otros, especialmente en el caos, en el desorden, en la posibilidad y necesidad de pensar otros órdenes” (Schiappa Pietra y otros, 2016:8).

No es objeto de nuestro trabajo historizar o analizar el uso de esta expresión, pero podemos decir que su uso confirmó nuestra primera aproximación de identificar a los actores sociales del inicio del proceso de reforma con aquellos que ingresaron o participaron en el programa hasta el año 1992. Se trata de “las personas históricas con las que atravesamos toda la primera etapa que fue muy dura. En las casas de uno, con los chicos que íbamos y veníamos, haciendo reuniones...” (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

²⁷ *La Armada Brancaleone*, película de 1966 dirigida por Mario Monicelli y protagonizada por Vittorio Gassmann.

Como adelantamos en el apartado metodológico, de ese grupo inicial, por razones operativas y, en algún caso, por la ausencia física del actor, no todos quienes pueden considerarse actores del proceso en esa primera etapa pudieron ser entrevistados. La muestra abarca a dos enfermeras, cuatro psicólogos y seis psiquiatras que ingresaron al sistema de salud pública rionegrino entre los tempranos 70 y el año 1992. En cuanto a su distribución geográfica, si bien la presencia de trabajadores de Viedma y el Valle es la más representada, entendemos que, dado que algunos de los entrevistados revistaron en diferentes servicios durante su participación en el proceso y que recurriremos a algunos documentos que ilustran la realidad en otras zonas, contamos con una muestra representativa del proceso en toda la provincia.

En este apartado intentaremos dar cuenta de la conformación de las historias personales y profesionales de los fundadores, sus prácticas políticas y concepciones ideológicas. Y lo haremos, fundamentalmente, a través de las voces de estos actores ya que es objeto de este trabajo no solo articular sus trayectorias con el proceso de reforma, sino hacerlo llevando a primer plano el testimonio de sus protagonistas:

Yo creo que es fundamental el tema de las personas (...) Creo que acá se dio una conjunción que no sé cuántas veces en el mundo y cuántas veces en la vida se puede dar de congeniar desde las diferencias, porque no nos conocíamos, una empatía y una sinergia grupal que pudo permitir un desarrollo conjunto, un desarrollo que por momentos era imparable, el movimiento era imparable. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Dado que nuestra investigación intenta centrarse en “el rostro humano del Estado” (Bohoslavsky y Soprano, 2010), procuramos explicar cómo los actores que participan de este proceso de reforma poseen intereses, identidades, prácticas y formas de sociabilidad que son propios y previos a su incorporación al modelo rionegrino y que están sustentados en sus recorridos personales más allá de su relación con el ámbito estatal (Bohoslavsky y Soprano, 2010:31). Para ello, hemos indagado sobre la participación pública de los sujetos concretos que protagonizan los primeros años del proceso investigado, sobre sus antecedentes de formación académica, sus redes de sociabilidad y sobre las acciones llevadas adelante en la etapa previa a su incorporación al programa de salud mental rionegrino.

“Para este trabajo se nace”²⁸

Para comprender una trayectoria será necesario ir reconstruyendo los estados sucesivos del campo en que esta se ha desarrollado (Bourdieu, 1997:82), al tiempo que analizamos las relaciones entre los diferentes actores que participan de dicho campo y como cada uno se va integrando al proceso en estudio. Trataremos, al mismo tiempo, de ir articulando cada etapa del proceso con las historias personales para indagar acerca de cómo ese “sistema de disposiciones duraderas adquirido por el individuo en el transcurso del proceso de socialización” (Bonnewitz, 2003:64) se vincula con la transformación del sistema de atención de la salud mental en Río Negro.

Hay gente que nació para hacer esto, tiene que ver con ese sentimiento, ese núcleo sensible que vos podés ponerlo como motor de la práctica. El que no nació con eso no lo va a hacer, tampoco va a ser malvado, pero se va a limitar, no va a poner mucho esfuerzo, va a dar hasta donde llegue. Lo que me parece bien, no se le puede exigir a la gente que responda más. Hay gente entre nosotros que por ahí está acostumbrado a plantear exigencias de héroe y no. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

La primera aproximación tiene que ver con el lugar de origen de los entrevistados y su formación académica y profesional previa a la incorporación al sistema de salud rionegrino. Salvo en algunos casos en los que había una relación previa, la mayoría no se conocía entre sí antes de su llegada, eran “de diferente edad, de diferentes orígenes, de diferente formación, no todos éramos médicos, no todos éramos psicólogos...” (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021).

Efectivamente los orígenes, formación académica y trayectoria precedente difieren notablemente. Sin embargo, con respecto a las edades, encontramos que casi todos ellos se unen al sistema de salud provincial con menos de 40 años, considerando entonces que se trata, en general, de actores jóvenes, aunque, en la mayoría de los casos, con experiencia previa en el campo. Intentaremos, a través de la descripción de cada caso, alcanzar a comprender sus especificidades y establecer relaciones entre los diferentes actores con el fin de analizar su participación en el desarrollo del proceso en estudio.

¿De dónde viene cada uno? De los doce trabajadores entrevistados, dos nacieron en Río Negro, uno en Santa Fe, una en Entre Ríos, uno en Santa Cruz (aunque su adolescencia

²⁸ José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020.

y primera juventud transcurre entre Salta y Tucumán), una en Córdoba y el resto es de Buenos Aires, repartidos entre ciudad y provincia.

Varios de ellos rescatan el origen trabajador de su grupo familiar. Daniel Bikauskas señala que es el menor de tres hermanos de una familia “de laburantes, de trabajadores, clase media baja, nieto de inmigrantes” que pudo brindarle una formación “en una universidad pública, en contacto con la realidad porque trabajaba para mantenerme, haciendo distintas tareas. Hice pintura, fui taxista. Mi formación de origen es técnica, yo soy técnico mecánico, de escuela industrial.” (Daniel Bikauskas, entrevista marzo 2021)

También Diana Jerez trabajó durante su carrera universitaria, aunque en su caso es fundamental su convicción acerca de la necesidad de mantener su autonomía económica en puja con su padre que creía que medicina era una carrera muy larga no apta “para mujeres”:

Llegamos a un pacto que tenía que tener una carrera universitaria intermedia, medicina era muy larga, mi definición fue hacer dos carreras universitarias (...) la transacción era no vas a Buenos Aires, que era volver a convivir con mis padres y yo quería mi propia experiencia, llegamos que, ya que a él le parecía muy largo, que no se preocupara que yo me iba a autoabastecer. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Fue esa segunda carrera, instrumentadora quirúrgica universitaria, la que le permitió comenzar a trabajar a los 17 años y autosustentarse desde entonces:

Ahí empecé, a los 17 años, a estar permanentemente en un hospital público, primero con las prácticas y después nunca salí. Por una cuestión ideológica también, nunca salí de las prácticas públicas. Ya, al año y medio de estar en la carrera, me nombran dentro del hospital porque tenían la opción de elegir y me nombran de planta del hospital como instrumentadora... yo me había especializado en cirugía cardiovascular y neurocirugía, así que pude ingresar con viejos popes que me recomendaron, pertenecí al equipo de Matera... podía hacer trabajos extra que significaba sobrevivir y poder trabajar mientras iba estudiando. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Por su parte, Schiappa Pietra rescata su infancia en un pueblo como un elemento importante para su configuración como sujeto:

Toda mi infancia la pasé en Villa Cañas. Y ahí me crié en un pueblo, un pueblo que en aquel momento tenía 5000 habitantes, ahora no debe tener mucho más. Creo que es lindo nacer y criarse en un pueblo, principalmente para los chicos, les da una libertad, una apertura a lo espontáneo que la ciudad me parece que te atrapa. Uno se va configurando en el contexto en el que va viviendo. Yo me hice en mi niñez en el pueblo... (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Aunque se requeriría de un estudio más pormenorizado, todos parecen provenir de familias de clase media. En ese sentido, seguimos a Pierre Bourdieu cuando dice que los condicionamientos asociados a una forma particular de las condiciones de existencia producen *habitus*, esas disposiciones que gravitan de forma inconsciente sobre prácticas y representaciones de los individuos (Montagner, 2007:72).

La mayoría de los profesionales se ha formado en la universidad pública y varios de ellos partieron muy jóvenes a estudiar a otra ciudad diferente al domicilio familiar (entrevistas Schiappa Pietra, Ingold, Reales, Jerez). Casi todos se formaron durante la dictadura militar:

Empecé a estudiar medicina en el año 74. En la UBA, muy complicados mis primeros 3 años que los hice en 6, momento complicado y trágico a la vez. Fue terrible. En el 83, en junio del 83 me recibo y estoy todo ese tiempo hasta el 84 viendo que iba a hacer con mi vida, viendo si iba a hacer medicina o no, no tenía muy claro que iba a hacer. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Estudí en la Universidad de Córdoba y ahí tuve la oportunidad de tener excelentes profesores. En la universidad, a pesar de ser parte del proceso, estábamos en la dictadura, accedíamos como podíamos a materiales que nos llegaban de otros lados, nos comunicábamos con profesores con quienes teníamos encuentros de trabajo grupal por fuera del espacio universitario. Buscando una formación lo más amplia posible. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Quizás la experiencia más dura es la relatada por Diana Jerez que hizo los primeros tres años de la carrera en la Universidad Nacional de Córdoba y en el 76 debió exiliarse en Buenos Aires, luego de la desaparición forzada de su hermano y su pareja:

A fines del 75, matan a varios de mis compañeros. De mi comisión, quedamos tres vivos, empiezan las matanzas de la Triple A, muy fuertemente contra nuestro sector (...) en ese momento desaparece mi hermano, desaparece mi pareja, entonces, ahí empezamos otra lucha intestina con mis viejos... yo me negaba al exilio, al exilio exterior. Una cuestión ideológica mía, digo no, yo me la banco. Así que hice un exilio interno en Buenos Aires que era el mejor lugar para poderte perder, cuanto más gente hay, más desapercibido pasás. Eso fue todo un tema, volver a la facultad. El pase de Córdoba a Buenos Aires me lo consiguieron en 24 hs, la gente de la misma Universidad de Córdoba y terminar el trámite en la Capital Federal duró hasta que me recibí. Hasta el momento en que me recibí estuve en situación de pase, una cuestión loquísima, pero muy de esa época... cosas totalmente arbitrarias... (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Schiappa Pietra, que ya tenía dos hijos al terminar la carrera de psicólogo, estaba recién recibido cuando comienza la dictadura militar, autoproclamada “Proceso de Reorganización Nacional”:

Era el 73, 74 cuando terminé la carrera. Esas fechas suenan feas. Así que me volví a Villa Cañas y pasé los años terribles un poco escondido en Villa Cañas. En la casa de mi padre buscando qué hacer porque la actividad de psicólogo... Cuando yo volví al pueblo, esos primeros años, ahora lo pienso como refugiado, teníamos miedo de la exposición social. Hice algunos cursos, iba a

Rosario, gente que me imagino que habrán sufrido persecución, por la ideología que tenían eran candidatos a la persecución. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Por el contrario, Daniel Bikauskas, que es algo más joven, inició su carrera finalizado este período de violencia institucional. Ya era 1984 y había “mucha efervescencia en las universidades”. El gobierno militar lo sufrió durante su escuela secundaria y, particularmente, se siente parte de la “generación de Malvinas” tal como manifiesta en su entrevista (entrevista personal, 2 de marzo de 2021).

En cuanto a las enfermeras entrevistadas, las dos de Río Negro, una de ellas estudió para auxiliar de enfermería en Ingeniero Huergo:

Ahí ingresé como estudiante en el año 77, cuando fue la reconversión de los empíricos, o sea, mucho personal de enfermería trabajaba como enfermera, pero era empírica no tenía el título. Eran muy poquitos [los que tenían] porque la carrera antes se dictaba en Roca y entonces la gente de los diferentes lugares, de los distintos pueblos chicos, era el que aprendía a colocar una inyección o una mucama que aprendía y ya era una enfermera. Así que, entre ese grupo de chicas, de personal que estaba trabajando en el hospital, ingresé yo a estudiar ahí. (Hebe Pacheco, entrevista personal, 16 de diciembre de 2020)

Luego, ya con hijos, se formó como Enfermera profesional en Comodoro Rivadavia, después de terminar el nivel medio, “terminé de grande” (Hebe Pacheco, entrevista personal, 16 de diciembre de 2020).

Por su parte, Ernestina Farías de Ruiz, Betty, se inició como mucama en la clínica Viedma, y comenzó a aprender y a trabajar como enfermera en el hospital de esa ciudad:

Así fue que me hice enfermera empírica, cómo nos llamaban antes. Después de unos años tuvimos la suerte de que vinieron de Buenos Aires enfermeras profesionales y se logró hacer acá, en la Universidad, el primer curso de Enfermería. Me anoté y fui a estudiar y logré recibirme en el año 75. Además, tuvimos la gran suerte que, por ser la primera vez que se hacía el curso de Enfermería acá, el Gobernador nos premió con darnos el nombramiento a todas en el Hospital, así que te podés imaginar la alegría que tuvimos... (Betty Farías, testimonio personal, 6 de abril de 2021)

A lo largo de la investigación apareció en algunas entrevistas la motivación que llevó a algunos de los fundadores a estudiar carreras vinculadas a salud mental. Otra vez, nos remite al concepto de *habitus* y como las diferentes influencias que se van recibiendo tendrán luego injerencia sobre comportamientos y acciones (Montagner, 2017):

Pensándome, con los años, vas viendo porque esta sensibilidad, porque esta necesidad en algún momento de estudiar psicología. Yo soy de la generación, cuando fuimos adolescentes, de la Guerra de Malvinas, estuve bajo bandera, (...) como muchas cosas que van haciéndote repensar tus ideales, tu vida y terminé estudiando una carrera que, en aquellos años, era como estudiar una carrera de esas que uno sabe que no tiene futuro (...) no tenía mucha idea tampoco de lo que era la

psicología; yo creo que estaba apuntando al campo de la salud mental, sin saberlo. (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

La experiencia como estudiantes al momento de visitar un hospital psiquiátrico, sea el Moyano o el Borda como es el caso de quienes estudiaron en la UBA, resultó en una toma de conciencia de lo que no se debería hacer y marcó, en muchos casos, las elecciones profesionales que hicieron más tarde:

No sé cómo es ahora, pero en ese momento, cursabas la materia psiquiatría, yo la cursé en el Moyano y yo salí con esa sensación de que yo quería sacar a la gente de ese lugar. Yo creo que ahí entré a la especialidad, yo entré viendo eso (...) lo que me movió fue esa rotación por el Moyano. (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

En el caso de Diana Jerez, cuando llega a Buenos Aires, todavía como estudiante de medicina, pero ya con el título de instrumentadora, comienza a trabajar en el Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García, un hospital psiquiátrico para niños y jóvenes en Barracas, donde es designada como enfermera en la primera vacante que aparece en el sector público:

Me habían dicho que esta era la primera vacante que había, después me darían el pase. Lo que pasa es que entré a trabajar en marzo del 76... imaginate que se produce el golpe de estado y, obviamente, no me podían mover a ningún lado, así que nos quedamos en el Tobar. Y así fue mi primer contacto con la salud mental. Después hice psiquiatría. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Un tema que surge recurrentemente es la percepción de una deficiente formación durante sus estudios como profesionales de salud mental o, mejor dicho, la convicción de que la universidad no forma profesionales para terapias que puedan constituir una alternativa al sistema asistencialista imperante. Para muchos es justamente el ámbito universitario el lugar por dónde debiera comenzar el cuestionamiento acerca de qué profesionales está formando y para qué modelo de atención (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020). También críticamente, se manifiesta Alberto Lucio:

Tenía una formación, sobre todo a través de la residencia, fuertemente lacaniana, entonces era una cosa muy incongruente porque se quería trabajar sobre la cuestión psicoanalítica en la psicosis y a la vez se habían puesto ciertos reglamentos que personas con más de tres internaciones tenían que ir al neuropsiquiátrico, al monovalente. Determinadas pautas que contradecían un poco toda la modalidad de trabajo que se venía en ese momento con el advenimiento de la democracia, la Argentina sobre todo el tema de salud y de salud mental comenzó a tener una ebullición muy importante. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Diana Jerez rescata sus primeros años en la Universidad Nacional de Córdoba “otra universidad, donde se manejaban otros autores” e ideas más ligadas a la noción de salud

pública, pero también registra el impacto de su traslado a Buenos Aires que coincide con la llegada del gobierno militar que, entre otras cosas, desactiva el concepto de trabajo en equipo:

Era muy difícil constituir un grupo porque el grupo era vivido paranoicamente por toda la impronta que había tenido la universidad que había formado tanto en los pregrados... que no te podías reunir, que más de 3 era peligroso, que no te podías sentar en una mesa, que no podías hacer veinte mil cosas y se instaló y se naturalizó y todo el mundo lo teníamos como natural... (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Con el retorno a la democracia, empiezan a aparecer formas alternativas de atención y, aunque por fuera del sistema académico, se generan algunos espacios que proponen nuevas formas de atención de las personas que se encuentran en los márgenes de la sociedad, ya sea por sus condiciones económicas o por su sufrimiento mental:

Cuando yo terminé la facultad, gracias a *El Bancadero*²⁹ y a Alfredo Moffatt y a otros compañeros que estaban ahí, a Carlos Sica, aprendí las cosas básicas que la facultad no me dio, no sé ahora, pero en esa época no había otra cosa más que ir al Borda o al Moyano. Una cosa horrenda... una exposición..., porque en la universidad [no hicieron] más que llevarme a ver un loco atado o como le hacían un electroshock a una persona, cosas desastrosas. (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021)

En algunos pocos casos, la formación universitaria facilitó el contacto con nuevas propuestas de atención. Es lo que sucedió con Hugo Reales que ingresó, en el año 1986, a hacer su residencia en Salud Mental Comunitaria en el hospital Christofredo Jakob de Salta³⁰:

Durante la formación, que yo creo que fue excelente porque tuvimos docentes que fueron muy importantes para mi trabajo posterior, con la ideología de la reforma de la salud mental. Durante la experiencia de la residencia se había hablado de la reforma rionegrina que había comenzado en el año 85. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

Un aspecto interesante en varios de los fundadores, y que habla de inquietudes que los llevan más allá de la brindada por la carrera elegida, es que han tenido alguna formación en alguna otra disciplina, siempre en relación a sus inquietudes referidas a la salud

²⁹ El Bancadero: Mutual de ayuda psicológica ubicada en el barrio porteño de Once. Se trata de una organización no gubernamental y sin fines de lucro donde han trabajado solidariamente cientos de psicólogos sociales y psicólogos clínicos, en https://www.facebook.com/elbancadero.elbancadero/about/?ref=page_internal

³⁰ El hospital Christofredo Jakob era un Neuropsiquiátrico, inaugurado en 1950, que, en el año 2003, “pasa a denominarse Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, reforzando la condición de hospital de puertas abiertas, permitiendo así una mayor interacción con el medio social”. (“Traslado definitivo de pacientes al Hospital Miguel Ragone”, en Micrositio de la Secretaría de Prensa y Comunicación del gobierno de Salta, en <https://www.salta.gob.ar/prensa/noticias/traslado-definitivo-de-pacientes-al-hospital-miguel-ragone-6997>, 3 de agosto de 2010.)

mental. Así, algunos estudiaron antropología durante un tiempo y otro comenzó el estudio de psicología social, por ejemplo:

Mientras hacía la carrera de psicología, estudiaba Psicología social, carrera que no pude terminar porque no pude hacer las dos cosas, no me dio el cuero, pero aprendí cosas de psicología social y ahí co-coordiné los primeros grupos [en El Bancadero] con otra persona, fui aprendiendo a coordinar y también a hacer entrevistas de admisión. (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021)

Yo hice dos años de antropología entre medicina y una parte de la residencia porque también, mientras más me metía en el tema de la salud mental, yo sentía que no alcanzaba, aún en el Lanús, porque seguía siendo una formación muy clínica. A pesar de que había esta operatoria diferente el modelo de atención aún en un hospital general seguía siendo muy clínico o sea muy basado en el individuo, muy basado en una perspectiva psicoanalítica. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Hugo Reales, que vivió en un monasterio durante unos años durante su etapa universitaria, sintió por ese entonces que algo faltaba: “pensé, sin saber que había una psiquiatría comunitaria, en que la psiquiatría que iba a hacer se quedaba corta con el ser humano, faltaba una visión antropológica” (entrevista personal, 18 de marzo de 2021). Esas mismas inquietudes lo llevaron años más tarde a interesarse en otras culturas y en la visión etnográfica de algunas problemáticas, así como a incorporar a su formación la biodanza:

En el año 85, más o menos, hice una formación en biodanza que es una creación de Rolando Toro y es un trabajo grupal que utiliza el cuerpo y la danza de manera terapéutica desde una base de amorosidad y afecto y de algo que se llama la educación biocéntrica que considera que la vida es un bien sagrado (...) yo empecé con prácticas de biodanza orientadas a la comunidad y como manera de promoción y prevención en salud. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

De los testimonios recogidos se desprende que había, ya durante sus estudios, una sensación de incomodidad con la formación que estaban recibiendo y un fuerte cuestionamiento a las prácticas que podían observar durante las residencias o las ocasionales visitas a aquellos centros públicos de reclusión en los que se llevaban adelante las prácticas de su futura profesión. De esta forma lo manifiesta Natella:

Yo ingreso a medicina para hacer salud mental y mi ideario en relación a esto estaba muy vinculado con un psiquiatra del Borda que yo había visto una nota de él en La Opinión, García Badaracco, y que hablaba de sacar a los pacientes del Borda y entonces yo digo yo quiero hacer esto. (...), pero cuando cursé psiquiatría en el Borda... Yo recuerdo haber esperado tanto esa materia y haber tenido una clase en la cual se hacía una “mostración” del paciente que ponen al pobre como un objeto para que le veamos el delirio y, del miedo porque éramos como 30 estudiantes, se hace pis encima. Yo digo, pero esto es un horror, como voy a hacer esto. Estaba con mucho conflicto porque ya estaba terminando quinto año, me faltaba un año para recibirme y

yo no quería ser médica, yo quería ser psiquiatra, quería hacer salud mental. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Ya en esta dimensión primaria del *habitus* o primera instancia de socialización (Bourdieu, citado por Bonnewitz, 2003:66) se observa la adquisición o interiorización de ciertos valores vinculados a la solidaridad, los derechos humanos y el compromiso con un cambio social. Encontramos una correlación entre muchas de las experiencias descriptas y las primeras etapas del proceso de transformación del sistema de atención a la salud mental en la provincia de Río Negro, cuando son los mismos profesionales quienes comienzan a cuestionar sus propias prácticas, aún antes de que se pusiera en marcha algún mecanismo de transformación. Es en ese momento, inmediatamente anterior a la llegada del primer gobierno democrático, que se inician espacios de debate y reflexión en los que todavía no se sabía qué hacer, pero ya se percibía la necesidad de un cambio.

El ingreso a Salud Pública

Todos los profesionales entrevistados comenzaron su tarea en el hospital público, aunque en algunos casos se combinara con el trabajo en consultorio. En general, señalan, el trabajo en el hospital adoptaba una forma de atención que no difería en mucho del consultorio privado:

Yo entré como practicante a la guardia del domingo, hacía todo (...). Pero más allá de entrar a quirófano, lo mío era la salud mental, así que caía un alcohólico y ahí iba a atenderlo. Por ende, me recibí de médica, terminé mis prácticas ahí y quería entrar al servicio de salud mental (...) el hospital estaba en San Martín, el hospital Mariano Castex (...) Algo no me cerraba, todo era del consultorio para adentro, nada era del consultorio para afuera, del consultorio para afuera era a 50 metros anatomía patológica, eso era todo lo que se podía ver ahí en el hospital. (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

Esta situación en la que no se encontraban caminos que pudieran llevar a un modelo diferente hace que, en algunos casos, se busque la salida por fuera de esas instituciones donde dominaba lo manicomial:

Termino entrando en un servicio del Borda, el servicio 32, a cargo de un “psiquiatrón”. Ahí ves el valor que le dan a los profesionales, a los psicólogos, a otros, porque los trabajadores sociales tampoco existen. El tema es la reclusión, mantener a la persona que no jorobe, que esté ahí. Nosotros veníamos con toda una onda, la facultad ¿qué te planteaba? que escucharas la psicosis y bueno uno trataba de buscarle la vuelta, de hacer talleres. Me acuerdo que veíamos personas que estaban internadas ahí que uno detectaba que estaban mejor porque por ahí estaban estabilizadas, pero les faltaba el afuera, les faltaba el contacto con la familia. Empezamos a pensar con

compañeros como acercarnos a la familia, pero fue imposible. Ahí me termino yendo porque... yo sentía que no era lo mío. (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

Graciela Natella tiene la oportunidad de ingresar al que era un servicio emblema de la posibilidad de otro modelo de atención, el Lanús, un lugar que había tenido una historia de lucha para incorporar la atención a las poblaciones generalmente marginadas del sistema. En el servicio de Psicopatología del Lanús, el equipo iba a la villa, a los barrios a trabajar con las necesidades de las personas en general, no solo de salud mental:

Era claramente el hospital que había albergado a salud mental con un desarrollo de internación de salud mental y no una expulsión del loco (...) todo este cruce de principios que me llevó al Lanús y afortunadamente entré porque es un sistema bastante restrictivo el de la residencia, entra un grupo muy reducido, muy elitista, en el sentido de que deja afuera a muchas personas. Además, es un sistema donde hay una remuneración, puedes vivir, humildemente, pero recibíamos un pago los residentes (...) el residente tenía además una pertenencia muy importante porque casi vivía en el hospital, hacía guardia, dormía ahí era como ver el corazón del proceso. [para mí] realmente fue muy importante esto de incorporar en vivo como se puede trabajar en un hospital general, que creo que fue una semilla para Río Negro porque si yo había algo de lo que estaba convencida era que en el hospital general se podía. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

También en el servicio de Psicopatología del Lanús fue jefe de residentes Hugo Cohen, quien durante su residencia y junto a otros dos psiquiatras Marta Dobri y Jorge Corpacci, fundó la CONAMER, institución que llegó a reunir a 5000 médicos residentes de todas las especialidades y que presidiría en varias ocasiones, tal como lo relata en su entrevista:

Fue una experiencia realmente conmovedora porque en plena dictadura estaba prohibida toda actividad gremial, las reuniones, no se podía... Fue una experiencia realmente muy intensa, que nos impactó mucho a todos, para bien. Porque, entre otras cosas, era una tarea clandestina, digamos, no se podía hacer pública y conseguimos una organización democrática donde los residentes que venían, tenían que traer un mandato de asamblea. La reunión se reproducía y se multiplicaba en cada uno de los hospitales porque, cuando volvían, tenían que hacer una devolución a sus compañeros residentes de lo acontecido en la reunión y de lo acordado. Funcionamos casi con lo que era un ideal democrático, en dictadura (...) no preguntábamos de qué partido era, si era creyente o no, o sea, nosotros nos juntábamos por la defensa del hospital público porque entendíamos que ese era el camino para luchar contra la dictadura. La defensa del hospital público. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

El compromiso con la atención de la salud en el hospital público aparece en todas las entrevistas. Esta concepción de lo que es bueno, lo que es justo y lo que es posible es la que lleva a los actores a plantearse la posibilidad de un cambio (Therborn, 1995).

Participación pública

Uno de los interrogantes planteados era si los iniciadores del proceso de reforma habían tenido algún tipo de militancia (estudiantil, gremial, socio-comunitaria, político-partidaria) previa a su incorporación al programa de salud mental rionegrino.

Las respuestas fueron sumamente variadas y van desde aquellos que expresaron no haber tenido participación alguna, hasta los que militaron expresamente en movimientos sociales o políticos, pasando por algunos que solo recuerdan algunas manifestaciones de tímida inquietud social o comunitaria. Para Schiappa Pietra:

Una de las cosas que yo en mí observo, es el crecimiento como sujeto social. Yo era un “clase media burguesa”, bastante asentado en la comida y en la moda. No tenía muchas inquietudes. Obviamente me preocupaba lo que sucedía (...) yo también muchas veces me lo digo ¿cómo yo pude meterme en un programa transformador y producir transformaciones de un sistema estatal cuando yo había salido prácticamente de una clase media? Consumo de televisión, de moda. Era una época de mucha efervescencia política, yo recuerdo mucho a mis amigos, reuniones que hacían, algunos conocidos desaparecieron. Yo no venía de esa vertiente, tampoco era un reaccionario empedernido, ni me ponía a hablar mal de ese mundo. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Débora Jadzinsky relata que creció en la época del proceso y “no tenía idea de nada”. Cuando ingresó a la universidad en esos años convulsos, un primo le aconsejó que no fuera a ninguna reunión, que ni preguntara. “Y no pregunté, ni fui”, una actitud bastante común en esa época. Considera que lo comunitario lo aprendió de su tío Ramón, médico de barrio, que a la urgencia la llamaba auxilio y se la llevaba a ella y a sus primos a hacer sus recorridas. “Fue una enorme guía que me marcó para ser médica” (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021).

Parte de los entrevistados señalan que ya desde el colegio estuvieron preocupados por la cuestión de las injusticias y del respeto de los derechos de las personas (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020). Otros estuvieron vinculados a tareas comunitarias desde su conexión con la iglesia (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021) o participaron de tareas solidarias, pero sin una clara pertenencia a un grupo en particular:

Yo [la militancia] no la tuve orgánicamente. He participado, por ahí, en el secundario tratando de armar en alguna villa algún dispensario, llevar medicamentos... como mojoneros en el camino, pero no con esa militancia plena, pero he estado en contacto... cuando era joven con la izquierda, pero tampoco nada supersignificativo. (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

Para otros la militancia social comienza muy tempranamente y se transforma en socio-política durante la universidad. Es el caso de Diana Jerez que, por cuestiones de organización familiar, pasó sus primeros años escolares en instituciones religiosas, pero tuvo una formación familiar laica y más orientada al socialismo: "...mi padre nos formó en una cosa muy socialista, yo compartía mi bicicleta con todos los chicos del barrio y hacía la cola como uno más... estas cosas que te van marcando en función del dar en el otro, la responsabilidad..." (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021) A través del colegio tuvo también contacto con opciones más ligadas a los llamados curas en opción con los pobres que la llevó a iniciarse en el trabajo social. Ya en la universidad, esa militancia va a ser mucho más concreta:

Del 72 al 76 estuve en Córdoba, entré a la universidad con 16 años. Fue toda una experiencia de vida totalmente diferente, tuve la suerte de cursar en una facultad muy popular, de múltiple militancia, era imposible que vos no militaras, estando en Córdoba era del orden de lo imposible. Mi tendencia siempre fue para la izquierda, para los movimientos sociales. En un momento ideológicamente estábamos más cerca de los Montos, más cerca del movimiento revolucionario popular. Pero creo que realmente todo esto me sirvió como una gran experiencia...yo pude acceder en la época de medicina al trabajo en las villas de emergencia donde negociábamos con la gente a ver si hacíamos un bar de las 7 a la 1 de la mañana y una guardería en el mismo espacio con las mesas dadas vueltas (...) en un equipo interdisciplinario. Había abogados, gente con formación en salud pública, en arquitectura, psicología, medicina, trabajo social y éramos equipos que teníamos que rendir las materias y hacer un desarrollo comunitario *in situ*, a mí me tocó una villa, "El ala". (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Son varios los casos de militancia más institucionalizada, incluso dirigida a propuestas alternativas de salud mental, como es el caso de Alberto Lucio quien participó de un proyecto de atención domiciliaria de la salud durante el gobierno peronista de la provincia de Buenos Aires en 1987. Él militaba dentro del partido y se sumó a lo que se conoció como Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS), "una experiencia innovadora y, a su manera, revolucionaria que era atención domiciliaria de salud" e incorporaba un referente de salud mental en los equipos que operaban en los barrios (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021).

En otros casos, esas militancias encontraron su lugar dentro de una estructura hospitalaria que había sido pionera en el abordaje comunitario de la salud mental:

Yo me pasé el secundario entre el centro de estudiantes y el Parque Lezama con mi profesora roja. De ser una militante política pasé a ser una militante social y mi formación académica en salud mental se desarrolló mucho en un hospital que también estuvo atravesado por una conflictiva importante y mucho protagonismo en la dictadura como fue el hospital Evita de Lanús. Yo fui residente, ya en dictadura, entré en los 80, y fui jefa de residentes, hice todo un proceso en el

Evita, hospital que elegí para hacer la formación porque era el hospital donde habían estado Goldenberg y Barembliit, dos referentes de la salud mental (...) a pesar de que el momento dorado del Lanús ya había pasado. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

También Daniel Gómez participó de un proyecto de atención alternativa, aunque en su caso discurría por fuera de las instituciones ya establecidas ya que no encontró en el ámbito universitario la posibilidad de extender la atención hacia la comunidad. Es así que, junto con otros estudiantes y bajo la dirección de Alfredo Moffatt, fundan una mutual de ayuda terapéutica: *El bancadero*. (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021).

Un caso particular lo constituye Hugo Cohen quien ya había ocupado posiciones de conducción antes de su llegada a Río Negro, posiciones que, a su entender, fueron uno de los motivos por el cual fue recomendado para hacerse cargo de salud mental en la provincia. Como ya detallamos en el apartado anterior, se trató de la fundación de una organización conformada por los médicos residentes de todo el país:

[en la CONAMER] finalmente nos organizamos en comisión directiva con representación de casi todas las provincias de la Argentina. La gente viajaba y se movilizaba por sus propios medios, viniera de Salta, de Jujuy o de donde fuere. [Con la vuelta a la democracia] La mayoría pasaron a ser funcionarios de salud de los distintos gobiernos provinciales o sea pertenecían a los partidos políticos mayoritarios y, por lo tanto, eran cuadros políticos. Y, de un día para otro, los que eran compañeros en la lucha contra la dictadura pasaron a ser secretarios de salud pública... Como yo no pertenecía a ningún partido político mayoritario, yo seguí trabajando en el llano y después me fui a Río Negro. Hice el camino inverso, en vez de exilarme en la Patagonia, luché contra la dictadura y después me fui a Río Negro. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Con respecto a cómo influyó esa militancia previa en su trabajo en Río Negro, Natella y Lucio son contundentes en cuanto a su interpretación:

En la venida a Río Negro transformé mi militancia partidaria, la volqué a la militancia en salud mental (...) había un compromiso con el modelo de salud mental que [no podía compatibilizar con] una militancia partidaria. Por lo menos fue mi interpretación, iba a ir a contramano de lo que se necesitaba en ese momento. No me hice radical, pero se necesitaba por lo menos una neutralidad partidaria porque ya bastante rispidez generaba el tema de militar lo que era la desmanicomialización. Esta palabra que nos marcó. (...) porque esto no me pasó solamente a mí, todos los que militábamos en otro momento a nivel partidario toda nuestra libido la pusimos ahí. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

En el proceso de desmanicomialización de Río Negro, yo pude sintetizar y rescatar los principios e ideales de militancia política y social que en algún momento se interrumpieron y con los riesgos que en su momento existieron... de alguna forma reproducir en lo profesional muchos de los ideales y de los principios que uno tenía en su vida social, sus militancias... (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Por su parte Hugo Cohen, señala que su militancia “de izquierda tradicional, con una formación que era la que teníamos los que militábamos en esos grupos”, pudo haber influido en su compromiso social o político. Sin embargo, descreo que esa influencia sea determinante. Confía más en el compromiso cotidiano:

Yo conocí justamente en la CONAMER, el valor de las personas, más allá de [dónde] las personas decían pertenecer, es decir, el compromiso de la gente. Y me llevé unas sorpresas enormes por mis propios dogmas. Había gente maravillosa que no tenía militancia partidaria, había gente extraordinaria que estaba en partidos que, supuestamente, no son comprometidos con un cambio social. Y lo contrario, conocí gente que no quisiera ver nunca más que profesaban valores de la revolución y qué se yo, pero gente horrible. Yo creo mucho en lo que la persona hace, en su compromiso cotidiano. O sea, en su trabajo, en que pone el cuerpo y cómo se conduce en ello. Y por eso a mí no me gusta mucho hablar en estos términos... (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

La adhesión al nuevo modelo no estuvo siempre guiada por una militancia previa y eso se hace evidente en las dos profesionales de la enfermería, ya que ambas señalan motivaciones personales en cuanto a la elección a la carrera y en su adhesión al proceso de reforma. Mientras una comenzó a estudiar enfermería por la enfermedad de su madre que la llevó a “querer colaborar y ayudar al prójimo” (Hebe Pacheco, entrevista personal, 16 de diciembre de 2020), fue la adicción al alcohol de su esposo la que comprometió a Betty Farías con la transformación de la atención al paciente de salud mental. En su afán de solucionar la grave crisis familiar que estaba viviendo, se acercó a los grupos de alcoholismo del hospital de Viedma y logró rescatar a su marido de su afección, incorporándose los dos al equipo de salud mental de esa localidad.

Contrariamente al supuesto que nos habíamos planteado antes de comenzar la investigación, no encontramos una relación directa entre la militancia política o social previa al ingreso al programa de salud mental y el compromiso ideológico con la reforma. Los motivos para promover o adherir al nuevo sistema proceden de diferentes vertientes: humanitarias, sociales o de efectiva militancia en la defensa de ciertos derechos, vinculados mayormente a lo comunitario. Tal vez quien mejor lo sintetice sea Graciela Natella:

Y hay muchas compañeras y compañeros [que comparten su propio perfil militante] y también hay otras y otros que no, que son más jóvenes o que fueron más militantes sociales o personas sensibles, personas en que el sistema potenció determinados aspectos, yo estoy convencida de esto, porque si no hablaríamos de un grupo de elegidas y elegidos que bajó. Yo creo que el sistema puede, con este ideario, con estos principios, hechos propios, encarnados, puede potenciar las

mejores cosas que tenemos las personas. Con todos los obstáculos, las sombras... (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Si bien el *habitus* puede conformar el marco con el que el individuo interpreta la realidad y, de alguna manera, constituye la base sobre la que construir nuevas prácticas, también es el producto de la trayectoria social de los individuos y se va modificando y reestructurando de acuerdo a las nuevas circunstancias. Por eso es necesario estudiar no solo las posiciones que van ocupando los diferentes actores, sino también la trayectoria que los lleva hasta allí (Bourdieu, citado por Bonnewitz, 2003).

La llegada a Río Negro

Algunos de quienes identificamos como actores de la reforma, ya estaban en Río Negro antes del inicio de las transformaciones. Es el caso de Hebe Pacheco que se incorporó al servicio de salud mental de Huergo mientras estudiaba para auxiliar de enfermería, en el año 1977 o 78:

A fines de septiembre, octubre, nos hicieron entrar a trabajar un grupito de los mejores promedios que tenían en ese momento. Entre ese grupito entré yo con tres meses de estar haciendo el curso. Así comencé yo a trabajar en lo que era el área salud. A continuación, cuando trajeron las personas de salud mental, ahí nos fueron incorporando, cuando comenzaron a venir los primeros pacientes de salud mental porque Allen estaba muy colapsado. (Hebe Pacheco, entrevista personal, 16 de diciembre de 2020)

También Betty Farías se encontraba desde los tempranos 70 trabajando como enfermera en el hospital de Viedma, donde se desempeñó en el área de terapia y llegó a ser jefa de quirófano antes de pedir su pase al servicio de salud mental:

Un día que pasaba por el pasillo veo un cartel que invitaban a una conferencia en el aula que iba a hacer el Dr. Hugo Cohen, psiquiatra, para mí nuevo totalmente, dado que yo jamás en toda mi trayectoria cómo enfermera había escuchado alguien así. ¡Te imaginas mi asombro! Y fui, primera vez en mi vida que escuché hablar un psiquiatra, todo era nuevo para mí, pero algo dentro de mí me decía que era para mí estar ahí (...) así fue que me gustó y pedí mi pase de Quirófano a Salud Mental me costó un poco, pero lo logré. (Betty Farías, testimonio personal, 31 de marzo de 2021)

Dos de los fundadores llegaron antes del inicio del período democrático y participaron desde el inicio en la evolución de este proceso de transformación del modelo. En ambos casos, los movió la inquietud de cambiar su lugar de residencia y eligieron Río Negro porque aquí ya vivía algún amigo o familiar.

Una amiga de Viedma le recomendó a Liliana Ingold presentar un currículum porque estaban buscando profesionales. Era 1981 y ella apenas tenía 22 años. Con el tiempo

integró el equipo de externación y, luego de terminada esta tarea, el de intervención en crisis, ambos de suma importancia para el desarrollo del programa de reformas en salud mental que inició la provincia unos años después.

Su compañero en estos dos equipos, José Schiappa Pietra, había llegado un poco antes que ella a Río Negro. Se mudó desde Santa Fe poco después de que su hermana se mudara a Cipolletti en 1978:

La casualidad de cuando yo voy a Cipolletti me encuentro con una psicóloga que trabajaba en Allen había estudiado conmigo la carrera y era amiga del que era casi el director de salud mental de la provincia. Tenía la suficiente confianza como para hacer los contactos para entrar. Salud mental prácticamente no existía (...) Me vine a Huergo, un cronicario. Así que mi inicio en la desmanicomialización empieza en un manicomio, ni siquiera manicomio, un cronicario. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Como dijimos, Schiappa Pietra integró, junto con Ingold, los equipos que se ocuparon de las primeras medidas tendientes a la transformación del sistema de atención: la externación y, más tarde, la capacitación para la intervención en crisis de los planteles de los diferentes hospitales. Su trayectoria, al igual que la de Liliana Ingold, se encuentra descrita en varios pasajes a lo largo de este trabajo y ha ocupado cargos de gestión en varias ocasiones. Sin embargo, él nos dice “yo trabajo en lo que me toque”:

Yo siempre me sentí coordinador de un grupo multidisciplinario, interdisciplinario, yo soy un trabajador de equipo interdisciplinario. Puedo ser no coordinador, siempre dentro de lo comunitario. Lo que he hecho con más gusto es estar en un equipo comunitario, amplio con múltiples saberes y tratar de integrar todos esos saberes en la práctica. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

En el año 1985, se incorporaron al Departamento de salud mental Hugo Cohen y Graciela Natella. El primero fue recomendado por Juan Pablo Abadie, asesor de la Dirección Nacional de Salud Mental, para hacerse cargo del departamento y fue designado a cargo de la jefatura del Departamento de Salud Mental de la provincia. Como ya hemos dicho, Cohen había sido Jefe de residentes en psiquiatría en “el Lanús” hasta 1984, y había estado entre los fundadores de la CONAMER, durante el gobierno militar. Estos argumentos le fueron señalados por Abadie como fundamentales al momento de su elección como nuevo jefe del programa:

En Río Negro históricamente no existía la función de jefe de programa, en la práctica el que dirigía el servicio de Allen hacía las veces de jefe de provincia, era el encargado de la salud mental en la provincia. Cuando asume el Dr. Romera como Ministro de salud, el primer ministro en la democracia, hacen un nuevo organigrama en el Ministerio de salud y ahí incorporan la figura de

salud mental. Nunca antes había estado la figura de salud mental en Viedma, no existía. Y la ponen como Programa. Y entonces, ahí viene el pedido si alguien de Buenos Aires supuestamente con algunas capacidades, alguna formación, podía o le interesaba hacerse cargo... (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Su compañera, Graciela Natella, aunque estaba trabajando en el Lanús donde le habían ofrecido coordinar o participar de un equipo que se estaba abriendo para hacer trabajo comunitario en los barrios, decidió viajar también a Río Negro:

Cuando a Hugo lo convocan para acá, yo viajo también, veo la situación y tomamos la decisión de venir, [él viaja] antes porque asume la Coordinación y yo termino varios trabajos, dejo el Lanús, el consultorio y otro montón de cosas y me integro en el hospital en Viedma que se estaba armando, tenía algunos psicólogos, algún psiquiatra que iba, pero todo como un sistema muy fragmentado sin una internación completa. (...) al principio, empecé a trabajar en el hospital y después trabajaba en el hospital y en el Ministerio. Después terminé trabajando solo en el ministerio porque se había complejizado tanto la provincia... (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Cohen y Natella recuerdan una ocasión en que, recién llegados a la provincia, concurren a una función en el Centro Cultural de Viedma donde proyectaban la película *El acorazado Potemkin*. Allí se encontraron con el gobernador Álvarez Guerrero, “un radical hermoso, de otra época”, “sentado en un escalón en el suelo”, como un espectador más (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021). Natella se dijo a sí misma “esta provincia no puede ser... si no lo hacés acá, ¿dónde lo hacés?”:

Éramos jóvenes, pero no tanto porque ya teníamos la dictadura que nos había pasado encima, había habido una gran decepción, porque algunos de nosotros habíamos tenido algún protagonismo, alguna intervención, y había sido algo muy duro. Por eso uno recicló [acá] muchos ideales, no todos, pero algunos. En eso estábamos pudiendo, entre comillas. Vos veías por ejemplo personas que llegaban... yo me acuerdo de algunos pacientes emblemáticos que habían estado internados en un montón de lados y que después, con toda esta metodología y este trabajo, los veías trabajando, en sus pueblos, casados... era algo realmente muy bueno. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

El gobierno de Álvarez Guerrero le imprimió a la provincia un clima de derechos humanos, de democracia:

Un hombre muy democrático. (...) yo viví, durante un año y medio solo en Viedma, después me casé y viví con mi esposa. Pero yo vivía en un hotel y recuerdo que todos los días pasaba por enfrente de la casa del gobernador, ahí frente a la plaza, y siempre salía un hombre a esa misma hora. Temprano 7:30, no había nadie, un frío. Y salía un hombre que me miraba y yo lo miraba, caminábamos juntos, cruzábamos la plaza juntos, y yo me iba al Ministerio y él seguía hacia la esquina. Bueno ese era Álvarez Guerrero... un clima de derechos humanos, de democracia, creo que eso lo imprimió él, de hecho, si vos te fijás, Río Negro es una de las provincias que tuvo leyes más progresistas en la Argentina. El trabajo de extramuros para la gente que estaba en las cárceles, si hacés un recorrido, hay muchísimas leyes... eso ya es un elemento que trasciende a salud mental. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Quien había recomendado a Hugo Cohen, Juan Pablo Abadie, era el jefe del servicio de salud mental del Hospital Castex, un hospital en San Martín, provincia de Buenos Aires, que era “mellizo” del Evita (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021). Allí trabajaba Débora Jadzinsky:

Yo en el servicio cuestionaba cosas, todo era el tratamiento ahí, el paciente se iba ¿y cómo hacíamos el seguimiento? Era imposible, sino era llamarlo por teléfono, muy engorroso. Usted no es para esto [le decía Abadie] ¡Cómo no voy a ser para esto sí yo nací para esto!” [Abadie le contesta] yo la voy a conectar con un muchacho que se llama Cohen, Hugo Cohen, usted hable con él. Usted ahí va a encontrar lo que usted quiere. La cuestión es que tuve una entrevista con Hugo Cohen, viajé a Viedma para la entrevista. Fue en el 86, 87. (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

Ella vivía en Buenos Aires, pero un cambio en la situación laboral de su esposo, los llevó a buscar nuevas posibilidades en la Patagonia. Su visita a Viedma la dejó fascinada, así que cuando su marido pudo a su vez concretar una propuesta laboral:

Vendí todo, metí todo en un camión, mi viejo nos compró un Renault 4 y ahí nos fuimos a Viedma. Le digo a Hugo, acá estoy, le entregué los papeles y él había conseguido como una especie de contrato por 20 horas en tareas grupales, así doy mis primeros pasos en el hospital de Viedma. Otra cosa, otro mundo, ¡yo no podía creer! (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

Dos años después, Jadzinsky se trasladó a la localidad de Villa Regina para integrarse a un servicio de salud mental donde ya había tres profesionales, pero que atendían separadamente sin conformar un equipo.

Nos fuimos a vivir a una chacra (...) Fue todo un aprendizaje, vivir en comunidad. Yo vivía en Belgrano R, tomaba el té. Llegué acá y de golpe en medio de una chacra, que no había agua, que había que llevarla, todas esas cosas. Eso también forma parte de esto, que tiene que ver con el acervo de la desmanicomialización. Una de las cosas que yo siempre he explicado es esto: que vivir en Buenos Aires para mí era una forma de estar manicomializada, esa sensación de encierro, de falta de horizonte, [tenés] que hacer guardia y hacer consultorio, esa estigmatización es una manicomialización también. (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

A partir de su ingreso “todo fue construcción” de ese espacio, incluyendo la incorporación de la residencia de la que fue instructora. También fue coordinadora de zona sanitaria de Alto Valle Este “durante el embarazo me iba de Regina a Roca (...) yo era pasión cruda, había que defender y defender. Después con los años te vas poniendo un poquito más inteligente”. Lo suyo era “intuición y laburo y descubrir y entender (...) lo que aprendí y polenta.” (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

Diana Jerez trabajó durante doce años en el hospital Tobar García. Ya recibida de médica psiquiatra y habiendo sido jefa de dos residencias simultáneamente, una

psicoanalítica y la otra interdisciplinaria, entró en contacto con quien era el Director Nacional de Salud Mental, Vicente Galli, participando, aunque con algunas disidencias, en la intervención en los hospitales monovalentes y el armado de las residencias interdisciplinarias. Es justamente Galli quien la conectó con quienes estaban trabajando en Río Negro y tuvo una entrevista con Hugo Cohen y Juan Carlos Toth, que era un psicólogo, jefe del servicio en Viedma, quienes le contaron del proyecto.

Para ese entonces, Jerez ya había participado de otros proyectos alternativos en Buenos Aires, como el plan Boca-Barracas:

Un proyecto de trabajar más integralmente e interdisciplinariamente las situaciones de inclusión de los grupos más vulnerables y trabajar en una trama de red. Que termina siendo lo que pasa siempre en Buenos Aires, un blablablá... proponíamos una forma de atención primaria de la salud mental establecida en red de contención y en la familia. Estuvimos trabajando dos años y pico hasta que yo digo, muy bonito todo esto, pero quienes son los que van a ir a hacerlo... porque mientras estamos acá en Coronel Díaz y Las Heras está todo bien... ahora, hay que salir... Yo pensaba, con esta gente voy hasta acá... no me satisface esto, no nací para ser académica... (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Y es por eso que establece algunas condiciones para venir a trabajar a Río Negro: “yo les digo vamos a hacer un pacto, si yo veo que puedo realizar un cuarto de lo que ustedes proponen, yo me quedo. Si no, mi contrato es por dos años.” En el primer encuentro con los entrevistadores expone sus razones:

Llego a la reunión [con Cohen y Toth], me cuentan el proyecto y una de las cosas que yo tenía muy clara era que no iba a invertir tanto tiempo, ya le había invertido al plan Boca-Barracas y a otras experiencias. Me dije que, si esto no está legitimado, no existe, es una experiencia más. Entre todas las cosas que me contaron [estaba] desarrollar la inclusión social y el trabajo en hospital general. Como yo tenía experiencia en monovalente y tenía experiencia de haber hecho guardias en hospital general eso no me preocupaba. Lo único que presté atención en ese momento, estamos hablando del año 88, era que se estaba trabajando ya la posibilidad [de la ley] Yo pregunto si piensan legitimar la experiencia con una ley, porque si no va a ser una experiencia más. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Para Alberto Lucio, el primer contacto con lo que estaba sucediendo en la provincia de Río Negro llegó a través de una reunión de Atención Primaria de la Salud que se organizó en Buenos Aires y que inauguraba Floreal Ferrara con quien trabajaba. En una de las ponencias:

Iba a haber un disertante que era Hugo Cohen, para contar una experiencia iniciada en Río Negro, así que nos fuimos a escucharlo. Ahí lo conocí, tengo la agenda de ese año donde le pedí los datos y años después, por una cuestión de fe, de haber creído en lo que él decía, yo me venía para Río Negro. Coincidentemente, mi primo se había venido unos años a trabajar, él trabajaba en Gas del Estado en ese momento, a San Antonio Oeste que está a 180 km de Viedma para el sur. Y le dije

bancame un tiempito que me voy para allá... (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

El trabajo de Lucio en Río Negro comenzó *ad honorem* y luego como médico generalista, primero en Las Grutas, luego en San Antonio Oeste:

Después hubo un concurso, me presenté y ahí quedé. Transformaron una vacante que había para odontólogo, la transformaron para médico psiquiatra y ahí ingresé a la provincia, en el año 90. Es decir, ingresé en el 89, pero en el 90 como psiquiatra. Desde ahí estuve trabajando en San Antonio Oeste, hasta enero del 92. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

En el año 1992 se mudó, por necesidades del programa de salud mental, a Bariloche que atravesaba una situación conflictiva y allí estuvo 6 años “la idea era ir a un lugar donde la provincia necesitara un recurso formado”. Después de Bariloche, se trasladó al servicio de Luis Beltrán hasta que, en enero de 2001, se incorporó al Departamento de Salud Mental en Viedma (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021).

A finales de la década del 80, Daniel Gómez era docente en la cátedra II de Metodología de la Investigación, Facultad de Psicología de la UBA y la primera noticia sobre lo que sucedía en Río Negro le llega a través de una presentación en la Facultad del programa de reforma ya en marcha. Fue el docente a cargo, Juan Samaja³¹, quien le informó que iban a venir a dar una charla varios profesionales rionegrinos (Débora Jadzinsky, Graciela Natella y Analía Broide) y así nos relata la experiencia:

Ahí conocí a estas tres personas, valiosas compañeras, precursoras de todo esto, empezamos a tener algunos contactos, con la forma que había, no había internet, te estoy hablando del año 90... Vinieron un par de veces más, se hicieron charlas. Yo empecé a mandar algunas cartas, a recibir información. Se habló de la ley que, obviamente, todavía no estaba en funciones, pero estaba el proyecto. (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021)

Poco después apareció un aviso en el diario Página 12 que salió, equivocadamente, solicitando ginecólogos, odontólogos, por lo que le escribió una carta manuscrita a Cohen haciéndole una broma, sobre cómo pensaban hacer todo ese proyecto con esos profesionales. Cohen le contestó y tuvo una entrevista telefónica en la que le informaron que en la casa de Río Negro iba a haber unas entrevistas:

³¹ Juan Alfonso SAMAJA TORO (30/10/1941 – 3/2/2007). Profesor en Filosofía, Licenciado en Sociología y Diplomado en Salud Pública (UBA), Doctor en Ciencias de la Escuela Nacional de Salud Pública (Fiocruz), Río de Janeiro, Brasil. Decano de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Director de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Director de, al menos, tres Maestrías en el país. Miembro del Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología de Mar del Plata. Autor de 7 libros y generoso coautor de tantos otros.

Y a mí me gustó mucho la idea de salir de Buenos Aires porque ya era un loquero en ese momento, la idea de irme a vivir a otro lugar... En la casa de Río Negro había como 100 personas en la cola para anotarse (...) me dieron un horario para el otro día, yo vivía en la provincia de Buenos Aires, cerca de capital. Se lo comenté a quien era mi compañera, le gustó la idea porque ya lo habíamos hablado. Fui a la entrevista y había una cantidad infernal de gente. [Fue entrevistado por las mismas compañeras que habían dado las charlas junto a alguien más], sé que en algún momento había 4 personas. Yo, cuando salí de la entrevista y llegué a mi casa y me preguntaron cómo me había ido, dije “te aseguro que entré”. (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021)

Gómez ingresó al hospital de Río Colorado, localidad que no contaba hasta entonces con servicio de salud mental, en el año 1991. Lo único que había hasta ese momento era un coordinador de alcohólicos anónimos, Juan Carlos Chávez, al que Gómez dice deberle todo lo que aprendió al respecto (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021).

Para Hugo Reales la oportunidad de unirse al grupo de Río Negro surgió en 1991, a través de quienes eran sus jefes en la provincia de Salta. A ellos les había llegado la invitación y le dijeron “esto es para vos”:

No lo dudé, habíamos conocido la experiencia de lejos en la formación y dije yo me quiero ir a Río Negro. En principio, me iba por dos años con una licencia sin goce de haberes y, nada, me enamoré de Río Negro y renuncié a los dos años y me quedé. La entrevista me la hicieron Hugo y Graciela acá en Buenos Aires en una confitería (...) es una anécdota muy linda el primer encuentro porque me reconocieron a partir de un libro de Picasso que yo tenía en una mesa del bar en donde nos teníamos que juntar. El tema es que me aceptaron para ir a la provincia y me habían destinado inicialmente a la zona del Alto Valle, a Cinco Saltos. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

Finalmente, el destino fue Choele Choel, donde llegó en agosto de 1991:

Estaban con toda la movida de la sanción de la ley que se concretó en septiembre de ese año. Así que llegué y al poquito tiempo tuve la primera fiesta de la desmanicomialización que era la sanción de la ley (...) Junto a Graciela y a Hugo Cohen aprendí muchísimo, creo que hice muchas cosas porque ellos confiaron en mí. Por ejemplo, apoyar la zona del Alto Valle y viajar desde Choele para hacer el consultorio en la localidad de Roca cuando había problemas o en Cinco Saltos cuando faltaba un psiquiatra o hacer la intervención del servicio de salud mental de Bariloche que era uno de los más conflictivos. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

Entre quienes se incorporaron el mismo año de la reglamentación de la ley 2440, está Daniel Bikauskas cuyo contacto fue un compañero de universidad que era de Río Negro y también había escrito a la provincia. Eran principios del año 1992 y “lo diferente era que estaban necesitando psicólogos” (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021). Comenzó su trayectoria en Sierra Grande donde se quedaría 8 años, siendo el

primer psicólogo a cargo de un servicio (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021).

Años después, cuando él mismo estuvo a cargo del Departamento de salud mental de la provincia, nos dice que:

Encontré mi notita escrita a mano, una hojita, mi currículum... esto para pensarlo desde donde lo estás enfocando de trayectorias personales, procesos históricos... El Dr. Cohen pudo ver en nosotros la posibilidad de que nos incorporemos al programa. En ese momento, año 91, principios del 92. Ya estaba la ley y el motivo de la necesidad de recursos humanos era porque se estaba iniciando lo que se llamaba la descentralización operativa del programa. (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

Su llegada coincidió con la liberación de vacantes para abrir servicios en diferentes localidades “la idea era venir a la provincia no importaba a qué lugar”. Es así como entre los posibles lugares estuvieron Ing. Jacobacci, donde terminó ocupando el puesto una psicóloga nacida en el lugar, Bariloche “una localidad compleja” y Cipolletti donde había conflictos internos:

Terminamos en Sierra Grande en la época post Menem, se había cerrado la mina y era una población que, de floreciente, pasó a una lágrima. Un desastre que realmente había que ir ahí y ponerse a trabajar en Salud mental. Había [en ese momento] una psicóloga que era la mujer del anestesista que trabajaba enfocada mucho en el tema del alcoholismo, con los grupos GIA. Pero se estaba mudando a Madryn porque en la localidad se estaba cerrando todo. Fue tremendo eso, la gente se iba sin despedirse, en cero, una localidad que había sido super floreciente. (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

Aunque no con un registro sistematizado, están archivadas en la Coordinación Provincial de Salud Mental algunas referencias a concursos realizados para la incorporación de recursos humanos de los años 1991 y 1992. En nuestra visita en noviembre de 2011, pudimos acceder a varias notas de respuesta a un llamado realizado en junio de 1991, a través de un aviso en Página 12. Los postulantes señalaban su interés en el programa y, en algún caso, marcaban como prioritario el deseo de cambiar de residencia por cuestiones de ambiente o tranquilidad. En otros casos, destacaban que se trataba de una experiencia diferente para pensar la salud desde un lugar nuevo. Es interesante el caso de un postulante que aclara que nunca utilizó o indicó chaleco de fuerza o químico, ni electroshock, ni insulino terapia. Dado que no contamos con la autorización correspondiente, no proporcionaremos mayores datos sobre los remitentes, entendiendo que se trató de postulantes que no se incorporaron finalmente al programa.

En alguna de estas notas, una anotación manuscrita señala que no se observa, en el postulante, trabajo comunitario. Al respecto, nos dice Schiappa Pietra:

Yo nunca pude saber en una selección de personal para un servicio para una residencia quien sí y quién no. Es imposible saberlo, te engañan de una manera espantosa porque todos saben lo que nosotros estamos planteando y todos te vienen con el verso de lo comunitario. Cuántas veces habremos dejado de lado a gente que tal vez no se expresaba, pero con un gran sentimiento que después el desarrollo conceptual lo hubiera hecho solo. Y cuántas veces habremos tomado a alguien que nos agradaba con la presencia, pero el sentimiento no los empujaba. En esto yo siempre, lo que suelo decir, es para este trabajo se nace. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Las entrevistas para la incorporación de recursos humanos para el programa, o más tarde para la residencia, iban más allá de lo referido estrictamente a la carrera profesional del postulante:

Nosotros hacíamos entrevistas que no tenían que ver con lo técnico sino con esta cuestión de piel, no tiene nada de científico. Lo científico lo dejábamos un poco de lado, siempre nos interesaban más las buenas personas, siempre a los residentes les decíamos lo mismo: el currículum está muy lindo, pero yo quiero saber quién sos, de dónde venís... (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Dichas entrevistas de admisión eran obligatorias y no daban lugar a incorporaciones más allá de la selección que realizaba el mismo Departamento de Salud Mental:

Fueron más de 100 y todos pasaban antes por la condición de una entrevista previa ya sea por el departamento, o sea mi equipo, o por los equipos del hospital si los había ya constituidos donde esta persona iba a entrar. Y ellos me mandaban el informe a mí y si yo lo consideraba se volvía a hacer una entrevista, en general telefónica o los citaba a Viedma. Y eso se respetó siempre y eso para la Argentina de hoy pareciera que no existe. Así fue y eso tuvo también su contracara de que muchos se enojaban conmigo porque no ingresaban. Algunos agradecieron toda la vida y otros se ofendían porque a la esposa no la hice entrar, hasta con mi familia misma... yo pienso así, creo que las cosas tienen que ser así. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Podemos observar que, más allá de los casos de quienes ya residían en la provincia, el traslado a Río Negro tiene que ver con inquietudes personales de cambio y, en la mayoría de los casos, parte de un conocimiento previo del nuevo modelo que se intentaba implementar en la atención de salud mental. Para algunos la convicción de que era legítimo tratar de imponer un nuevo modelo y que estaban dadas las condiciones para hacerlo. En esa “disputa de palabras” en la que se juega la legitimidad del proyecto (Bonnewitz, 2003), se pusieron en juego estrategias de difusión de las nuevas medidas que se iban tomando que sirvieron para atraer a quienes ya venían cuestionándose sus prácticas.

La conformación de equipos

Cuando los integrantes de un colectivo comparten una identidad y se reconocen como parte de una parcialidad en el campo específico en el que se desenvuelven y, al mismo tiempo, manifiestan una percepción similar sobre lo que es bueno, justo y posible, se constituyen en un actor social relevante (Belmartino y Bloch, 1994).

Nosotros sabíamos quiénes estaban y había un nivel de confianza entre nosotros que permitió que se hiciera un entramado y una red que garantizaba el sostén del modelo. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

La identificación con determinados modelos, en este caso de atención al sufriente mental, constituye en muchas ocasiones un “recurso ideológico de legitimación” (Belmartino, 2008:6), remitiendo a una dinámica de actores que, al interior de dicho modelo, están en condiciones de definir las funciones y competencias de determinadas instituciones (Belmartino y Bloch, 1994:15). Ante la consulta de cómo empezó, responde Schiappa Pietra:

¿Cómo empezó esto? Hay cosas que son importantes, una son las reuniones provinciales, son clave. Vos sabés que ahora se ha perdido, yo nunca supe si era porque no se le dio importancia o al revés porque se dieron cuenta de la importancia. Porque a nosotros nos calificaban como que teníamos una mística, que éramos una cofradía. Un compañero puso la metáfora de que nosotros teníamos una ceremonia que eran las reuniones de equipo, que era la misa donde [contábamos] todo en el momento de reunión. Esas reuniones fueron clave. Yo les sigo dando mucha importancia. Y creo que si queremos revivir el espíritu de aquella época hay que volver a retomar... a nosotros nos lo dijeron muchas veces, mucha reunión, mucha charla, porqué tanta reunión. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Se introduce aquí una de las características del modelo de atención comunitario que se plantea un estado de reflexión sobre la propia tarea: “cada momento era una acción y una reflexión, nada fue porque sí, todo fue dentro de mucho trabajo de pensar cada una de las acciones que íbamos a realizar” (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020). Sobre ese aspecto reflexiona uno de sus compañeros:

Nosotros no tenemos criterios de validez muchas veces. Es muy cualitativo nuestro trabajo y la única manera de poder orientarnos es reflexionar imaginariamente sobre lo que se hace, sobre lo que se dice y sobre lo que se piensa. Necesitamos hablar permanentemente sobre lo que estamos haciendo y si lo hacemos en tono coloquial todos pueden participar y de ahí salen resultantes para la práctica. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Podemos señalar que se estaba constituyendo en ese sector de la salud pública un actor socialmente significativo que adoptaba un fundamento ideológico que iba conformando

su identidad colectiva y se iba cohesionando en función de los intereses y fines comunes que iban adoptando (Belmartino y Bloch, 1994).

Las reuniones de equipo provinciales fueron fundamentales para lograr esta cohesión y para constituir nuevas relaciones de poder dentro del sector. “Las asambleas eran maravillosas porque participaban pacientes también, no solamente los profesionales (...) era muy interesante el movimiento que se generaba” (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020). Sigue diciendo la entrevistada:

Había una intención hermosa primero que era que siempre nos encontrábamos en algún lugar donde era el espacio del reencuentro. Todos lo vivíamos así, era la unión, el encuentro de todos los equipos. Era volver a hacer estudiantinas: dormir todos en cuquetas, comer esas comidas frías, tomar mate, que te pinten cuando estás durmiendo...volvíamos a ser todos adolescentes. La verdad que lo pasábamos muy bien y, a su vez, siempre pensando y discutiendo. Y peleábamos mucho, la verdad que peleábamos mucho, a veces no en los mejores términos. Sobre pensar cómo intervenir, si esto era correcto, si no era correcto hacer entrevistas domiciliarias. Todas eran cuestiones técnicas y estrategias que las utilizábamos porque veíamos que esto ofrecía mayor bienestar a la población que asistíamos. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

En un principio, los participantes en las reuniones no eran muchos, porque tampoco eran tantos los trabajadores de salud mental constituidos como servicio y siempre implicaba un gran esfuerzo para quienes concurrían:

Siempre estábamos muy cansados, porque siempre trabajábamos de más (...) la única manera de transformar esto es sobreimplicarse porque es el comienzo de todo. Nosotros en esas reuniones empezábamos a idear y a accionar cosas que después se formalizaban y se instituían, pero hasta que se instituían, estaban en nuestros hombros, digamos. Por ejemplo, nosotros íbamos con nuestros autos, hasta que después como demostrábamos que era muy buena la patrulla de ir hasta una localidad, nos daban la ambulancia. Pero en esas reuniones había esa deliberación, ese intercambio permanente, ese sostenerse entre todos, como una cosa cooperativa, donde uno se sentía que estaba haciendo historia, cambiando el mundo, haciendo lo que alguna vez soñó. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Es evidente que estos encuentros se fueron consolidando con el tiempo y así lo testimonian todos los entrevistados que ingresaron al programa luego del año 1988. Y también se fue estructurando el formato de los encuentros que siempre era precedido de una guía elaborada por el departamento con los temas que iban a ser tratados, además de que cada equipo debía producir su propio informe para compartir durante las reuniones. De esta forma lo relata Hugo Reales:

Cada uno hacía un relato de sus vivencias, de lo último que había estado haciendo. Uno tras otro de todas las localidades íbamos presentando las actividades que habíamos hecho y el proyecto a futuro, teníamos posibilidades de corregir sobre la marcha lo que estábamos proponiendo, teníamos posibilidades de hablar con el compañero de otra localidad que ya lo había hecho antes o que lo estaba pensando junto con vos. No solo en los desarrollos teóricos sino en las prácticas (...)

siempre se llevaba una agenda de trabajo... qué vamos a compartir en esta reunión, qué vamos a preguntar, qué vamos a decir, que vamos a hacer. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

Daniel Gómez, que ingresó al programa en el año 91, los recuerda como “encuentros muy fuertes, también en el plano afectivo”. Para los organizadores era toda una movida “pasajes de ida y vuelta para 60 u 80 personas, comida, alojamiento por tres días”, una logística que, por esos días sin internet ni celulares, era artesanal. Destaca particularmente la tarea de una trabajadora social, Julieta Vinaya, que se ocupaba de todos estos detalles:

Por ejemplo, veníamos acá a Viedma y parábamos en el Pablo VI o en Bariloche parábamos en la Escuela de Hotelería. Y ahí a la noche se comía todos juntos, a veces se bailaba, se compartían cosas, se hablaban cosas con compañeros que no los veías hacía tiempo. Y realmente fue muy fuerte todo eso, se compartían ideas, se hacían minigrupos, todo coordinado por Graciela Natella, Hugo Cohen... se decía a ver este caso, todas las localidades tenían EL caso complicado... se armaba un grupo de distintos servicios y se decía ahora vamos a trabajar con Pepito de Río Colorado y aparecían las distintas ideas: el médico aportaba un cambio de medicación, el otro decía que se puede hacer con la obra social... (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021)

A veces la estrategia propuesta no funcionaba, pero sí cada equipo volvía a su localidad sabiendo que contaba con el apoyo de sus compañeros de otras localidades. Que los llamaban para ver cómo seguía todo o directamente viajaban para colaborar. “Nos ayudábamos mucho”, dice Gómez. Y se iban construyendo redes de soporte para la tarea cotidiana, tal como refiere quien fue también Jefa de servicio:

Los jefes de servicio construíamos la red, también ante la situación de emergencia de otro lado, salíamos todos corriendo. Nos reuníamos sí o sí para discutir grandes temas o temas que habían pasado en un equipo, darnos apoyo. Yo siempre sentí la construcción del equipo y sin el equipo de abajo y sin el equipo hospitalario, no podríamos haber llegado a hacer esto. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

El tema de financiar las reuniones era algo que debía pelearse mucho en el nivel ministerial, siempre reticente para proporcionar los fondos. Había sí alguna colaboración al tiempo de proporcionar el lugar para las reuniones y el alojamiento que era siempre alguna escuela o lugares grandes. Y, cuando no se podía los concurrentes se alojaban “en las mismas casas nuestras, repartíamos. Había mucha militancia y eso generaba mucho fervor y mucha pasión, mucho de eso fue parte de la lucha por sostenernos y una de las virtudes es la continuidad en el tiempo” (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021). Desde la jefatura la consideraban una instancia indispensable para el desarrollo del programa:

Yo lo ponía a nivel de Ministerio como condición para la continuidad del programa de salud mental. Podíamos necesitar nombramientos, podían hacer falta casas de medio camino, pero sin reuniones provinciales esto no se sostiene. Esto sí significaba peleas duras mías ahí y en las épocas difíciles hemos llegado a reunirnos, pocas veces, pero lo hemos hecho, subiendo a nuestros autos, pagando la nafta, durmiendo en casas de colegas y haciendo una vaca para comer entre todos. Fue un requisito, de los pocos que podía poner, para la continuidad del programa. Efectivamente, necesitábamos como mínimo por año tres reuniones provinciales. Y ahí era un verdadero colectivo, donde nos encontrábamos todos, debatíamos, analizábamos y las decisiones que se tomaban, las tomaba yo porque era el jefe, pero eran en base a lo producido, desarrollado, volcado y acordado ahí adentro. Para mí esto siempre fue otro requisito, otra condición: generar desde la jefatura instancias de intercambio genuinas y llevarlo al máximo posible. Que la gente se sintiera parte de un proyecto compartido. Porque imagínate la provincia con esa dispersión poblacional... que el que estaba solo peleando en Catriel supiera que en El Bolsón están en la misma. Y que a mil km estamos en la misma, las condiciones duras y difíciles. Para mí esta fue una prioridad, como trabajo mío. Y creo que ese fue uno de los logros más importantes que yo puedo referir a mi gestión, el haber podido generar y construir esta instancia de crear y de compartir y de una construcción colectiva y democrática. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

En un documento del ACPSM, se detallan los preparativos para el *II Encuentro de equipos* del año 1992 para el que el Departamento garantizaba traslado, alojamiento y comida para hasta dos miembros por equipo. Se recomendaba que concurrieran un profesional y un no profesional por servicio, debían haber demostrado su compromiso con las prácticas de desmanicomialización, y que llevaran sábanas. El tema del encuentro era la aplicación de la ley 2440, la organización de los equipos y el perfil de los operadores (“Breve informe”, s/p/i, copia en ACPSM).

Aunque “todos querían ir”, dice Hugo Reales en su entrevista, no había presupuesto ni capacidad de alojamiento para todos los miembros del equipo. Pero se trataba que fueran, al menos uno o dos efectores por equipo para plantear cómo estaba la situación en cada localidad y cuáles eran las dificultades y los logros, así como cuáles eran las estrategias o herramientas con las que se podía apuntalar cada situación particular o personal. Además, se hacía llegar un informe de la reunión a todos los equipos y era tarea del que había participado transmitir lo tratado al regreso a su localidad (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021).

La parte técnica fue valiosa porque se hacía una construcción colectiva en base a diferentes experiencias y respuestas colectivas en base a algunos impedimentos o dificultades y se iba creando en conjunto alguna posibilidad de respuesta, para dar solución a las dificultades, y después para reforzar cosas que se podían hacer bien en algún lugar, tratar de implementarlas en otro. Yo creo que ese fue uno de los ejes fundamentales de la construcción del proyecto provincial. Siempre había un hilo conductor que era el de Hugo, o sea, Hugo marcaba los lineamientos y en base a esos lineamientos íbamos trabajando. Y después a la noche, los asados, los encuentros, las salidas, eso iba consolidando el grupo. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Cuando se trata de explicar un proceso histórico es importante analizar las relaciones que se van forjando entre los actores, así como las identidades que se van construyendo (Belmartino y Bloch, 1994). Es indudable que, en el transcurso de la implementación de las nuevas prácticas, quienes llevaban adelante la desmanicomialización se fueron identificando y comprometiendo con el nuevo modelo constituyéndose en actores que compartían una particular visión de lo que era adecuado y conveniente para llevar adelante su propósito (Therborn, 1995). En esta construcción de identidades, no es menor el papel que jugaron estos encuentros periódicos donde se debatía, a la vez que se consolidaba, el modelo rionegrino.

Estas reuniones donde se encontraban equipos de diferentes zonas era algo que los potenciaba grupalmente en las que se tomaban experiencias de grupos que trabajaban en localidades distantes como, por ejemplo, El Bolsón:

Donde entonces estaba Analia Broide que tenía una fuerza de trabajo impresionante. Siempre era como que Bolsón llevaba la punta en cuanto al desarrollo comunitario. Así que teníamos mucha interacción con la gente de allí, con Analía. No solo durante las reuniones provinciales, sino en otras instancias de formación, como el curso de formación que se hacía durante las reuniones provinciales. Teníamos reuniones zonales, yo estaba a cargo de la zona de Valle Medio, Choele Choel es cabecera del Valle medio. Esas reuniones generaban un encuentro físico de tal nivel que ir era como volver con toda la potencia activada, listos para lo que venga. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

También Débora Jadzinsky dice que El Bolsón “era como un diamante que te decía vení, vení” y recuerda los encuentros provinciales como el lugar en el que se escuchaba y se aprendía. También eran espacios de capacitación en los que ella dictaba los temas correspondientes a la atención clínica (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021). Tanto ella como Hugo Reales estuvieron más adelante en la capacitación de residentes. También durante los encuentros provinciales se realizaban reuniones de residentes en las que “los grupos iban y venían de un lado a otro, a veces teníamos asambleas conjuntas. Esa dinámica fue importante para ir construyendo una cultura antimanicomial” (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021).

Los encuentros son evocados como un estado de deliberación permanente, pero también de acción permanente, donde se podían catalizar muchos de los ideales sociopolíticos que traía cada uno. Y en el transcurso del proceso se van reconfigurando como un actor

socio político relevante al identificarse con un proyecto que desafía el modelo de atención para imponer nuevas formas (Belmartino y Bloch, 1994). Dice Hugo Reales:

Las reuniones provinciales y zonales y la mística que teníamos, creo que también puso el afecto en nuestras prácticas que me parece un valor fundamental en el proceso de desmanicomialización. La afectividad que uno puede poner en el trabajo, con la gente, con los compañeros de trabajo mismo. Yo creo que eso se cultivaba en esas reuniones grupales que teníamos, en el poder aprender del otro, en poder decirle algo que uno podía estar haciendo y en ese compartir no solo teoría sino vivencias personales, grupales, creo que ahí crecíamos mucho (...) nos daban el empuje y la potencia y el amor para seguir haciendo, para seguir defendiendo la ley a lo que cueste. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

En estos encuentros se reunían no solo profesionales, sino también operadores, coordinadores de alcoholismo y otros trabajadores, todos en el mismo ámbito. También se incorporaban familiares y usuarios y esta búsqueda de igualdad se trasladaba al momento de elegir jefe de servicio (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021). De esta manera, se iban constituyendo redes:

Buscábamos que también entre nuestros efectores, armar alianzas como para poder ir trabajando y sosteniendo y a los que ingresaban nuevos que pudieran hacer y exigir determinadas prácticas. Empezar a ver también de constituirnos como equipo. No es que no hubo fracturas, no es que no hubo discusiones y fuertes. Había discusiones fuertes, posturas, pero con el tema de la ley, la mayoría de la gente que empujábamos teníamos coincidencias. Había reuniones provinciales, había reuniones dentro de los equipos, había reuniones [en las] que yo, personalmente, puedo decir que metía bastante presión por lo de la ley. Para mí era fundante.” (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

En estas reuniones se trataban también los trabajos que empezaban a escribirse y que eran “leídos y releídos, discutidos y acordados en los diferentes encuentros de trabajo, lo que permitió una articulación, un entramado de red” que facilitó el proceso enriquecido “con el compromiso y apoyo de los compañeros” (Broide, 2016).

En un informe del año 91 (“Sin título”, s/p/i, copia en ACPSM), manuscrito y con la firma de Cohen, éste detallaba que se presentaron los informes de los diferentes equipos sobre “las temáticas que surgieron como inquietudes comunes”. Como consecuencia se definieron tres ejes sobre los que profundizar el análisis: la implementación del proceso en el hospital general, las funciones de los coordinadores GIA y “las tácticas y estrategias de intervención en las instituciones que la demandan”. Ejemplo de esto último pueden ser los cursos de “Formación de coordinadores de grupos de reflexión” que se realizaron durante varios años entre miembros del equipo de salud y trabajadores

del área de Educación (Consejo Provincial de Salud Pública, “Algunas actividades para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud Mental, 1984-1989”, s/p/i, en ACPSM).

Hugo Cohen tuvo un gran acierto en llevar adelante las reuniones de trabajo provinciales (...) siempre fue difícil pelearle recursos al Estado y más en esas épocas. Fue todo un proceso y un trabajo poder institucionalizar esa práctica para que, en la provincia, el Ministerio de salud lo tome como una necesidad. Cuando venía alguien nuevo, como fui yo en ese momento, entrabas a la reunión, te presentabas y ahí se empezaba a dar una dinámica donde terminabas teniendo muchas cosas en común, (...) lo que estaba en juego eran estrategias de atención comunitaria. Todos teníamos algún problema grave en las localidades, pero no al mismo tiempo. Entonces escuchabas, escuchabas qué se hizo, escuchabas cómo te podían apoyar. Y ahí aparecían ideas y se diseñaban estrategias. Esa es la riqueza, por un lado, de lo grupal y por el otro de la práctica. Porque después vos la llevabas adelante y aparecían cosas nuevas. Esto nos rescataba de lo que nosotros llamábamos lo manicomial que no es solo el manicomio... (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

De todas maneras, hubo equipos que no se consolidaron y no siempre iban a las reuniones o, si iban, discutían todo:

En las primeras reuniones iba el núcleo duro ideológicamente convencido de lo que estaba haciendo ¿y qué pasaba con los que quedaban? ¿qué pasaba con los de Bariloche que no venían? Cipolletti durante mucho tiempo no venía tampoco. En las reuniones no podíamos tener una imagen de las disidencias que podía haber al trabajo nuestro. Teníamos la confirmación del grupo básico, del núcleo central, era muy fuerte. [Es el núcleo llamado] “histórico” que era un núcleo muy fuerte... (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

Es evidente que aún persistían desacuerdos ideológicos al interior del campo de la salud mental. Una confrontación en la que los fundadores intentaban modificar las prácticas y el modelo existente, poniendo en movimiento los recursos técnicos, políticos y organizativos a su alcance para lograr el cambio de estructuras y representaciones que se proponían. Y había otro sector que procuraba conservar su posición relativa dentro del campo (Belmartino y Bloch, 1994). De estos conflictos y disputas daremos cuenta en el próximo apartado.

“Un cambio cultural, no sin conflictos, problemas y crisis”³²

Como ya anunciamos en el apartado teórico-metodológico, para abordar el ámbito de la salud mental, partimos del concepto de campo de Bourdieu (1999) entendiendo la sociedad como un conjunto de campos sociales (Quevedo y otros, 2013) donde cada campo constituye el espacio en el cual se disputan los capitales materiales y simbólicos

³² Del texto del Anteproyecto de ley (Consejo Provincial de Salud Pública de la provincia de Río Negro, 1989).

en juego. Es en ese escenario donde surgen nuevas fuerzas con la intención de establecer nuevas tradiciones y que entran en conflicto con las que eran hasta entonces hegemónicas, mientras estas tratarán de conservar su poder.

En este caso, el área de salud mental de Río Negro es el campo en el que las fuerzas dominantes hasta ese momento y las emergentes, representadas por los fundadores de la reforma, van a procurar conservar su legitimidad y poder, en un caso, y a tratar de apropiarse de los espacios de decisión para imponer nuevas prácticas, en el caso de los segundos. Allí van a articularse las características, reivindicaciones y propuestas de cambio de los actores con las formas institucionales sobre las que pretenden actuar (Belmartino y Bloch, 1994).

Es como un partido de ajedrez cuando uno hace una movida depende de la movida que haga el otro después. Movíamos de acuerdo a lo que el otro hacía también. Lo importante es si uno le pone pasión, le pone amor, horas de trabajo, [pero] esto es lucha también y depende del otro, el otro también pega. Depende también de las resistencias que se van encontrando en el camino. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Los diferentes trabajos que han analizado la reforma nos indican que una de las principales fuentes de conflicto han sido sin dudas los diferentes modelos en disputa (Murekian, en Cohen y Natella, 2013).

El cuestionamiento fue tanto horizontal como vertical y se manifestaba en diferentes situaciones. Incluso ante la iniciativa de llevar a los pacientes a un día de recreo, podían recibir la advertencia de que, si algo sucedía con los pacientes, los responsables eran los profesionales a cargo y era sobre ellos sobre los que iba a actuar la Justicia:

El día de la primavera decidimos llevar los pacientes a la isla Jordan, que es un lugar donde se festeja la primavera, así que ese lugar iba a estar repleto de gente. No quieras saber lo que fue la pelea interna de cómo íbamos a ir a llevar a los pacientes a un lugar donde estaba todo el mundo. Y entonces empezó el Director [del hospital] “bueno, bajo la responsabilidad profesional de ustedes y, si pasa algo, ustedes van a ir presos. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

La experiencia resultó sumamente satisfactoria para los internados que disfrutaron el paseo sin inconvenientes para ellos ni para terceros, aunque por error se olvidaron los remedios de los pacientes tal como Ingold lo relató en un artículo que tituló “El día que nos olvidamos los medicamentos”. El resultado de un día sin medicación también la sorprendió a ella, resultando en una interpelación muy profunda a su propia formación como psicóloga: “la realidad me estaba demostrando que era posible (otro camino), o

por lo menos que ya no tenía tanto valor de verdad absoluta eso que yo había recibido.” (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Los espacios universitarios no suelen poner en evidencia los prejuicios que afectan también a los profesionales, aunque atiendan en el espacio público. Entre otras cosas, estaba en discusión qué era lo que se le pedía a un profesional preparado para la atención en un espacio delimitado y al que ahora se le solicitaban visitas domiciliarias, guardias, en una clara ruptura de los roles para los que habían sido formados.

Hasta yo misma me cuestionaba, yo también había sido formada para otra cosa y también se me movían todos los esquemas. Qué hacía yo camino al basural. Me cargaban y me decían que tenía alma de trabajadora social como si me ofendieran, al contrario, era para mí una honra todo lo que he aprendido con la trabajadora social. De todos lados era muy interesante ver lo que pasaba, lo que movía, lo que cuestionaba. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Sin embargo, “no todos los equipos trabajaban bien, no todos impulsaban la desmanicomialización, hay quienes no querían.” (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021) Pero los conflictos parecen haber tenido expresiones diferentes según la localidad. Débora Jadzinsky dice que cuando llegó a Villa Regina se encontró con profesionales que trabajaban individualmente sin formar equipo, pero que nadie se fue. Aunque hubo resistencia de un montón de gente (abogados, directores de hospitales, colegas) con el tiempo fue encontrando una apertura diferente, incluso con la justicia. Eso le costó infinidad de reuniones, porque no entendían. También ella aprendió a discutir de otra manera:

Uno antes se mataba discutiendo con el cuchillo en la mano y ahora es como mirá, me parece, que se yo, vos que crees, ¿podemos juntar posiciones?, bueno arranquemos por acá o si querés arrancamos por acá, te ayudo acá, pero en ese momento todo era pasión. Porque era la forma de hacerlo, no daba lugar para tibios, nunca fui tibia, así que ese era mi camino. (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

Destaca como un valor para evitar la resistencia el ir sosteniendo con la práctica lo que se declamaba: “la democratización en el proceso de desmanicomialización tiene que ver con la humildad. Sí me pongo con el otro para atenderlo, me pongo también con el otro para compartir logros...” (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021).

Aunque no exentos de disputas, algunos espacios resultaron menos dificultosos para la implementación de las nuevas prácticas. Y, en algunos casos, cuando hubo conflictos,

se encontró la forma de resolverlos a través de la demostración de que era posible sostener el modelo:

A nivel local no tuve demasiado problema, por ahí algunas dificultades ideológicas con alguno o el no entender la ley, pero si el otro puede ver tu actividad, tu acción y [ver que] me llevo al paciente en mi auto a dar una vuelta porque está sacadísimo. O que vean que lo llevas y lo traes del trabajo o que, cuando está internado, traes a toda la familia a la sala. Es otra movida que destruye la cosa hospitalaria. Porque cuando uno entra al hospital, uno entra a un régimen siempre restrictivo: a tal hora se come, a tal hora... y nuestra gente, a veces, no tiene ni idea del tiempo o no tiene hambre o come a cualquier hora o come a toda hora o quiere caminar a media noche. Estar ahí, estar presente, hace que los demás entiendan, entiendan el trabajo, lo acepten, lo valoren. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

En muchos casos la conflictividad se daba con otros profesionales que no aceptaban las nuevas normas que procuraban la internación en las salas generales y, otras veces, esa resistencia estaba ligada a la presión que ejercían las clínicas privadas que, aunque no eran muchas, manifestaban su oposición. Eso no impidió que otros médicos se sumaran a las clases sobre desmanicomialización que se dictaban a los enfermeros, por ejemplo (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021).

Desde el Departamento de Salud Mental se sostenía que, dentro del personal de salud mental, las posiciones se dividían por tercios: un tercio que lo promovía, uno que lo acompañaba y otro que resistía. Esta configuración podía variar, pero siempre la oposición interna era la resistencia más dolorosa, porque del afuera “uno se lo espera”:

Lo que pasa es que, al estar en un sistema público, vos tenés que estar dispuesto a un orden público y muchas personas querían seguir en su orden privado y fueron una resistencia importante. Hasta el momento que nosotros llegamos, los profesionales atendían como si fuera el consultorio privado en el hospital público. Y nosotros pedíamos quebrar ese orden privado y tenés que estar al servicio de las personas que en más desventaja social están. Es una población prioritaria porque tienen el hospital, nada más. (...) se armó un quiebre entre gente que estaba instalada en su consultorio en el hospital como si fuera su consultorio particular y nosotros que veníamos con toda esta perspectiva que fue muy movilizante. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

En esto coincide Alberto Lucio (entrevista personal, 4 de marzo de 2021) al decir que “la academia sigue formando profesionales de salud mental para consultorios privados y no para trabajo comunitario”.

Es dentro del campo de la salud mental en el que se discutían dos modelos que disputaban las formas de las nuevas prácticas, pero también la ideología que las sustentaba. En todo proceso de cambio, los actores que intentan llevarlo adelante deben

enfrentarse a quienes se empeñan en conservar el orden previo. Es en este enfrentamiento en el que se dirimen las nuevas hegemonías.

Aun los de la resistencia nos enseñaron a pelear, aun los que estaban en la oposición nos enseñaron. No pasa por el voluntarismo, tiene que pasar por otra cuestión. Es poder constatar con la práctica que es posible, que no es una abstracción teórica. Es una praxis que debe ser revisada todas las veces, pero también tiene que estar aportada y por la mayor cantidad de gente posible porque todos tienen un saber. Nosotros no somos los dueños del saber. Tanto que hablamos del otro, hay que ver al otro, al [mismo] tiempo que transmitir. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Dentro de las distintas disciplinas, enfermería es una figura que se ha presentado como controvertida en el programa de salud mental y algunos autores refieren que ha sido muy difícil sumarla (Schiappa Pietra, citado por Baffo, 2011).

Parte de esa resistencia es expuesta en el informe elevado por María Esther Panchenko, Directora de Enfermería del Consejo Provincial de Salud Pública, en septiembre de 1990 para describir la situación de su sector. En él expresaba que las enfermeras “son testigos, a veces impotentes de una realidad diferente a la que percibe el personal de conducción”. Agregaba que la heterogeneidad en la formación profesional ocasionaba conflictos y detallaba cuáles eran las dificultades, poniendo como ejemplo el proceso de “externación” de los pacientes de salud mental:

Enfermería se resistió a ese cambio con el cual inicialmente no estaba de acuerdo. Sin embargo, y tras la realización de talleres de reflexión que le permitieron comprender al ‘loco’ o al ‘borracho’ como personas con pérdida de su salud, comprendió que la contención no solo pasaba por ella, sino que la respuesta debía ser proporcionada por cada uno de los integrantes del equipo de salud. (Panchenko, 1990)

Conscientes de su papel, poco a poco, las enfermeras fueron integrándose a los equipos de contención en crisis, pero no todo el personal “recibió e internalizó la capacitación correspondiente”. De acuerdo a este informe, el sector de enfermería sintió que se depositaba al enfermo a su cuidado, “sin encontrar respuestas en un equipo comprometido [debiendo] asistir a discusiones estériles que desgastaban aún más a quienes se inclinaban por humanizar la actividad”. Panchenko rescató la importancia de los talleres y de la propia experiencia para “comprender que debe haber un cambio más allá de las ideologías encontradas y en lucha permanente” (Panchenko, 1990).

Es evidente que en el escrito que prima la voluntad de comprender y comprometerse con la modificación del modelo asistencialista, sin embargo, la Directora de Enfermería

es muy firme al señalar las dificultades que se encuentran en la tarea diaria y su convicción de que es necesario abandonar la acción individual y dejar de lado las “controversias personales que solo desgastan y resultan estériles y no posibilitan cambio alguno” (Panchenko, 1990)

Estos conceptos se repiten en la nota de apoyo al Anteproyecto de ley que fue presentado a la Legislatura, donde la misma Panchenko expresaba que compartía el enfoque humanístico del proyecto, al tiempo que solicitaba que se instruyera al sector con líneas simples y posibles de cumplir para poder contener la crisis con un equipo “real y existente”. Si bien admitía que se había capacitado a muchas enfermeras y otros agentes de salud, creía que era imposible llevar adelante semejante cambio sin el seguimiento continuo y la búsqueda constante de multiplicadores que, comprendiendo este enfoque, llevaran los conocimientos a cada uno de los agentes responsables de la salud de la comunidad. También resaltaba la falta de recursos y que, en algunos hospitales, se atendían tres sectores diferentes con el mismo equipo de enfermeras, faltando una redistribución de recursos humanos (Panchenko, “Notas de apoyo”, s/p/i, copia en ACPSM). Al respecto, una de las enfermeras entrevistadas expresó:

Al principio fue muy difícil ponernos de acuerdo con las enfermeras y no te digo nada, con los médicos, para internar a nuestros pacientes, claro les tenían miedo y eso originó mucho rechazo, pero nosotros nos comprometimos a estar las 24 horas con el paciente haciendo guardia. Por suerte tuve gente de enfermería y logramos poner operadores, que fueron de mucha ayuda para cuidar al paciente y evitar cualquier desborde que hubiese. Eso funcionó muy bien, porque estando al lado de ellos se sentían contenidos, cuidados y yo lo que más le marcaba a mi gente era tener mucha paciencia, tolerancia y comprensión y les pedía ojo de maltratar a alguno, que tuvieran en cuenta el sufrimiento mental del paciente. Para nada fue fácil, a algunos les costó entenderlo, pero gracias a Dios lo logramos” (Betty Fariás, testimonio personal, 19 de abril de 2021)

Por su parte, Schiappa Pietra (2003a) dice que “durante el año que realizamos capacitación intensiva de enfermeros en los hospitales rionegrinos y en sus guardias de Medicina General, luego de las clases recibíamos peticiones de capacitación; allí mismo donde acabábamos de hacerla.” No era solo más información lo que se solicitaba, sino que las inquietudes parecían responder a la creencia de que “había procedimientos escondidos, ocultos” que posibilitaban la atención de los sufrientes mentales. Un secreto que no había sido revelado por los capacitadores. El autor dice que trae “a colación este fenómeno colectivo porque revela una actitud mágica. Y cuando ella se presenta,

cualquier capacitación que pueda brindarse será sentida como insuficiente y motivo de postergación de trabajos” (Schiappa Pietra, 2003a:45).

Sin duda había una resistencia importante en el nivel hospitalario, donde muchas veces lo que predominaba era el miedo y la desconfianza, por lo que, a veces llevaba más tiempo convencer a la enfermera o al médico general que lo que llevaba en sí el trámite de la internación. Para ello se realizó un gran trabajo de concientización que incluía charlas en los mismos hospitales donde se discutían los temas que preocupaban a los trabajadores, particularmente el relacionado con la peligrosidad de los sufrientes. Esas discusiones se tenían aún con los médicos generalistas que algunos suponían que debían sostener una ideología más afín con el nuevo modelo (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021). Bikauskas rescata la necesidad de diálogo:

Tenés que tener la disponibilidad, entender el miedo del otro, explicarle y, cuando sacás un poco esa cáscara, te encontrás con que la persona tiene algún familiar o alguna pareja con un trastorno mental (...) Y tenés gente muy solidaria. Una frase que yo pensaba mucho y mis compañeros también “nadie está exento de tener un problema de salud mental ¿vos cómo quisieras que te atiendan si te pasara?” Y le contás del psiquiátrico y del rechazo... la gente te termina escuchando. (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

Pero no solo el sector enfermería resistía los cambios. Hubo servicios completos que nunca lograron constituirse como equipos y muestra de ello es un informe realizado en febrero de 1988 por Natalio Kisnerman, enviado por el Ministerio de Salud Pública para evaluar la situación en el hospital de Bariloche. Los mismos trabajadores le manifestaron su desánimo frente a la falta de organización interna y las condiciones de trabajo. El servicio funcionaba en unas estrechas dependencias al final del pasillo y luego fue trasladado a una cabaña fuera del edificio del hospital, detrás del incinerador. El grupo era segregado por el hospital, pero también estaba marcado por la falta de “los elementos esenciales organizadores del equipo: la mutua representación interna, la tarea común y un código comunicacional compartido” (Kisnerman, 1988). Aunque Kisnerman mantuvo reuniones con el equipo durante varios meses, con un interregno debido a una huelga que afectó a todo el personal sanitario, el grupo de reflexión no obtuvo avances y el espacio solo sirvió para poner de manifiesto los problemas internos del servicio y sus contradicciones. Competencia entre los integrantes “nuevos” y “antiguos”, pujas de poder, trabajo individual, falta de integración y desvalorización de

lo que hace el otro son algunas de las características que registra el informe (Kisnerman, 1988). Con respecto al tema, señala Cohen que:

Bariloche fue uno de los lugares en los que más costó implementar la ley, fundamentalmente dentro del hospital general. No así con la comunidad o con los centros de atención de la salud. Eso fue más fluido, el hospital fue muy difícil. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Alberto Lucio se integró a este servicio en 1991 y permaneció allí durante 6 años “de mucho trabajo, 24x7, no había sábado, no había domingo”, pero sí mucha resistencia. A su arribo no solo encontró un absoluto desconocimiento de la ley, que ya había sido aprobada, sino un fuerte rechazo y descalificación sobre su aplicación. Intentó “buscar gente afin dentro del servicio” y luego de un tiempo logró conformar un equipo de trabajo “muy interesante, muy lindo” con el que lograron gestionar lo que fue el primer ingreso de operadores de salud mental. Todo con mucho esfuerzo y tratando de llevar adelante el proceso de desmanicomialización. Aunque en algún momento pasó a ser el jefe de servicio la lucha fue constante. Más tarde, al igual que Hugo Reales, va a participar de un equipo de intervención del servicio de Bariloche que:

Duró no sé cuantos meses, que viajábamos, estábamos una semana, nos volvíamos, viajaba otro compañero. Entre tres más o menos nos íbamos turnando y viendo, pero no, nunca hubo una decisión política de la Dirección [del hospital], gente que podía haber movido algo, pero vaya a saber porque, no se logró afianzar políticamente el modelo en Bariloche. (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021)

Es evidente que no todos los servicios acordaron con las nuevas propuestas y varios continuaron con las viejas prácticas que respondían al anterior sistema donde “nadie se hacía cargo” (Cohen y Natella, 2013:33). “Los hospitales grandes son complicados”, señala Schiappa Pietra en su entrevista, y no siempre se ha podido “encontrarle la vuelta”, siendo mucho más sencillo, en su opinión, demostrar el camino de la salud mental comunitaria en un pueblo chico.

Había que pelearse, los psicólogos tenían que pelearse por la medicación que se le indicaba... había toda una cuestión que el sistema hegemónico médico trataba de hacer sopesar. Por ejemplo, [te preguntaban] ¿cómo permitís que un psicólogo sin especialidad sea tu jefe? Que tiene que ver, tiene capacidad administrativa y además lo ganó por concurso. (...) tenías que plantearte estas cuestiones de hegemonía y de superioridad de unos sobre otros. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Es una lucha que no es fácil de llevar adelante sin producir heridas y sin que cada disciplina quiera imponer su criterio y por ese motivo:

Nosotros trabajamos mucho con la idea del cotidiano. Esos momentos donde se incluyen los saberes, lo disciplinario pasa en forma coloquial a desarrollarse y de esa manera se hacen síntesis que, si no, no se podrían hacer porque cada disciplina quiere imponer su propio marco. En cambio, un hablar coloquial nos permite muchas veces conciliar en una práctica, no en una teoría, en una práctica... (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Si bien la desmanicomialización se vio muchas veces complicada por la existencia de intereses corporativos, también sucedió que las dificultades surgieron:

Porque es un modelo ético, un modelo promocional y eso significa promocionar no solamente a las personas usuarias, sino a los propios trabajadores, a los familiares, a los políticos y a todo el conjunto de actores que hacemos esto y por eso es tan difícil. Parece algo muy idealista, pero no puede ser de otra manera. Porque si vos querés cambiar, revolucionar la salud, tener principios de derechos humanos realmente, principios éticos, tenés que tener códigos realmente estrictos con vos mismo, empezando por vos mismo. Y eso es lo que muchas veces ha fallado en equipos, también de Río Negro. No estoy hablando desde un punto de vista moral, estoy hablando desde un punto de vista ético donde la promoción del trabajador junto con la persona usuaria es un ida y vuelta, es parte de lo mismo. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Se trata de un sistema “muy injusto, muy verdugo”, donde los profesionales también son parte de un engranaje y víctimas también. Al ser formados en un modelo asistencialista, que es muy asimétrico, muy individualista, les cuesta empatizar con el sufriente. Aunque Natella (entrevista personal, 11 de marzo de 2021) remarca que con la empatía no alcanza, cree que es un valor que tiene que estar. Las resistencias a la internación en un hospital general no dejan de ser “reflejo de una cultura de exclusión de la salud mental del espacio de la salud” (Cohen y Natella, 2013:30). Para Ingold:

Lo que uno cuestiona o que por lo menos en ese momento siempre tratamos de señalar nosotros es que el hospital debe buscar las estrategias para la atención de lo que la persona necesita, no que la persona que esté enferma encima tiene que adecuarse al criterio. Es muy tramposo cuando empiezan “ah, porque ustedes no quieren internar a nadie”. Al contrario, nosotros hemos tenido internaciones prolongadas, pero no porque yo quería tener a la persona en una internación prolongada, sino porque la persona necesitaba esa internación. Claro que eso hace poner en el centro no el modelo hospitalocéntrico, sino en el derecho de la persona al recupero de su salud. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

También la Justicia fue un obstáculo a vencer y ahí los profesionales se encontraban “en inferioridad de condiciones”, dependiendo de su propio compromiso y militancia “siempre codo con codo, cuidándonos para poder pelearla y sacar pecho y, a veces, ganar como en el truco, con un cuatro” (Alberto Lucio, entrevista personal, 4 de marzo de 2021). El tema de la peligrosidad y la responsabilidad penal empezó a ser tema de debate y discusión tanto en los ámbitos judiciales como en la prensa escrita y tuvieron que pensar cómo enfrentar estos cuestionamientos:

Hubo muchas resistencias en muchos lugares, pero nuestra forma era primero dar las discusiones hacia dentro. Teníamos como bien armado el discurso, sobre todo en los lugares donde trabajamos más con la Justicia. En ese momento, de la ley, la provincia de Río Negro no tenía juzgado de familia, esto es importantísimo porque generalmente todo lo que era de conflicto antes de la ley lo trabajaban los asesores de menores. No teníamos un juzgado de pertenencia con el que trabajar (...) directamente iba a lo civil y comercial, ahí iban todas las causas... Era muy difícil el sistema jurídico y teníamos nuestras alertas, trabajar con los defensores ante los casos que estaban incriminados penalmente, que habían cometido alguna situación penal. Cómo trabajar con los jueces, cómo trabajar con los defensores, cómo trabajar con los pedidos de internación compulsiva que iban las familias a pedir a un juez en lo civil... (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Sumado a la falta de un fuero en el que tratar estas causas, no hay que olvidar que todavía había muchos jueces que venían de la época de la dictadura y no estaban tan consustanciados con el discurso que, sobre derechos humanos, había instalado la vuelta a la democracia. De a poco el país fue adhiriendo a pactos y acuerdos internacionales, modificando algunos paradigmas, “pero no era tan fácil, hubo que pelearla, había que discutir con jueces.” (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

De todas maneras, la instancia judicial es índice de un cambio importante al pasar de una situación en la que un juez indicaba la internación a otra en la que, desde el juzgado, se pedía evaluación y estrategias para su atención “Y ya no hablar de peligrosidad, sino de riesgo, de vulnerabilidad.” (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

La oposición se manifestó también en otros estamentos estatales como educación o desarrollo social que, al principio, no entendían que había que articular con salud mental ya que conseguir una casa, tramitar una pensión o proveer de comida era también parte del tratamiento. Más que hablar de inimputables, se hablaba de “indisputables” porque nadie quería ocuparse de ellos. En las reuniones con otras áreas, lo que más se escuchaba era “mío no es” (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021).

Aunque el ámbito privado de la salud no aparece muy señalado, tal vez por su escaso impacto en cuanto a dimensiones, siempre hay intereses particulares que conspiran contra la reforma. En Río Negro la corporación psiquiátrica no tenía tanta fuerza como en otros lugares, como por ejemplo Buenos Aires. Los trabajadores que impulsaban el cambio, se implicaron en la lucha política por obtener mayoría en la asociación de profesionales de la provincia, como una estrategia para apoyar el tratamiento de la ley y

sostener esta política sanitaria (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021).

De acuerdo a Schiappa Pietra:

En Río Negro no tuvimos esos intereses privados, lo que no quita mérito a la gente que hizo la cosa. Porque nosotros somos por ahí poco valorados: es una provincia chica, no tenía muchos intereses, entonces ellos pudieron pensar otra cosa, no es para tanto. Yo creo que no hay que menospreciar lo realizado, si bien es cierto que no teníamos ese peso, el peso de intereses de corporaciones médicas, de clínicas privadas, de gremios que hay en otros lugares. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Con respecto a la clase política, Hugo Cohen (entrevista personal, 29 de junio de 2021) dice que durante su trabajo al frente del Departamento pasó por “4 gobernadores, en realidad 3 porque repitieron, 4 presidentes y 12 ministros de salud” y que, cada vez, había que volver a explicar de qué se trataba. Pero también reconoce que, en 15 años, solo una persona lo descalificó tildándolo de “rojo” y eso fue muy al comienzo del período democrático:

Siempre me dejaron hacer y eso lo valoro muchísimo. Yo valoro enormemente el respeto que tuvieron para conmigo y eso es un valor, es una virtud. Del mismo modo actué yo con toda la gente que incorporamos en la provincia que fueron decenas que se nombró y donde a nadie nunca se le preguntó ni de qué partido era o dónde militaba o si era creyente y de qué iglesia. Jamás, esa pregunta estaba prohibida. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Si bien podía haber críticas y cuestionamientos, no había un enfrentamiento con las autoridades provinciales que hiciera peligrar la continuidad del proceso, al menos durante los primeros años. Inclusive se podría decir que el programa de salud mental era “un bastión para la política”, algo que se rescataba a la hora de resaltar logros (Daniel Gómez, entrevista personal, 4 de junio de 2021).

Ya en el ámbito de lo cotidiano, una resistencia no menor era la representada por la familia del usuario, donde “hay una primera resistencia”:

La familia te pedía internación, porque es lo que había circulando en lo cultural y es que al loco hay que internarlo. En la medida en que vos le decís, vamos a probar con esto, vamos a internar en el hospital, lo mínimo posible, dos, tres días mientras vas trabajando. Le vas mostrando otra perspectiva, vas trabajando ese enojo. Nosotros partimos desde que la demanda se construye. (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021)

Trabajar con la familia de cada paciente no fue fácil, muchos de ellos no aceptaban que su familiar enfermo quedará en su casa, estaban acostumbrados a mandarlos a internar al manicomio, les costaba reconocer que tenían cierta responsabilidad de lo que le pasaba al enfermo y asistirlo, pero tuvimos que insistir mucho, que con nuestro acompañamiento a la par de ellos e indicándoles cómo hacer... Se logró que al fin reconozcan que era posible y mil veces mejor tenerlo en su casa. A través de charlar y acompañar a la familia, también se logró que ellos mismos se dieran cuenta que podían ayudarnos haciendo reuniones y lograron formar un grupo hermoso, práctico y eficaz,

la Asociación Manos Abiertas Solidarias (AMAS). (Betty Farías, testimonio personal, 25 de junio de 2021)

Para llevar adelante la reforma, fue necesario realizar una tarea de convencimiento que propiciara la creación de lazos de compromiso e intercambio con otras áreas institucionales y comunitarias. Y, del mismo modo, integrar la atención de la salud mental a la atención integral de la salud en el ámbito público y, para ello, apelar a la colaboración de otros miembros de la comunidad:

Creo que hubo mucha otra gente de afuera que eran referentes claros. Por ejemplo, para mí en esa época era un referente clave Mary y Carlos Cabrera que eran dos referentes de la curia, de Caritas que tenían un hogar de tránsito, que fue nuestra primera casa de medio camino si vos querés, ahí se formaron operadores, personas claves en poder construir con otro que no sea únicamente gente del equipo. Fueron clave muchos de los referentes que hubo en el afuera, digamos, que no pertenecían al equipo y eran parte del equipo... esas son personas que construyeron también. Te daban aliento, eran tus compañeros de recorrida. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

El trabajo de concientización se volvió parte importante de la tarea asumida por los trabajadores de salud mental y para ello se recurrió tanto al envío de notas a las autoridades, como a realización de un programa radial o la participación de entrevistas periodísticas. Una tarea que se sostuvo en el tiempo:

Para sostener el proceso son 15 años, es mucho, realmente, porque hasta el último momento en que yo estuve en la provincia había que mantener la actividad, una lucha cotidiana para que se sostuviese la desmanicomialización. No es que la hicimos y después nos pusimos a descansar. Fue constante. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Es así como se fueron estableciendo nuevas redes o se logró resignificar las existentes para imponer sentido y modificar los campos de fuerzas en disputa. Para lograr una cierta acumulación de poder que permitiera los cambios fue necesario “reunir voluntades” e ir constituyendo vínculos políticos para ubicarse como “interlocutor privilegiado” (Belmartino y Bloch, 1994).

Los actores involucrados buscaron la forma de incluir sus objetivos dentro del Programa de Salud Mental y también de utilizar a su favor las reglas institucionales en el momento de promover la legislación de sus prácticas. Para ello, utilizaron la trama institucional existente para influir sobre los demás actores políticos que interactuaban en ella y para generar el consenso necesario para alcanzar sus propósitos (Belmartino, 2008). Las instancias de debate generadas, así como el acercamiento personal a los legisladores que debían decidir sobre la norma propuesta, fue el factor decisivo a la hora

de establecer alianzas y sumar adherentes al proyecto. De esta capacidad para establecer nuevas reglas de juego y alcanzar acuerdos estables a través de una ley que permitiera legalizar las prácticas nos ocuparemos en la quinta parte de esta investigación.

Quinta parte

El valor de la palabra escrita: ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental

“...es nuestro objetivo hacer de Río Negro la gran provincia de las libertades públicas e individuales y los derechos y los valores humanos...”

Del mensaje del gobernador de la provincia de Río Negro, Osvaldo Álvarez Guerrero, en el acto de toma de posesión del cargo, 11/12/1983

El próximo y más importante logro será la sanción de la ley 2440, la primera ley integral de Salud Mental del país, implementada en 1991, que reemplazó la estructura de manicomio por un sistema de salud mental comunitario. Para lograr su tratamiento y aprobación en la Legislatura fue necesario realizar un trabajo político.

Hacíamos un trabajo con el Ministro, con los Directores de hospital, con los Directores de las zonas sanitarias, con los concejales, con los diputados... Eso también era parte de nuestro trabajo, no solo lo psicoterapéutico. Y ahí hubo una aceptación de estas propuestas, por supuesto que después, otros ministros, hicieron o trataron de hacer una caza de brujas, así que hubo de todo. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

La ley 2440 legalizó una práctica que, tal como lo plantea el trabajo de Pamela Collins (Collins, 2008), había confrontado a los profesionales y a la sociedad en su conjunto con el manejo de los “enfermos mentales” fuera del ámbito hospitalario y puesto de cabeza el paradigma asistencialista vigente hasta ese momento. Porque, del mismo modo que lo expresó Kuhn en relación a los paradigmas científicos, cuando un modelo hegemónico deja de ser válido para acercar soluciones o formular cuestiones, empieza por ser cuestionado y revisado y termina siendo abandonado (Kuhn, 2006). Y, aunque no se puede decir que haya sido abandonado, el paradigma “manicomial” empezó a ser cuestionado en todo el mundo desde los años 50.

Ya en 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) había emitido la Declaración de Caracas en la que proponía la supresión progresiva de los establecimientos psiquiátricos e incentivaba las iniciativas que propiciaran la constitución de una red integrada de servicios de Salud Mental, basándose en el consenso existente acerca de

que el encierro institucional debiera ser el último recurso de intervención (Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010). Entre otras experiencias en el mundo, la iniciada por Franco Basaglia en los años 70 es la más citada en relación con el proceso rionegrino.

En el 89, habíamos ido [a Italia] para ver los servicios, hicimos una recorrida por prácticamente todos los servicios italianos, pero sobre todo en Trieste que era el corazón de la reforma italiana y donde la ley 180 tenía un peso enorme. Pero la verdad que nosotros no se nos hubiera ocurrido hacer una ley previa al desarrollo de los servicios (...) Nosotros ya teníamos el avance de los servicios, cuando fuimos a Italia el hospital psiquiátrico se había cerrado.

(...) yo creo que eso nos impregnó bastante. Este tema de que una ley podía fortalecer mucho el proceso, porque ya nosotros estábamos en la época del menemismo y ya habíamos empezado a tener algunos impactos (...) así y todo siempre temíamos que instituir el proceso le quitara esta militancia, esta mística, esto artesanal de alguna manera que tenía y que fue realmente un motor enorme. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Al impulsar la promulgación de una ley, los impulsores de la reforma en Salud Mental de Río Negro intentaron no solamente legalizar lo que ya se venía realizando, sino establecer nuevos paradigmas en el tratamiento de las enfermedades mentales. En primer lugar, la nueva norma dejó de llamar a los pacientes como enfermos o pacientes, para nombrarlos como “personas que sufren padecimiento mental” o directamente usuarios del sistema:

Por eso decíamos usuarios que, al principio parecía un término muy menemista, pero era porque él tenía derecho a usar el servicio que tenía, porque era de él. No era ni mío, era un servicio que el Estado otorgaba, pagaba, para su beneficio, no para beneficio de terceros o la comodidad del otro. Era algo que él tenía que saber usar y saber usarlo es conocerlo. Es poder manejarse en este sistema. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

La ley no hablaba de enfermedad sino de crisis, crisis que debe ser tratada en comunidad sin perder los lazos sociales y tratando de rescatar los recursos de salud que existen en todas las personas. De acuerdo a los nuevos lineamientos, la hegemonía médica era reemplazada por equipos conformados por psiquiatras, psicólogos, sociólogos, operadores de salud e integraba a familiares y pacientes dentro de las estrategias terapéuticas.

El aspecto más polémico del programa era la prohibición de asilos públicos o privados que no se adecuen a la ley. Para ello establecía la internación como último recurso y con el objetivo de reinsertar al paciente en la comunidad, como una forma de protección contra los abusos producto del encierro. Quienes se oponían a la ley, consideraban que se trata de una medida extrema y potencialmente peligrosa, que obliga a la comunidad y

a los profesionales a confrontar con el manejo de pacientes con enfermedades mentales graves.

Al dar a publicidad su promulgación, el gobernador Horacio Massaccesi expresó que “es esta una de esas leyes que dan sentido a la democracia (...) construcción colectiva que se nutre de las prácticas en diversas regiones de una extensa geografía”³³. Democracia, compromiso, resultado de una práctica, participación: son definiciones que aparecen tanto en el Anteproyecto de ley, presentado en la Legislatura de la provincia en noviembre de 1989 (como un proyecto del ejecutivo que contaba con el acuerdo de ministros), como en la ley sancionada en septiembre de 1991 y promulgada por decreto 1466 (Boletín oficial 909) en 1992.

El Anteproyecto

El “Anteproyecto de ley: Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental” (Consejo Provincial de Salud Pública de la provincia de Río Negro, 1989)³⁴ había sido elaborado en Viedma por el entonces Jefe del Departamento de Salud Mental del Consejo Provincial de Salud Pública, Hugo Cohen, con el asesoramiento jurídico de Horacio Yamandú Joulíá, abogado asesor y miembro de la Asociación por los Derechos Humanos (APDH) de Viedma. A su elaboración se sumó también Cecilia Vissio que tenía capacitación en psiquiatría forense (Cohen y Natella, 2013:90).

El documento había tomado como referencia una propuesta formulada, a pedido del Superior Tribunal de Justicia, por Luis Silva Zambrano, Juez de la Cámara en lo Criminal y Correccional de Roca. Dicha propuesta tenía como finalidad atender las responsabilidades del Poder Judicial en relación con las posibles implicancias del tratamiento de algunos casos referidos a pacientes de salud mental y su articulación con el código civil y penal. Esta propuesta será citada como antecedente en la presentación del Anteproyecto que ingresará a la Legislatura. Cohen recuerda que:

³³ “Carta abierta”, Horacio Massaccesi, gobernador, diciembre de 1992, en *La desmanicomialización en Río Negro. Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental*, Gobierno de la provincia de Río Negro, Biblioteca de la Legislatura.

³⁴ De ahora en más nombrado como Anteproyecto.

Con Silva Zambrano nos reunimos varias veces, él estaba en Neuquén, muy buena persona. Él entendía, otra sorpresa para mí que él, funcionario de la justicia, escuchara esto y pudimos avanzar bastante con ese proyecto, pero quedaban algunas cosas básicas sin modificarse de su proyecto. Ellos lo presentaron, creo, a la Legislatura. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

El Ministerio de Salud le encomendó a Cohen que revisara esta propuesta del Poder Judicial que iba a ser presentada como proyecto de ley. En su evaluación encontraron que, aunque el proyecto de Silva Zambrano trataba de superar el modelo tradicional, proponía legislar sobre situaciones que tenían más que ver con la excepción que con los casos más habituales. Además, no contribuía a la recuperación del paciente al no superar la instancia del encierro y la exclusión (Cohen, 2006).

La ley se discutió y nos favoreció que teníamos clarito lo que no queríamos y eso fue lo que salió en la ley y no hay ni mucho para discutir porque si alguien planteaba hegemonía o alguien planteaba encierro o exclusión social, no entraba (...) la ley no salía si el poder judicial la rechazaba, ¿cómo hacíamos en esos años, en 1990, para que la corte de la provincia aceptara una ley que plantea trabajo en la comunidad, que no haya manicomios, limitar el encierro solo para ocasiones como una estrategia? Cómo hacer cuando la creencia popular era el loco hay que encerrarlo, que es peligroso. (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 25 de noviembre de 2020)

Se constituyó entonces una comisión conjunta de salud y justicia que no acordó sobre el contenido por lo que finalmente se presentó la propuesta del Departamento de Salud Mental con algunas modificaciones fruto del intercambio con la comisión de Justicia, pero sin alterar los principios. Según explicaron sus autores en el informe presentado, “se complementó, modificó y nutrió con la participación de los trabajadores de la salud y los aportes de instituciones políticas, sociales, gremiales, científicas, culturales, religiosas y otras propias de nuestra comunidad”³⁵. Así lo expresa Cohen:

Entonces yo consulté [a quien] viajaba periódicamente a Río Negro como funcionario del Ministerio de Educación, pediatra de las Abuelas de Plaza de Mayo, Norberto Liwski [quien le dice] a un proyecto solamente le puede dar pelea otro proyecto, ni informe, ni debate. Un proyecto y otro proyecto. (...) Y ahí nos metimos. Como hacíamos todo en Río Negro, si hay que hacerlo, lo hacemos. Porque había toda una pasión, una alegría, una cosa extraordinaria, y lo hicimos... yo no recuerdo si hubo un intento de adecuar un proyecto con el otro [con el de Silva Zambrano] o directamente el otro se desechó. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

El Anteproyecto del Departamento de salud mental fue elevado al Poder Ejecutivo que lo presentó como propio para su tratamiento en la Legislatura como Proyecto de ley N° 326/1989, dando inicio al expediente el 4 de diciembre de ese año. Una semana después

³⁵ Ley de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental (Ley N°2.440), en <https://web.legisrn.gov.ar/digesto/normas/documento?id=1991100003&e=DEFINITIVO>.

ingresó a la Comisión de Asuntos Sociales de donde salió ocho meses después con fallo dividido (Sitio de la Legislatura).

Paralelamente, en julio de 1990, el Anteproyecto fue presentado en las *IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, en Buenos Aires. Aunque no hemos encontrado disponible documentación que detalle dicha presentación, el programa de las Jornadas registra que se llevó a cabo en el Aula Magna y estuvo a cargo de Hugo Cohen.

En la nota introductoria del Anteproyecto se realiza una enumeración de todos los trabajadores que “hacen posible la presente propuesta” (en este apartado, a menos que se indique lo contrario, los entrecomillados se corresponden con la versión del Anteproyecto disponible en el ACPSM) y detalla, en la mayoría de los casos nominalmente, a asistentes sociales, enfermeros, psiquiatras, psicólogos, agentes sanitarios, terapeutas ocupacionales, mucamas, psicopedagogos, choferes, pacientes coordinadores de grupos de alcoholismo y los equipos de salud de diferentes hospitales de la provincia. Entre ellos se encuentra el grupo de quienes llevaron adelante la propuesta y no pocos de quienes más tarde se volverían fuertes críticos de la iniciativa.

Luego de este pormenorizado listado, se exponen los motivos para llevar adelante la propuesta entre los que se destaca la necesidad de contar con una ley que permita seguir avanzando en la tarea que se viene desarrollando desde “el advenimiento de la democracia”, considerando que es imprescindible contar con una normativa que permita consolidar el trabajo de atención ambulatoria y reinserción social, así como profundice la transformación del servicio de salud ya iniciada. Se plantea la necesidad no solo de “cubrir un vacío legal” sino de modificar conductas y prácticas instaladas respecto al tratamiento de la locura. No es un dato menor la necesidad expresada de contar con recursos humanos y económicos para sostener una práctica que, hasta el momento, se venía manteniendo fundamentalmente con el esfuerzo de los trabajadores que con grandes dosis de voluntarismo llevaron adelante este emprendimiento del que se muestran orgullosos y que colocan a la provincia en un lugar de avanzada en el campo de la salud mental. De acuerdo a lo enunciado, el trabajo diario ha demostrado que los cambios no solo son posibles sino necesarios.

Lo que se identifica como *de avanzada* es, justamente, la propuesta de transformar la atención de tipo manicomial-asistencial por una política de contención y promoción social. Para ello, se propone “rescatar los recursos de salud presentes en las personas”, tomando como referencia aquella concepción de salud mental que enfatiza que es posible para un individuo afrontar y superar las crisis a través de cambios en su persona, pero también en el entorno social que lo rodea.

Es en ese espíritu que el Anteproyecto comienza proponiendo la modificación de varias definiciones propias de la atención de personas que padecen una enfermedad mental, comenzando justamente por la definición de enfermedad mental, de locura. Admiten la complejidad del tema y el cambio constante que, incluso en el ámbito internacional, sufre la clasificación de enfermedades mentales. Pero, basándose en estas nuevas clasificaciones y apoyándose en la experiencia realizada en Río Negro y en otros países, es que proponen estos cambios que van más allá de la semántica para instalarse como una verdadera revolución de los enfoques diagnósticos y terapéuticos. Con el firme propósito de desmitificar la locura y con la convicción de que todo ser humano puede sufrir y superar una crisis es que proponen transformar la denominación de *locura* por *sufrimiento mental* y la de *enfermedad mental* por *crisis*, lo que implica aceptar que cualquier persona puede sufrir este tipo de contingencias y que es un estado que puede modificarse sin dejar en quien lo padece un corolario de estigmatización y etiqueta diagnóstica. Sobre el tema de las denominaciones, enfatiza Jerez que:

La palabra sufrimiento mental... de los que vienen a verme a mí ninguno está contento de verme a ver, como ningún paciente está contento de ver a ningún médico. O sea, contento no está, viene porque padece algo, porque algo está sufriendo y si padece algo es porque sufre... ¿Me pueden explicar por qué sufre la persona el dolor físico en una pierna cuando alguien se la quiebra y no cuando alguien se quiebra la cabeza? ¿Cómo le hago entender a los otros colegas que esa persona está sufriendo lo mismo que su paciente al que le da un calmante? (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

También en ese sentido, el Anteproyecto propone erradicar los conceptos de *peligrosidad* y *cronicidad* aplicados a los padecimientos mentales y que solo contribuyen a la reclusión del sufriente sin contribuir a su recuperación. Este aislamiento solo produce una nueva enfermedad, “el hospitalismo”, que agrava la situación del sufriente aislándolo de su familia y su entorno.

A fin de argumentar a favor de las mencionadas modificaciones, el documento refiere a los adelantos científicos que, en materia farmacológica, psicoterapéutica e inclusive de legislación social, se han venido dando en diversos lugares del mundo haciendo particular hincapié en la experiencia italiana y mencionando tratados internacionales como el Pacto de San José de Costa Rica que, en materia de derechos humanos, estableció nuevas normas jurídicas que no se compadecen con la forma actual de atención en los servicios de salud mental. En el caso de Italia, se menciona que, desde el año 1978, cuenta con la ley N° 180 que no sólo abolió los manicomios, sino que modificó el criterio de peligrosidad, así como eliminó la etiqueta de enfermedad mental.

Pero la principal argumentación se basó en el trabajo realizado en los pasados seis años gracias al compromiso de los trabajadores de la salud que participaron de este proceso de transformación adquiriendo herramientas terapéuticas y técnicas en el propio desarrollo de la tarea. Recuerdan que, en 1983, la estructura asistencial específica en el área se concentraba en el hospital de Allen que contaba con 120 camas y con el 90% de los recursos humanos disponibles para la atención de la salud mental. Desde el inicio de este proceso de cambio se han ido dando pasos que permitieron evolucionar desde esa concentración inicial hacia la atención descentralizada a cargo de equipos en la mayoría de los hospitales de la provincia y de la creación de un equipo de intervención en crisis. Esto ha permitido disminuir en un 70% las derivaciones a la ciudad de Allen, así como los tiempos de internación.

Entre la bibliografía citada en el Anteproyecto, figuran no solo los documentos, artículos y libros escritos por varios de quienes revistan o han revistado en el equipo de salud, incluyendo los de Carlos Cornaglia y Jorge Pellegrini, sino de la Comisión mixta para la elaboración de un anteproyecto de ley de salud mental que se formó en Córdoba en 1987, las conclusiones y recomendaciones que surgieron de dos seminarios realizados en la provincia de Río Negro por agentes de los poderes legislativo y judicial junto con trabajadores de salud. También se tomaron en consideración las publicaciones de la Organización Mundial para la Salud y de la Organización Panamericana para la Salud, así como de los planes de Salud provinciales elaborados en los años 1983, 1986 y 1989.

El texto detalla que, desde 1983 hasta el momento de la elaboración del Anteproyecto, se fueron dando numerosos pasos en pos de esta reforma que incluyeron la elaboración de lineamientos para toda la provincia, la conformación de diferentes equipos de trabajo, la realización de concursos para incorporarse a los diferentes servicios y un intenso trabajo de capacitación no solo del personal en principio destinado a la tarea (médicos, psicólogos, enfermeras) sino también de mucamas, choferes, administrativos, asistentes sociales y cocineros. Entre los logros más importantes se cuentan la transformación del hospital neuropsiquiátrico de Allen en un hospital general, la disposición de camas en salas comunes de los hospitales de la provincia para la internación en casos de crisis, la creación de quince grupos institucionales de alcoholismo coordinados por pacientes en recuperación y el reconocimiento de Salud Mental como la 5ª clínica básica. Sobre la interacción con el área política, dice Natella:

Como siempre nosotros decimos, hay que hacer un trabajo político muy importante, porque la política también se construye... con ese Ministro de Salud, Remigio Romera, viendo el tema del hospital psiquiátrico, su humanización tan difícil, pero que además había que abrir una red de servicios... él nos aceptó habilitar a todos los hospitales generales de la provincia, con un decreto ministerial, que se interne en todos los hospitales generales de Río Negro. Eso yo te diría que fue un hito fundante... (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Efectivamente en el Art. 16, capítulo III, de “Estructuras y Reglamento de Áreas Programa”, del Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Técnica y Programa Consejo Provincial de Salud Pública del año 1986 se especifica que “contemplando la disponibilidad de recursos locales, se deberá tender a que el 10 % del número total de camas en el hospital general correspondan para el tratamiento de pacientes mentales durante sus episodios agudos.” (Sitio del gobierno de la provincia de Río Negro)

El Anteproyecto detalla una serie de indicadores que han venido evolucionando a partir de la iniciación del programa y que han producido transformaciones de fondo: “un cambio cultural, no sin conflictos, problemas y crisis”. Explica que, entre 1985 y 1988, se produjo un significativo aumento de la demanda en consultorios externos al mismo tiempo que se resolvió el 85% de las urgencias graves sin necesidad de internaciones prolongadas. Igual porcentaje se obtuvo en la recuperación de casos derivados por la justicia. Consigna que el tiempo promedio de internación disminuyó de tres meses a ocho días y que los pacientes que pueden considerarse crónicos no superan el 0,5% de los casos.

Para alcanzar estos valores, se trabajó fuertemente en la capacitación de los agentes sanitarios y en ese sentido se formaron equipos de salud en 20 de los 26 hospitales de la provincia y se entrenó al 25% de las enfermeras para la contención de pacientes en crisis. Además, se incorporaron a las prácticas de salud docentes, referentes comunitarios, vecinos, policías y a todos aquellos que participan del entorno social de los pacientes, ya que la recuperación de los vínculos sociales es parte imprescindible de la rehabilitación o reinserción del sufriente. Con respecto al trabajo fuera del consultorio, dice Ingold:

Los agentes sanitarios siempre estuvieron presentes en el sistema de la salud, desde los años 70. Pero no desde la mirada de salud mental. La mirada de salud mental estaba referida más a la cuestión del consultorio solamente, con el psicólogo solamente. Era impensado que una entrevista psicológica pudiera ser con la familia o con una trabajadora social. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Se crearon también equipos de intervención o patrullas que funcionan como apoyo en parajes rurales o lugares que no contaban con equipos propios para la atención de crisis. En estos años se llevaron a cabo dos encuentros provinciales con la participación de 400 personas de 22 localidades, reuniendo agentes de los ámbitos legislativos y de la justicia además de trabajadores de salud mental.

Los autores aseguran que la reforma propuesta implica una alternativa terapéutica que ha sido convalidada por la praxis previa que necesita ser consolidada con un refuerzo de recursos humanos y económicos. Sin embargo, enfatizan que los costos necesarios para llevar adelante la propuesta son inferiores a los que utilizan las terapias tradicionales y son de escasa magnitud en el conjunto del presupuesto destinado a salud. La reforma no requiere equipamientos especiales y la inversión se concentra en reforzar una propuesta de tipo comunitaria y de promoción de la salud enfocada a pequeños centros de prevención, tratamiento y rehabilitación que estarían ubicados en la estructura ya existente de hospitales de área programa. Estos dispositivos tienen, de acuerdo a la experiencia en otros países, un costo muy inferior al mantenimiento de instituciones monovalentes, como son los neuropsiquiátricos o manicomios. La Organización Mundial de la Salud postula que esta alternativa terapéutica disminuye costos en lo que hace a gastos en días de internación y por utilización de psicofármacos. Otros factores que pueden influir positivamente en el aspecto económico lo constituyen la posibilidad

de reinserción en el mercado laboral de los pacientes, la disminución del ausentismo en los casos en los que se conserva el trabajo y la creación de alternativas productivas de tipo cooperativo.

Los recursos que se solicitan servirán para fortalecer servicios que ya están funcionando, para continuar con la tarea de capacitación y actualización de conocimientos, para fomentar y organizar la participación de la comunidad y para reforzar las redes sociales de ayuda mutua que ya existen en las diferentes localidades. Conscientes de la necesidad de atender circunstancias especiales que tienen lugar en la atención inicial de determinados casos, consideran que, bajo el marco teórico-práctico que se propone, es inconveniente la creación de instituciones monovalentes para la internación y estiman que no serían más de 8 o 10 entre los casos que se atienden los que necesitarían de un sector específico de internación bajo custodia en el primer momento de la crisis.

La presentación hace hincapié en que las estadísticas provinciales y nacionales demuestran que lo inconveniente es la institución monovalente, porque la dinámica manicomial no depende del tamaño de la institución, sino de la función que se le asigna. En el libre juego de la oferta y la demanda, indefectiblemente un espacio de internación produce internaciones, dándole sustento institucional a la marginación. De acuerdo a estudios europeos, las ocasiones de violencia son diez veces más frecuentes en lugares de encierro que entre pacientes resocializados.

Los argumentos a favor de la propuesta remarcan que este es un proceso lento que requiere de un fuerte compromiso de los equipos de salud y de coraje político para revertir conductas arraigadas en la ignorancia y el prejuicio. El cambio que se propone trata de reforzar la solidaridad presente en la comunidad, reconociendo un carácter particular y único a cada individuo y a sus circunstancias.

En relación con los pacientes derivados judicialmente, el escrito expresa que suele confundirse el alta médica con el egreso dispuesto por el juez, atendiendo solo al aspecto negativo de la condición del paciente. Su peligrosidad no es algo que pueda determinarse en base a su condición de paciente. La marginalidad, la miseria, el abandono, la falta de trabajo o la frustración pueden llevar a una persona al alcoholismo

o al delito, por lo que es necesario modificar todo el contexto que rodea al sufriente mental. También ponen de relieve la selectividad social a la hora de aplicar medidas de seguridad, donde la calificación de peligroso se aplica a personas en condiciones de marginalidad socioeconómica y que se llama tratamiento a lo que es, en realidad, un castigo. Con respecto al contacto con los jueces, señala Cohen:

El Dr. Eduardo Cárdenas, que era otro [jurista] que yo consulté, del juzgado de familia N°9 de la justicia nacional, que era el primero que tuvo una mesa en su despacho para sentar a la familia cuando venía con conflictos o con violencia. Hace 40 años cuando la cuestión de violencia familiar no existía como política de estado. Era un hombre muy bueno y una de las cosas que me dijo fue “vayan con los pacientes ante los jueces, porque los jueces no vemos personas, vemos papeles”. Y eso fue extraordinario, porque nosotros nos dábamos cuenta de la transformación que se producía en los jueces. ... hasta hubo casos que nos decían bueno, que pase el paciente y el paciente era la persona que estaba sentada al lado de nosotros, no lo podían creer. Ellos tenían la imagen del loco que estaba todo furioso, sucio, desgredado, que gritaba... (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Por todas estas razones, se propone la aplicación de una “estrategia terapéutica global” que contemple la reinserción comunitaria como el fin a alcanzar y donde los plazos de internación, considerada un último recurso, sean fijados conjuntamente entre el Poder Judicial y el Consejo de Salud. Esta internación concertada y que se corresponde con lo mínimo indispensable para el primer momento de la crisis puede realizarse en pequeños espacios que podrán ser determinados y reglamentados por la ley.

La propuesta de reforma hace hincapié en los beneficios de la reinserción laboral, dado el carácter terapéutico del trabajo que es un derecho y no una concesión hacia el sufriente mental. Se pone como ejemplo a Italia³⁶, donde las cifras demuestran que la inversión aplicada a la resocialización, hace disminuir el gasto en psicofármacos y que también los niveles de violencia disminuyen cuando se cuenta con centros comunitarios que reciban y acompañen a los pacientes y esto es porque la mejoría depende también de la obtención de derechos.

Por todo lo expuesto, argumentan que el anteproyecto que se propone convertir en ley posee un sentido fuertemente humanista que va más allá de las pertenencias partidarias o de sector. Quiere contribuir a la construcción de una sociedad más justa “tomar al hombre de la mano y llevarlo por la calle”, tal como proponía Basaglia. Los autores se

³⁶ Los autores hacen referencia al trabajo de Giovanna Gallio, M. Gianchedda, D. Mauri y Ota De Leonardi, *La libertà e terapéutica*, Milán, Feltrinelli, 1983.

reconocen como trabajadores de la salud y se proponen como garantes de la propuesta. Es en ese contexto que enuncian que “ante el riesgo de los excesos por el control social elegimos el riesgo de la libertad” (Anteproyecto, copia en ACPSM).

El debate

El proyecto de ley había sido presentado en la Legislatura de Río Negro en noviembre de 1989, entrado por la Comisión de Asuntos sociales y, ya en 1990, pasa a la de Asuntos constitucionales y legislación general de donde es enviada a Presupuesto y hacienda en febrero de 1991. El proyecto iba a ser tratado en sesiones extraordinarias convocadas para ese mismo mes, pero debió suspenderse por falta de quórum (Versión Taquigráfica de la Reunión XXIII, 3ª Sesión Extraordinaria, 19º Período Legislativo, 26 de febrero de 1991). El digesto de la Legislatura registra que, dos días más tarde, el 28 de febrero, el expediente caduca y pasa a archivo (Sitio de la Legislatura para consulta de proyectos de ley). Cohen tiene su propia teoría al respecto:

El expediente “se pierde”, imagínate nunca se pierde. Era el expediente de un gobernador, es una desautorización muy grave. Yo tengo mis hipótesis que no se perdió, que lo perdieron... [cuando se vuelve a presentar] Es el mismo proyecto y eso también es una cosa meritoria, porque generalmente un gobernador que es desautorizado de esa manera, chau no lo manda más... Massaccesi lo volvió a presentar, tenía unos asesores muy progresistas. Yo me acuerdo que me tenía que sentar con su equipo de asesores y explicarles esto, imagínate... ellos tenían derecho a decirme “Hugo vos estás medio loco, de dónde sacás esto” “no esto va a traer un quilombo bárbaro en la provincia, ¿te imaginás cuando le presentemos esto al gobernador?”, [pero] no, era gente que se convencía y después argumentaba. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Con un nuevo número de expediente (98/1991) el proyecto entró para su tratamiento en junio de 1991, junto con notas de apoyo de la Asamblea Permanente de Derechos Humanos de Capital Federal y del Ministerio del Interior de la Nación. En una nota aparecida en la revista *Parlamento* se anunciaba que el denominado proyecto de ley de Salud Mental apunta, fundamentalmente, al cierre del manicomio y a la creación de una norma legal que consolide el trabajo de atención ambulatoria, así como la reinserción social de las personas que padecen sufrimientos mentales. Agregaba que, en el mes de mayo, la Comisión legislativa de Asuntos Sociales había convocado a todos los sectores vinculados al tema para realizar una amplia consulta y conocer la opinión no solo de los autores del Anteproyecto, sino de todos los que trabajan en Salud Mental y que “nadie

dijo sí al manicomio” (“Rehabilitación vs manicomio. Nuevas perspectivas para la Salud Mental”).

Los legisladores se reunieron con el responsable del Departamento de Salud Mental:

Cohen habló con nosotros. Hizo un trabajo formidable de sensibilización con el tema. Yo era un tipo, quizás por mis lecturas y por mi perfil ideológico, si se puede decir, afín a esta posición de política de salud mental que la provincia ha seguido. Pero tampoco te voy a decir que era un especialista en el tema ni un lector profundo. De todas maneras, esas simpatías ideológicas creo que tienen mucho que ver (...) había tenido experiencias académicas y políticas que me habían acercado a esas lecturas y a esas perspectivas (...) estaba absolutamente convencido, y en esto confieso la ingenuidad, de estar convencido de estar quitando ladrillos de la pared. Siguiendo la idea de Foucault de muros... (...) muros que la dictadura había exaltado hasta el paroxismo, [por eso] lo que teníamos que hacer como gobierno democrático era destruir, derruir esos muros. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

Jorge Douglas Price era por entonces legislador por el Alto Valle Centro y había sido, hasta el momento de renunciar para presentarse como candidato a diputado, Ministro de Trabajo de la provincia. Se trata de alguien con una importante carrera académica, docente de la Universidad del Comahue, y que, años después, se desempeñaría como juez, primero en el ámbito laboral y luego de la Cámara Civil. Su carrera política se inició con la llegada de Osvaldo Álvarez Guerrero a la gobernación:

Osvaldo, un gran intelectual, también un bicho raro en la política, en muchos sentidos, por la honestidad personal y por una visión claramente ideológica del gobierno y de adónde quería llevarlo en cada área. Y te digo con una buena dosis de orgullo de haber pertenecido a ese gobierno por cómo fue él. Esa visión hacia dónde quería llevar la sociedad y el gobierno y que en cada área esto se manifestara, porque esto que tenés en la política de salud mental [también se ve en] la ley de trabajo extramuros que era el análogo de esta política de salud mental que, dicho sea de paso, ya estaba Cohen desarrollando. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

De acuerdo al diario Río Negro en su edición del 2 de julio, “desde las 17 se reúne la legislatura” para analizar una serie de iniciativas, entre ellas la Ley General de Educación y la de Salud Mental. Aunque faltaba definir el orden del día, explica que se consideraría en particular la Ley de Especialidades Médicas aprobada en general el 30 de abril, se analizaría el proyecto de Ley de Colegiación médica, el de Salud Mental, la declaración de emergencia en la línea sur, la Ley de Educación, eximiciones al impuesto a los ingresos brutos y el régimen provincial de hidrocarburos. Añade que aún persistían diferencias entre las bancadas respecto de temas tales como la desmanicomialización y con respecto a la legislación sobre escuelas industriales (Diario Río Negro, 2/7/1991).

Hay que recordar que Río Negro, como Neuquén como la mayoría de las provincias nuevas son unicamerales, no hay senado. El trámite, por esto mismo, suele ser más sencillo. En la Legislatura ingresa el expediente y pasa por una serie de comisiones que se van a ir expidiendo sobre sus distintos aspectos. La que suele ser definitiva, porque todos los expedientes van a parar a ella, es la de Asuntos Constitucionales porque lo primero y lo último que hay que corroborar es que la ley no contradiga ni la constitución provincial ni la nacional. Yo no recuerdo que hubiese en las comisiones problemas. Como la política de salud mental la impulsaba el radicalismo en el gobierno y el bloque era un bloque sin disidencias, obviamente, las teníamos en algunos temas, pero no en este, yo no recuerdo en mi bloque una voz disonante. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

El Diario de Sesiones N°5 que recoge la 4ª reunión ordinaria de la Legislatura, presidida por Pablo Verani, aprueba en general el proyecto de “Ley de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental”. Se aclara que los fundamentos se expondrán durante el tratamiento en particular. El proyecto fue aprobado en general por todos los bloques con excepción del Partido Provincial Rionegrino. Por dicha fracción expuso Castro Ares, médico de Choele Choel y representante del Valle Medio y argumentó que “aunque coincide totalmente con el espíritu de los legisladores que han trabajado en la institución que pretende crearse con esta ley, en el criterio evaluatorio de la situación de la psiquiatría en la provincia, en la promoción de los trabajadores de salud mental, en la recuperación de los enfermos mentales y su reinserción”, se opone a la instrumentación que propone el proyecto (Versión taquigráfica de la Reunión V, 4ª Sesión Ordinaria, 20º período legislativo, 2 de julio de 1991).

Ya antes de que el proyecto ingresara a la Legislatura y también durante el tiempo en que se debatió, los equipos de salud mental trabajaron para que la ley fuera aprobada:

Todos teníamos alguna afiliación o conocidos de... y era donde teníamos que buscar nuestros aliados y nuestras estrategias. Yo tenía en el servicio una persona que es invaluable lo que trabajó para la ley que era Betty Farías, que era la enfermera que se pasó del quirófano y es el día de hoy que me jubilé y todavía me lo reprochaban que como les había sacado la jefa del quirófano... fue una persona con una representación social... ayudó a parir desde el vicegobernador hasta el último del barrio Lavalle, no había nadie que no la conociera, vos ibas con Betty y te abrían todas las puertas a todas las casas, tenías una habilitación. Porque además ella el nivel de compromiso que ha tenido siempre con el desarrollo del proyecto y con el desarrollo del programa, era invaluable. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

El 11 de septiembre de 1991, la Legislatura de Río Negro inició el tratamiento en particular de la llamada ley de Salud Mental que fue más tarde promulgada como “Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental” bajo el número 2440.

Por el bloque del gobernante partido radical, el proyecto de ley fue presentado por Remigio Romera, médico sanitarista que representaba a la región del Alto Valle Centro en la Legislatura:

Remigio Romera que había sido Ministro de Salud en el período anterior y había impulsado la política. Él fue el miembro informante en la cámara y luego Palito [Ángel Cayetano] Arias y yo fuimos los dos que intervinimos en el debate por el bloque de manera acordada porque nos interesaba el tema, teníamos posición más que tomada sobre el tema. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

Romera expresó que se trataba de uno de los planes más importantes que, en materia de salud, se habían tratado desde el advenimiento de la democracia y destacó que el proyecto era “profundamente antiautoritario” de un contenido y compromiso ideológico con la democratización de una sociedad “que necesita de la plenitud de la libertad y de la democracia” para lo que es necesario modificar “atavismos medievales” (las citas textuales se corresponden con la versión taquigráfica de la sesión obtenida en la Biblioteca de la Legislatura de Río Negro en noviembre de 2011). Pero, aunque uno de los propósitos de la ley es acabar con “los vulgarmente llamados manicomios”, no es este el único objetivo ni el más importante. Agregó que, de hecho, “el último manicomio de Río Negro fue cerrado el 25 de noviembre de 1989 y transformado en un excelente hospital general”. Repitiendo un concepto que ya había sido ampliamente utilizado por los gestores de la reforma, Romera remarcó que dicho cierre constituyó un hito que, en lo referente a la política de salud, implicó un cambio de era y que fue el corolario de un proceso iniciado en 1983. El legislador, que era Ministro de Salud al momento del cierre del Neuropsiquiátrico de Allen, recordó que, en ese momento aparecieron serias resistencias en los vecinos representadas en denuncias y cartas de lectores a los medios periodísticos.

Un repaso de las notas publicadas por el diario *Río Negro* muestra que las “denuncias” y cartas de lectores mencionadas por Romero aparecieron al mismo tiempo que numerosas notas relacionadas con el área de Salud Mental, en un momento en que también había en la prensa escrita una cantidad importante de referencias a la grave crisis del área de salud provincial. El tema fue motivo, en junio de 1990, de una interpelación en esa misma Legislatura al Ministro Sarandria, ministro del área, quien debió responder por la que se entendía como situación preocupante de la salud pública

en la provincia y en la que el bloque opositor reclamó por lo que entendía como “recursos técnicos deficientes, recursos financieros que son escasos o nulos para la atención primaria, recursos de infraestructura edilicia absolutamente ineficientes e inadecuados, el recurso humano sin aliento, mal remunerado y en progresiva pérdida de su capacitación” (Versión taquigráfica de la Reunión IX, Sesión especial, 19° período legislativo, 27 y 28 de junio de 1990).

Como base de la argumentación del bloque de la UCR, el legislador Romera leyó el artículo primero del proyecto de ley al que consideró como “abarcativo de la filosofía integral del proyecto”. Explicó que transformaciones tan profundas solamente son posibles por medio del dictado de una ley que consolide la tarea que se viene realizando desde la llegada de la democracia por los trabajadores de la salud mental “que hicieron suya” esta filosofía y “la defienden con fuerza”. Afirmó que este proyecto se sustenta fuertemente en una política de derechos humanos que consideraba esencial la dignidad de las personas y evitaría que, en un futuro, algún poder autoritario intentara reinstalar los manicomios en la provincia “en nombre del orden o la seguridad”. Consideró al proyecto como el *nunca más* de la salud mental.

Tanto las palabras como el espíritu de la argumentación de Romera referían claramente a los que habían sido los arietes tanto de la campaña electoral como de los primeros años del alfonsinismo. Coincidentemente, se expresa Douglas Price:

Río Negro tuvo en esa época un impulso que yo se lo atribuyo en buena medida a esta idea que cultivó y de alguna manera eligió o se conjugó alrededor de Álvarez Guerrero que perduró por lo menos en el primer gobierno de Massaccesi y que hizo que tuviéramos en varios sectores, no solo en este, políticas destacadas. La Ley General de Educación (...) la Ley de Asuntos Indígenas, la Ley de Cultura, la creación del mercado artesanal que era una idea que en ese momento poca gente cultivaba, la política muy intensa y muy activa en lo que a mí me tocó en materia laboral. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

Las alusiones a la democracia, la participación y la defensa de los derechos humanos vuelven a aparecer formando parte de un discurso que, en el plano nacional, parece haberse diluido en medio de un nuevo vocabulario donde abundan los conceptos de eficiencia, productividad o mercado pregonados por el gobierno de Carlos Menem que iniciaba una etapa en el país que parecía ir a contramano de los preceptos que estaban siendo expuestos en la legislatura rionegrina. Liliana Ingold nos dirá, refiriéndose a la aparente incongruencia entre la aprobación de esta ley y los nuevos valores que estaban

manejándose en el año 1991, “que esta provincia siempre tuvo la particularidad de separar una cosa de otra” (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020).

En su alegato, Romera reconoció la necesidad de vencer los prejuicios y el desconocimiento que existían respecto al tema. Consideró imprescindible un cambio profundo que eliminara la asociación entre locura y “mal moral” ya que esta asociación induce a la idea de un castigo, a la necesidad de apartar de la sociedad a quien padece. Añadió que la transformación comienza por la eliminación de la palabra locura, por reemplazar la figura del loco por la de persona con sufrimiento mental. Este cambio de paradigma posibilita la transformación del abordaje tanto desde el diagnóstico, como desde lo terapéutico, restituyéndole al individuo su condición de ser social y la posibilidad de retomar su vida inserto en su comunidad. Esto implicaría una evolución profunda en el tratamiento que no había cambiado mucho desde el Renacimiento. Agregó que, aunque en la actualidad se comprendía la necesidad de proteger y amparar al enfermo, para ello se lo seguía recluyendo atendiendo más a cuestiones legales que humanísticas.

Como antecedentes históricos hizo mención a los conceptos de la OMS que, ya en el año 1959, abrieron el camino de la psiquiatría social “entendida como el conjunto de medidas preventivas y curativas que buscan adaptar al ser humano a su medio social”. Los organismos internacionales recomendaban no aislar al individuo, sino más bien comprometer a su entorno en la recuperación. Italia fue más allá y, en el año 1978, legisló al respecto. A modo de evidencia, el jefe del bloque radical dio a conocer algunas estadísticas de Italia y Estados Unidos que demostraban que eran pocos los casos de externados que habían producido hechos de violencia grave. Remarcó que estos indicadores también se habían dado en la provincia desde que se había iniciado la experiencia. Resaltó el “trabajo permanente de un equipo sólido” que viene esforzándose desde 1983 y que ha dado importantes pasos desde entonces. Opina Ingold que:

En aquel tiempo había mucha gente muy formada en los espacios de la legislatura, había médicos, sanitaristas conscientes, abogados con formación humanista. Nosotros no veníamos a proponer ningún absurdo. Creo que por eso la ley, sí tuvo sus críticas y sus quejas, pero diríamos que era una ley sostenida por el derecho y por el trabajo que nosotros veníamos realizando. (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020)

Romera explicitó que la experiencia rionegrina ya había sido reconocida a nivel nacional y citó una carta de Eva Giberti en apoyo a la propuesta. Se trata de la nota a la que tuvimos acceso en el archivo de la Coordinación provincial, donde la licenciada Giberti expresaba que el proyecto se constituye en un hecho inédito “que va a sobresaltar a más de un funcionario tradicional”. En dicha carta, que es respuesta a una amplia consulta que realizó el Departamento de Salud Mental entre especialistas, juristas y políticos al momento de preparar el Anteproyecto, Giberti felicita y se solidariza con quienes han tenido el coraje de pelear por esta iniciativa y la decisión de divulgarlo (Giberti, 1/1/1990, copia en el ACPSM). En el mismo sentido positivo se expresó el entonces juez Eugenio Zaffaroni que encuentra al proyecto “francamente revolucionario” ya que propone una legislación innovadora que abriría el camino para un código psiquiátrico, con el que sería oportuno contar (Zaffaroni, 31/1/1990, copia en el ACPSM).

En cuanto a los cambios que se ya se habían concretado, el legislador Romera destacó la elaboración de una normativa provincial que incluyó el reconocimiento de salud mental como una especialidad de la clínica médica y la aprobación de una ley profesional que habilitaba a los psicólogos a concursar cargos en los servicios. Informó que esta ley, aprobada durante el gobierno de Álvarez Guerrero, se basó en una norma aprobada durante el gobierno del justicialista Mario Franco (1973-1976) que fuera derogada durante la última dictadura militar. Más allá del plano normativo, se conformaron catorce equipos de Salud mental, se crearon grupos institucionales de alcoholismo (denominados GIA) y se entrenó a cuatrocientas enfermeras en toda la provincia. Desde el comienzo de su aplicación, la “política de no internar” permitió que el 85% de los casos hayan podido resolverse sin necesidad de recurrir a la internación.

Con respecto al proyecto, Romera destacó que se lo ha sometido a la opinión de las personas e instituciones interesadas en el tema y que la propuesta inicial se ha visto enriquecida por la contribución de doce de los catorce servicios que existen en la provincia. Entre las notas de apoyo a las que hace mención el legislador, además de las ya mencionadas de Giberti y Zaffaroni, en una nota del Departamento de Salud mental de noviembre de 1990 (Cohen, Nota 159/90, ACPSM), se hace mención a las

refrendadas por funcionarios nacionales como la Directora Nacional de Derechos Humanos (Pierini, 3/7/1991, ACPSM) y el Vicepresidente de la Nación, Eduardo Duhalde (20/11/1990, ACPSM); miembros de la APDH nacional, el Obispado de Viedma (Vietti, 28/3/1990, ACPSM) , jefes de servicio o directores de instituciones especializadas como el Hospital Borda (Mendes, 16/3/1990, ACPSM) o el Neuropsiquiátrico Liniers (Kiserman, 5/2/1990, ACPSM); miembros del Poder Judicial (Echarren, 11/7/1990, ACPSM), intelectuales como Rodolfo Casamiquela o Natalio Kiserman (2/1/1990, ACPSM), expertos nacionales, como Ricardo Grimson o Sara Slepach (12/2/1990, ACPSM), e internacionales como Mario Testa, Franco Rotelli o Diana Mauri. La nota citada señala que, luego de esta ronda de consultas, y una vez que el proyecto ingresó en la Legislatura se mantuvieron reuniones con los diferentes sectores implicados en la reforma que aportaron recomendaciones y modificaciones que se fueron incorporando e implicaron cambios en 14 artículos de la redacción original. Entre los aportes más significativos se encuentran los surgidos de los encuentros con los sindicatos ATE y UPCN, en mayo de 1990, y con el Superior Tribunal de Justicia, en febrero de 1991.

Romera, muy a tono con el que fuera el discurso presidencial de Alfonsín, enfatizó los aspectos del proyecto relacionados con la defensa de los derechos humanos y con los derechos preservados en diferentes artículos de la Constitución Nacional, reflejados en las nociones de “derechos esenciales básicos”, “igualdad de derechos” y el “derecho a ser tratados como personas” aun cuando se padezca un sufrimiento mental. Algunas de sus expresiones fueron clara muestra de un intento de relacionar la plena vigencia de la democracia con el proyecto al que califica de “expresión democrática del trabajo desde el Estado y la comunidad” contrario a las anteriores prácticas autoritarias y discriminatorias. La libertad, dijo Romera, es un derecho de todos los rionegrinos, no solo “de los cuerdos” y, aunque el padecimiento sea mental, se trata de seres humanos con derecho a condiciones dignas de tratamiento y contención.

El legislador expresó que el proyecto “no es una utopía ni viene de las nubes”, sino que se basa en la experiencia de la tarea realizada hasta el momento por quienes lo asumieron “por conciencia, conducta y trabajo” y que se sostiene por algunas cuestiones

no mensurables técnica o jurídicamente como son el afecto y la solidaridad en la confianza de que estos valores existen en la comunidad y coadyuvan a la contención y recuperación de los sufrientes mentales. Entre aplausos, remató su exposición declarando que se trataba de “un proyecto de vida y de fe en la comunidad y el hombre” y que un solo éxito sería suficiente para justificarlo porque se trataba de la recuperación de “un ser humano”.

Los fundadores estaban convencidos de que “era una ley sostenida por el derecho y por el trabajo que nosotros veníamos realizando” (Liliana Ingold, entrevista personal, 4 de diciembre de 2020). Douglas Price opina que era importante convencer:

Porque imponer directamente la ley, que se tenía la mayoría suficiente, eran políticas que, ya se sabía, fracasaban. Y esto es lo que me parece fue muy sabio, sobre todo por parte de Hugo Cohen, de ese trabajo de zapa desde el interior del sistema para luego saltar hacia el sistema político. Y, en el sistema político en rigor hay que reconocerlo, él hizo el mismo trabajo, él y Graciela, él y el equipo, mucha gente. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

Por el bloque opositor, la Alianza Frente para la Victoria, hizo su presentación Ernesto Epifanio, representante del Alto Valle, miembro del Partido Intransigente y que en el siguiente período renovarían su banca, pero ya separado del bloque aliancista para integrar el bloque del Movimiento Popular. El legislador comenzó diciendo que consideraba positivo el tratamiento de una ley que le dice “no al manicomio”, pero que rechazaría el proyecto por considerarlo insuficiente.

Para fundamentar su posición hizo referencia a las objeciones de los trabajadores de Salud Mental de los hospitales de Villa Regina, Ingeniero Huergo, General Roca, Cipolletti, Cinco Saltos y Bariloche; del Colegio de Asistentes Sociales de la provincia y del Superior Tribunal de Justicia. Si bien aclaró que las objeciones de este último cuerpo fueron después consensuadas, agregó que no se modificaron aspectos observados como las definiciones de “enfermedad” y “crisis”. Epifanio explicó que el fundamento “teórico, científico e ideológico” de la oposición al proyecto presentado coincidía con las objeciones explicitadas por los trabajadores de Salud Mental de Roca. Con respecto a algunos posicionamientos, advierte Douglas Price que:

Entre algunos legisladores del PJ hubo resistencias que tal vez no eran personales, es decir sostenidas por el propio legislador sino tal vez porque en su pueblo, alguien de su pueblo se oponía, pero hasta donde puedo recordar me parece que eso progresivamente, creo que Cohen

mediante... [esa tarea de convencimiento] fue mucho más [por lo que hicieron Cohen y su equipo] que por nosotros como legisladores. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

Debido a las razones expuestas en el apartado metodológico, no hemos tenido acceso al expediente legislativo en forma completa, sino a una versión parcial digitalizada y facilitada por la biblioteca de la Legislatura. Por ese motivo, el análisis de las críticas mencionadas queda limitado a aquellas a cuyas copias tuvimos acceso, como es el caso de las notas presentadas por el equipo de Salud mental de San Carlos de Bariloche y por el Presidente del Superior Tribunal de Justicia, Nelson Echarren, ya que ambos documentos se encontraban en el ya mencionado archivo de la Coordinación provincial de Salud mental (ACPSM). Estos documentos contenían fuertes críticas al anteproyecto objeto del análisis en el momento de la presentación de las cartas (abril y julio de 1990, respectivamente).

El equipo barilochense analizó la propuesta capítulo a capítulo y concluyó que era “muy limitada y pobre” para pretender jerarquizarla como ley. Puntualmente, criticaban la falta de definiciones explícitas en cuanto a si se trata de una ley de salud mental, de una ley sobre derechos de los pacientes o si es acerca de las internaciones. También objetaban que se promovía un sistema de salud en el que no se atendían aspectos como grupos etarios, acción promocional, prevención, asistencia y rehabilitación. Otras definiciones cuestionadas fueron las referidas al término *sufrimiento mental* al que encuentran menos adecuado que otros aceptados internacionalmente como desorden o trastorno mental. En las cuestiones prácticas, planteaban que se generaban expectativas que serían difíciles de concretar por la situación económica del país y de la provincia; así como solicitaban mayores aclaraciones sobre derechos y obligaciones de los trabajadores del sector, sobre los espacios alternativos de internación y sobre la relación de los servicios de salud mental con el Poder Judicial.

Justamente el Poder Judicial, a través del Superior Tribunal de Justicia, expresó también sus objeciones luego de indicar que había sometido el Anteproyecto a un estudio multidisciplinario entre magistrados, funcionarios, asistentes sociales y médicos forenses. Aunque aclararon que se referirían solo a los aspectos de su competencia, las principales críticas iban en el sentido de cuestionar el concepto de *crisis* y al planteo de que todos los trastornos mentales pueden superarse. Para el Superior Tribunal, no se

podía negar que existen casos crónicos, así como otros son progresivos o incurables. Aunque se declaraban contrarios a la marginación y la segregación, manifestaban su preocupación frente a lo que denominaban posibles situaciones de irresponsabilidad profesional o institucional que llevarían a un eventual abandono de persona, afectando a quienes no pueden comprender plenamente la criminalidad de ciertos hechos ni controlar sus propias acciones. El informe expresaba que el Poder Judicial no podía eludir las obligaciones que le impone el Código penal, pero además no acordaban con la utilización de comisarías o alcaidías como sitios de internación, ni compartían la idea de delegar la responsabilidad del tratamiento en los familiares, amigos o la comunidad. Solicitaban asimismo soluciones más concretas que las explicitadas y rechazaban la asignación de estas cargas a terceros mientras el equipo de salud se limitaba a proponer estrategias terapéuticas, basando la recuperación del enfermo en recursos sociales que consideraban ideales e incluso difusos. Finalmente, opinaban que el documento incurría en contradicciones conceptuales y contrarias a determinadas normas para concluir que era necesaria una nueva evaluación del proyecto sobre todo de sus efectivas consecuencias.

Douglas Price (entrevista personal, 29 de julio de 2021) considera que la cultura del encierro estaba muy arraigada tanto en la población como en los miembros del poder judicial y que era entre estos últimos donde más resistencia había. Durante su entrevista Cohen nos dice que “La cultura era esa y lo que la gente aprendió era eso (...). Nosotros los teníamos que convencer de lo contrario. Las presiones eran muy grandes entonces, los jueces penales no tenían donde mandar personas que, por ejemplo, habían cometido un homicidio” (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021). Por su parte, Douglas Price agrega que:

Las personas que en el poder judicial observaban que tenían esta cuestión, sobre todo los jueces penales sobre qué hacían con los casos de esquizofrénicos o cosas por el estilo... También hay que admitir es que quizás las previsiones de la ley respecto de eso eran insuficientes, esto hay que admitirlo y creo que algo de eso se ha aprobado en los años que siguen. De todas maneras, creo, y no estoy solo en eso, fue una revolución que ha hecho bien. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

Aunque no aparece citada durante el debate legislativo, durante nuestra visita a la Coordinación Provincial pudimos acceder a una nota suscrita por la Directora de Enfermería del Consejo Provincial de Salud Pública que aportaba una visión crítica a

una parte del proyecto: en este caso el referido a la capacitación del personal que debía intervenir en la contención de la crisis. A pesar de que valoraba los cursos de formación y compartía los objetivos humanísticos de la propuesta, María Esther Panchenko se lamentaba de la incertidumbre sobre el “cómo hacer” que se generaba entre los agentes y declaraba que era imposible sostener una transformación tan grande sin un seguimiento continuo y sin la búsqueda constante de multiplicadores que pudieran llevar el conocimiento a todos los involucrados. Los talleres tenían, al entender de los enfermeros, un carácter introductorio, pero no permitían atender a todos los requerimientos de la reforma; así como tampoco era suficiente el número de enfermeros, escasos aún para atender el resto de las necesidades del sector salud. Su propuesta era que, desde la Dirección de Salud mental, se instrumentaran líneas simples y posibles de cumplir para poder dar respuestas con un equipo real y existente.

Tal como señalan Belmartino y Bloch (1994), los grupos y organizaciones que componen una sociedad disputan los recursos que les permiten acumular poder y controlar las reglas que rigen dicha comunidad. Dichas normas que regulan las organizaciones del sistema se rigen por una lógica que responde mayormente a determinadas tradiciones y costumbres que ya cuentan con cierto consenso. Es así que los actores sociales adherirán a aquellos modelos organizativos que posibiliten la realización de sus intereses. En este caso los miembros del Poder Judicial como parte de los trabajadores de salud mental presentaban sus reservas frente a un modelo que implicaba la redefinición de sus funciones y competencias.

En ese mismo sentido crítico siguió argumentando el legislador Epifanio, valorando el proyecto en cuanto a su aporte para tratar de solucionar un problema no resuelto, pero entendiendo que era necesaria una consulta más extensa y reflexiva para poder atender todas las aristas de un tema que se presentaba tan amplio y complejo. Particularmente, objetó que se eliminara la locura sin una explicación seria, argumentando que del proyecto no surgía claramente que se entendía por sufrimiento mental y eso creaba un vacío legal que dejaba la cuestión a la libre interpretación de quien aplicara la ley. Explicitó que el término elegido, *sufrimiento*, no abarcaba el conjunto de la

problemática y aunque la inclusión de la noción de *crisis* fuera válida, no implicaba necesariamente que la práctica clínica se agotara en la atención de la crisis.

Epifanio coincidía con el objetivo del cierre del manicomio, pero consideraba que lo central era estudiar si el manicomio es causa o consecuencia. Históricamente, argumentó, los manicomos constituyeron instituciones que permitían llevar a la práctica, mediante la marginación y el ocultamiento, la construcción ideológica que justificaba la estigmatización de quienes cuestionaban o desorganizaban el orden social que había traído consigo la revolución industrial. Etiquetando al diferente como peligroso, incurable o impredecible, se justificó su encierro. Reflexionó sobre la necesidad de modificar esa representación social, requiriéndose transformaciones profundas tanto en el ámbito sanitario, como en el educativo, el de las comunicaciones, el judicial y el institucional, siendo imprescindible consolidar el proceso a través de diferentes etapas para que “no nos pase como en Italia donde los pacientes vagan por las calles”. Además, consideró necesario encarar diferentes aspectos del problema y no simplificar la discusión reduciéndola a si se está con el manicomio o contra él. Especificó que no es solo la institución manicomial la que cronificaba al enfermo, sino también el discurso y la conducta de la mayoría de los actores estatales y de la sociedad toda y alentó a no descuidar “los mecanismos cotidianos generadores de locura”.

En la argumentación de Epifanio podemos observar que en proyectos de reforma como este. los actores responden a dinámicas complejas que no implican necesariamente defender modelos antagónicos, sino la discusión sobre la forma de implementación o el planteo de dudas sobre la factibilidad de su concreción. Dado que “los modelos organizativos en debate se definen fundamentalmente en referencia al Estado” (Belmartino y Bloch, 1994: 370) y el estado provincial presentaba muestras de una situación económica que no parecía garantizar los recursos necesarios, parece razonable que muchos dudaran del cambio propuesto sin que esto significara necesariamente el cuestionamiento ideológico del modelo.

El legislador consideró un error eliminar el concepto de enfermedad ya que, de acuerdo a grandes estudiosos como Pichón Riviere, la enfermedad es un proceso socialmente determinado y, como tal, implica el reconocimiento de necesidad y responsabilidad

compartidas por la comunidad. Continuó su argumentación diciendo que, en este sentido, salud y enfermedad se implicaban mutuamente y no se excluían y que locura, enfermedad mental, crisis, sufrimiento mental eran nociones que referían a diferentes momentos evolutivos y resultaban operativas en diferentes situaciones por lo que no debían obviarse. Para Epifanio, el problema no era el diagnóstico de enfermedad mental, sino el uso que se hacía de ese diagnóstico.

Por todo lo expuesto, solicitó la inclusión en el proyecto de lineamientos explícitos y a largo plazo para las instituciones educativas y para los medios de comunicación, formadores de opinión, así como el establecimiento de obligaciones para organizaciones intermedias en lo concerniente a la prevención y rehabilitación. Añadió que tampoco había que descuidar la normativa referida a los derechos laborales de los pacientes. Propuso rescatar el abordaje que la provincia venía haciendo en relación con el alcoholismo a través de la creación de los grupos institucionales de alcoholismo (GIA), donde no se pretendía cambiarle el nombre al problema sino modificar su tratamiento. En este programa de recuperación no se ocultaba al paciente tras “un cambio de palabras”, sino que se lo ponía en el centro de la cuestión, como protagonista de su propia transformación. Al mismo tiempo, requirió que la ley expresara claramente cómo sería el sistema de externación, estableciendo los pasos a seguir y detallando los recursos necesarios. Por otra parte, encontraba imprescindible la concreción de pasos previos para la adaptación de los pacientes a una nueva situación mediante la adquisición de oficios, habilidades y vinculaciones sociales a través de un proceso de aprendizaje y con un apoyo institucional explícito.

Epifanio resaltó que “un aspecto particularmente frágil del proyecto” era la falta de un detallado informe sobre los recursos requeridos para llevar adelante la reforma. No compartía lo expresado en la propuesta en cuanto a que no eran necesarios más recursos que los actuales, ya que cualquier proceso de externación demandaría erogaciones financieras, edilicias y de personal. Agregó que, si bien el proyecto anunciaba que había

un detalle presupuestario, dicha descripción no estaba entre la documentación presentada³⁷.

Con respecto a la supuesta inconveniencia de contar con instituciones monovalentes, el diputado Epifanio manifestó su desacuerdo ya que entendía que la realidad demostraba que, debido a la falta de este tipo de espacios en Río Negro, había pacientes que estaban siendo derivados a otras provincias con el consecuente desarraigo y desvinculación social. Esta situación no solo implicaba una mayor erogación al Estado, sino que contradecía el espíritu del proyecto de ley. Sin cuestionar la propuesta de externación, objetaba su instrumentación y la falta de etapas intermedias en su implementación. Argumentó que el proyecto estaba basado en propuestas que surgieron en los años 70 y que reflejaban un contexto internacional de ebullición social y revolucionaria. Si bien se intentaba rescatar una experiencia positiva que tuvo lugar en Gorizia, se proponía trasladarla al Río Negro de los 90 en forma acrítica sin tomar en consideración que las condiciones eran diametralmente distintas con trabajadores precarizados, crisis económica y situaciones de miseria “en un país periférico, subdesarrollado y dependiente”.

El legislador también impugnó una práctica terapéutica que cuestionaba a la psiquiatría tradicional invalidando lo que consideraba aportes ineludibles en cuestiones clínicas y terapéuticas. Puso como ejemplo la subestimación de nociones como la de “terapia de grupo”, a pesar del éxito de los GIA, mientras se subrayaba la importancia del trabajo como principal recurso terapéutico. Epifanio entendía que el aspecto laboral debía formar parte de una estrategia global de tratamiento, pero sin soslayar la importancia de otros instrumentos terapéuticos, en lo que sería “una negación de la especialidad psiquiátrica”. Terminó su alocución explayándose sobre los excesos de una ideología que, en su crítica al manicomio, terminaba negando “la posibilidad de transformación terapéutica”, idealizando la locura “como otra forma de marginalidad” y dejando de lado el proceso “salud-enfermedad” con la consecuencia de que los locos vaguen por las

³⁷ Tampoco encontramos ese detalle presupuestario en la copia del Anteproyecto a la que hemos tenido acceso durante nuestra visita al Archivo de la Coordinación Provincial de Salud Mental en noviembre de 2011 (Consejo Provincial de Salud Pública de la provincia de Río Negro, 1989).

calles o sean reclusos en pequeños “centros disimulados” en lugar de un único manicomio “grande y visible”.

También Norberto Castro Ares, representante del Partido Provincial Rionegrino, argumentó que no alcanzaba con cambiarle el nombre a la locura para modificar la situación del marginado y que solucionar esta “verdadera deuda social” era una preocupación de la medicina “desde la época de José Ingenieros”. Si bien creía que era necesario acabar con una institución medieval como el manicomio, no concordaba con que debieran desaparecer las instituciones que permitirían la atención de enfermos agudos o de aquellos pacientes crónicos. Tampoco acordaba con unificar bajo un mismo rótulo de “sufrimiento mental” a padecimientos diversos como podían ser la locura, la neurosis, la depresión u otras enfermedades como la demencia senil. Si bien suscribía la formación de equipos de salud mental para evitar la internación y el aislamiento de la mayoría de los enfermos, consideraba que para ello no era necesaria una ley sino que bastaba con una normativa en el área de salud pública.

Ares también manifestó su oposición a tratar la ley ya que era contrario a modificar el concepto de “enfermedad mental”, porque entendía que la internación del paciente debía coordinarse con la justicia ya que, a su entender, estaba probado desde hacía años que “criminalidad y locura van de la mano”. Otro miembro del bloque, Walter Barion, oriundo de Allen, agregó que, cuando se eliminaron las rejas del hospital de Allen, quienes tuvieron que protegerse fueron los vecinos porque no podían “distinguir entre quien entra en una casa para robar o porque tiene deficiencias mentales”. Comparó el tratamiento de esta ley con el que, en su momento, tuvo “la ley extramuros” (se trata de la Ley Provincial N°2016, sancionada el 12-09-1985 y ordenada por ley 2222, promulgada el 10-05-1988 por Decreto N°1062) y reiteró que la gente reclamaba porque eran ellos los que tenían que poner rejas “para protegernos de los delincuentes”. Se preguntó quién se hacía responsable de los pacientes en situación de crisis que andaban por las calles. A su vez, el Legislador Ares manifestó su descreimiento en que se hubiera consultado al Supremo Tribunal sobre la realidad e implicancias de la aplicación de la reforma.

En el caso de estos legisladores sí podemos observar un cuestionamiento más ligado al terreno ideológico que se puede corresponder con la defensa de un modelo organizativo ya existente, vinculado con la psiquiatría tradicional, o enmascarar la defensa de intereses corporativos (Belmartino, 2008).

A estas argumentaciones respondieron por la UCR, Oscar Raúl Pandolfi y Ángel Cayetano Arias, representantes del Alto Valle y del Valle inferior, respectivamente, clarificando que hubo reuniones con el organismo judicial y que del consenso logrado surgió la versión que se presentaba. Como resultado de las reuniones, se modificaron artículos y se incorporaron cláusulas para clarificar la relación entre el área de salud y el Poder Judicial.

El jefe del bloque oficialista, Remigio Romera, volvió a tomar la palabra para responder a algunas de las argumentaciones y, en respuesta a los cuestionamientos del bloque aliancista, respondió que los trabajadores aportaron críticas tendientes al mejoramiento de la ley o solicitando mayores presupuestos, pero que no implicaba que se opusieran a ella. En cuanto a conceptos incluidos en el texto tales como “sufrimiento mental” y “crisis”, dijo que no era necesario seguir discutiendo sobre un tema sobre el que ya se habían expedido organismos internacionales como la OPS o la OMS, aceptándolos y aprobándolos.

Con respecto a las críticas de Epifanio sobre la ideología de la reforma y su relación con modelos surgidos en los 70, aclaró que la ley italiana fue un hito que significó un cambio de paradigma que era reconocido, tal como informaba una nota aparecida en el diario Clarín en septiembre de 1991 en la que se destacaban los avances en Italia. La nota había sido publicada en realidad en julio (Rapoport, 1991) y, si bien comentaba el caso italiano, se refería fundamentalmente a la aprobación en general del proyecto de ley rionegrino. Destacaba que, luego de 7 años de cabildeos, la Legislatura de Río Negro había convertido en ley un revolucionario método de tratamiento de la enfermedad mental. En dicha publicación se expresaba que, sin manicomios, sin internaciones interminables, sin técnicas represivas y con participación de la comunidad, se había logrado que el 95 por ciento de los pacientes se reintegrara a la sociedad y terminaba calificando la ley como un ejemplo de avanzada.

Romera explicó que, si bien era cierto que los recursos económicos con los que se contaba no eran suficientes, no se podían negar los avances que se habían producido en Río Negro donde se había pasado de 5 equipos de salud mental en 1985 a los actuales 16, con un crecimiento del 150% en lo que hacía a designaciones. Finalmente, solicitó al legislador Epifanio que brindara datos sobre las supuestas derivaciones a otras provincias ya que no había, en los últimos años, ningún antecedente de ese tipo en el área de salud mental.

En disidencia con otros miembros de su mismo bloque, el legislador Luis Alberto Pérez Peña, representante de la Alianza Frente para la Victoria, coincidió con los legisladores de la UCR acerca de las reuniones mantenidas en el seno de la Comisión de Asesoramiento Constitucional con miembros del poder judicial. Si bien manifestó que, en un principio, tenía dudas sobre el proyecto, luego del trabajo realizado y las consultas que se llevaron adelante, se convenció sobre que, si bien el proyecto era perfectible, era imprescindible empezar a transitar esta transformación al tiempo que se iba perfeccionando su implementación. Castro Ares aclaró que no había menoscabado el trabajo de la comisión, sino que marcaba la importancia del trabajo en conjunto con el poder judicial que permitió modificar cuestiones que evaluó como “vicios insalvables” en ocasión del primer tratamiento del proyecto.

Pudimos hacer muy buen vínculo con quien era jefe de asesores del bloque del peronismo, que era el partido de la oposición, Juan Carlos Ferrari que después devino en asesor de la campaña de Massaccesi. Él estaba muy entusiasmado con este proyecto y él ayudó mucho desde adentro con los legisladores. Algunos entendían, otros se sensibilizaban, otros no le prestaban atención y otros bueno, está bien... (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

También en disonancia con los anteriores expositores por su bloque, se expresó Guillermo Gaspar Soria, representante por la Zona Atlántica del Partido Provincial Rionegrino, quien adelantó su voto favorable. Aunque estaba de acuerdo en que no se podían trasladar sin adecuaciones experiencias extranjeras que se aplicaban en contextos totalmente diferentes, creía que se trataba de una ley de avanzada y que era necesario llevar a toda la provincia la experiencia que se estaba realizando en la zona atlántica.

Cohen nos señala que hubo una intención de acercarse a los legisladores:

Yo planteaba “¿vos conocés a algún legislador? ¿vos no le hablarías, no le dirías? ¿no le presentarías el trabajo y le dirías que vos estás de acuerdo?” Y eso se hizo mucho en los distintos pueblos. Los legisladores prestan mucha atención a estas cosas en cada una de sus localidades y ello lo llevan a la Legislatura, claro, porque son votos en su pueblo. Ni que hablar cuando había familiares y usuarios que se habían recuperado también si tenían vínculo, iban a hablarles. Y todo esto iba generando todo un lobby, en el buen sentido, muy fuerte. (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Jorge Douglas Price, legislador del Alto Valle por la UCR, expuso que quienes se oponían a la ley esgrimían largas argumentaciones en las que afirmaban coincidir con los fundamentos, objetivos y propuestas del Anteproyecto para terminar cuestionando su aprobación. A su entender quedaban atrapados en un discurso que justificaba el manicomio, de la misma manera como se propiciaba la prisión o la disciplina escolar. Argumentó que esta visión estaba emparentada con el célebre panóptico pergeñado por Jeremy Bentham en 1791 mediante el que el Estado moderno somete al ciudadano a vigilancia con el solo fin de aumentar su productividad. Opinó que este proyecto estaba imbuido de un espíritu contrario a esta filosofía, más a tono con un símbolo de “esta época” como era la caída del muro de Berlín, tratando de eliminar ladrillos y no seguir sumándolos al muro que aislaba al enfermo y le quitaba libertades. Entendía que una ley señala un rumbo a seguir e implica un cambio gradual, de ninguna manera la objeción a la falta de recursos debería impedir su sanción. Expresó que las leyes impulsan una cierta política que luego es necesario desarrollar, pero “así como esta política de salud mental no nace con esta ley (...) no morirá con ella”. Cohen recuerda así la intervención de Douglas Price:

Yo me acuerdo en la Legislatura cuando fue el debate que un legislador del oficialismo, era radical, pidió la palabra y habló de Foucault... yo no lo podía creer... claro que prejuicioso yo, eso es más un prejuicio mío... aunque no es muy frecuente y hoy en día ni hablar... no me refiero a Río Negro. Este legislador después yo lo conocí, pasó a ser juez y nos ayudó mucho como juez. Era el Dr. Douglas Price... (Hugo Cohen, entrevista personal, 29 de junio de 2021)

Por pedido del legislador Luis Alberto Pérez Peña, del Frente para la Victoria, se leyó una nota del Ministro de Salud provincial, Ricardo Sarandria, fechada en marzo y dirigida a la Comisión de Asuntos Constitucionales en la que expresaba su preocupación por el fortalecimiento del área de salud mental en el contexto de una crisis general que también afectaba al sector y en la que expresaba el compromiso del ministerio para comenzar la construcción de pequeños espacios para el alojamiento de quienes, padeciendo sufrimiento mental, se encontraban bajo jurisdicción de la justicia.

En la misma nota expresaba que la aprobación de la ley confirmaría “la línea de trabajo” que se venía llevando adelante.

La aprobación

Finalizada la exposición de motivos, se procedió a votar en particular cada uno de los artículos. Ese día estaban ausentes cuatro legisladores, solo uno del oficialismo. Tal como nos señala Douglas Price, ninguno de los bloques se podía dar el lujo de faltar a las sesiones ya que los números para el quórum eran muy justos como para definir en favor del oficialismo o de los bloques opositores:

Si mirás los diarios de asistencia de esa época es altísima la asistencia en todas las sesiones, lo cual era muy bueno y habla muy bien [de ese momento] era como un estado ideal ese momento en que todos se ven precisados de debatir, de asistir y de que predomine la razón de las ideas por sobre la estratégica. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

Una vez consensuada una forma más ágil de tratar los diferentes apartados entre los jefes de bloque, Romera y Epifanio, se procedió a aprobar cada uno, con pequeñas modificaciones en algunos casos y algún agregado en el artículo 18 para garantizar aspectos vinculados a espacios físicos, recursos humanos y terapéuticos. Este artículo se refiere a la internación policial de urgencia y establece que el Director del hospital y la autoridad policial deben dar aviso al juez quien, a su vez, es el que convoca al equipo terapéutico dentro de un período de entre 1 y 3 días. Es la autoridad judicial la que deberá hacer efectiva la estrategia terapéutica propuesta por el área de salud mental.

Se decidió, además, agregar un artículo, que pasó a ser el número 23, creando una comisión mixta para “la promoción y evaluación permanente de la aplicación” de la ley, que integrarían representantes de los diferentes sectores involucrados y que podría proponer enmiendas a la ley hasta diciembre de 1993.

En medio de aplausos, el Presidente de la Legislatura, Pablo Verani, anunció la sanción de la ley y dio entrada al próximo tema: la propuesta de una ley orgánica de educación que también sería aprobada en el transcurso de esta misma sesión (sancionada bajo el número 2444).

Así lo recuerdan algunos de los protagonistas:

Creo que la ley llega al punto que llega porque [los impulsores de la ley] hacen un trabajo tan profundo en el propio sistema antes de que la ley llegue. Y esto me parece que es algo, siempre lo hemos hablado con Hugo coincidiendo los dos, que no tiene sentido sancionar leyes si no hay debate previo con la sociedad. El debate legislativo puede ser muy alto como fue este, creo que lo fue sinceramente, yo soy partícipe y me caen las generales de la ley, pero creo que lo fue. Pero el más brillante debate parlamentario no hace que una ley funcione... (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

¡Allí fuimos todos hasta los pacientes familiares y todos nosotros a apoyar! Fue muy fuerte la emoción que sentimos, pero gracias a Dios lo logramos (Betty Farías, testimonio personal, 22 de mayo de 2021)

Por su parte, Débora Jadzinsky nos cuenta que, “me pasó a buscar Pepe [Schiappa Pietra] con el auto” para ir a una reunión de psiquiatría en Buenos Aires al momento de la aprobación. Sabían de la importancia de la ocasión porque la ley estaba siendo tratada en la Legislatura “había que estar espléndida”, así que hasta ropa nueva se había hecho. Viajaron en “el Falcon” los 1200 km hasta Buenos Aires, sabiendo que estaban “haciendo historia (...) me temblaba la voz cuando nos pidieron a varios que habláramos un poco de la ley, del proceso”. En ese momento

Alguien llama por teléfono [desde Río Negro] y dice que se acaba de aprobar la ley, mientras estábamos delante de todos. Es indescriptible. Yo creo que hubo muchos momentos históricos, pero haber estado parada ahí, delante de toda esa gente importante de Buenos Aires y que en la provincia se hubiera aprobado la 2440 me puso en la dimensión en la que estaba. Muy emotivo. (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

La norma fue promulgada el 10 de octubre, por decreto 1466, entrando en vigencia ocho días después. Fue una ley pionera porque fue la primera ley de la región y tanto Brasil como varias provincias argentinas la tomaron como modelo. “Fue muy importante, ahora a la distancia, que hubiera un marco legal para legitimar y fortalecer lo que ya era legítimo porque se había hecho.” (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

La ley 2440 fue reglamentada por el Decreto N° 794/1992, firmado por el Gobernador Horacio Massaccesi el 11 de mayo de 1992. Apunta Natella que:

Con la reglamentación la prohibición de electroshock que eso es muy importante y es la única ley argentina y casi la única del mundo que lo prohíbe”. En la 2440 “antes de la armonización con la nacional, la prohibición estaba en la reglamentación, en la ley actual está en el texto de la ley (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Un año después de la reglamentación, en junio de 1993, el Parlamento Patagónico se basó en la ley 2440, a la que calificaba como “la primera ley de Salud mental del país”, para recomendar a los gobiernos de las provincias participantes que reformularan sus

sistemas de salud mental “iniciando, profundizando o consolidando” la política de reforma. Sobre la difusión del modelo, se manifiestan Reales y Natella:

El modo rionegrino de construir salud mental fue llevado a diferentes países de América Latina y también Europa y norte américa... muchos de los que desarrollamos la desmanicomialización tuvimos la posibilidad de mostrarlo y de replicarlo a partir de la experiencia, legalizando lo que se fue generando para sostener al otro cuya presencia nos sostiene y da sentido a la práctica. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

Un modelo comunitario de desmanicomialización no puede ser copia de nada, tiene que ser de acuerdo a los propios recursos (...) depende mucho de la riqueza de cada comunidad y, en este caso, de los recursos. Pero ha habido mucha reproducción indirecta de este modelo, o en leyes o en estos referentes internacionales que han tomado mucho y lo han reciclado de acuerdo a su provincia, a sus países. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Del examen del debate legislativo se desprende que no hubo fuertes cuestionamientos a los principios que postulaban terminar con una institución que la mayoría de los legisladores consideraban arcaica. Pero, tal como expresa Hugo Cohen en una presentación de la reforma en el año 2006 (Cohen, 2006), uno de los aspectos importantes del debate es si una ley puede anticiparse a una cultura o imponer nuevas conductas. Hace hincapié en que uno de los mayores cuestionamientos es por los riesgos que pueden provocar los pacientes “en la calle”. Para Cohen, la reforma implicó una mejora en su tratamiento ya que nuevos servicios permitían la atención en sus hogares o en hospitales generales, mientras que el trabajo conjunto con familiares y usuarios facilitó neutralizar las resistencias. Para Reales:

Si hay que mencionar las personas que son parte importante no quiero olvidarme justamente de la gente que nos da razón de ser: los usuarios. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

Sin embargo, se puede observar en varias de las intervenciones durante el debate en la legislatura que aún persistían temores frente a lo que se considera una apertura abrupta del sistema de internación y los interrogantes sobre si será posible la contención con los recursos propios de la comunidad.

En otros casos, el cuestionamiento tiene que ver con la falta de una estructura institucional que garantice la disponibilidad de medios y recursos humanos que permitan alcanzar el objetivo de la reinserción social del paciente. Si bien el sufrimiento mental afecta a personas provenientes de diferentes estratos sociales, es evidente que son aquellos con menos recursos a su alcance quienes más sufrirán la falta de una red de

contención y apoyo. La falta de una infraestructura que facilite el acceso a cuestiones básicas como la alimentación y la vivienda o la falta de un grupo familiar con capacidad para sostener al sufriente dejan librados a la propia conciencia y solidaridad de la comunidad la protección y acompañamiento.

Con respecto al sostenimiento del servicio, nos dice Jerez:

Uno de los derechos básicos es que el usuario tiene que ser atendido en un hospital general cerca de su casa, si es posible, en una salita que le quede a 3 cuadras para que la persona tenga acceso y el psicólogo tenga acceso. Con eso tuvimos que armar una implementación, armar la mayor cantidad de recursos en hospitales generales, copar los hospitales generales con recursos de salud mental formados para trabajar con los médicos generalistas y poder trabajar con los otros especialistas para que no deriváramos a nadie. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

En términos económicos, “la provincia nunca tuvo demasiado para ofrecer y entonces todo era absolutamente a pulmón” (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021). Coincide el testimonio de Daniel Bikauskas y añade que de Nación tampoco recibían demasiado, ya era la época del menemismo y Río Negro aparecía como una cosa aislada. El equipo provincial se organizaba con los recursos que había para, por ejemplo, participar de los debates nacionales donde sostenían posiciones diferentes al resto, cuando se discutía entre cárcel y manicomio para los inimputables y ellos planteaban hospital general (Daniel Bikauskas, entrevista personal, 2 de marzo de 2021).

Algunos pocos legisladores manifiestan su abierta oposición al proyecto basándose en la peligrosidad de los sujetos que padecen una enfermedad mental y asocian explícitamente la locura con el delito. En estos argumentos se privilegia la seguridad “de los vecinos” o se ponen como ejemplo los casos que han alcanzado una instancia penal para justificar la necesidad de seguir contando con instituciones de encierro.

A las observaciones concretas sobre falta de infraestructura o las que se enfrentan directamente con un programa que impide contar con instituciones de internación específicas, se suman aquellas que, proviniendo en general de legisladores que son a su vez profesionales del ámbito médico, discuten los cambios propuestos en materia de definición del padecimiento mental. En este aspecto, se puede observar un fuerte cruce entre quienes acusan al proyecto de tratar de enmascarar la enfermedad y quienes

sostienen que los nuevos términos responden a lineamientos ya establecidos internacionalmente y que son reflejo de importantes cambios en modo de relacionarse con quienes sufren este tipo de trastornos.

Aunque la estrategia desarrollada por los fundadores parece haber sido efectiva desde el punto de vista de la legitimidad política de la reforma, dicha legitimidad se mostraba limitada por quienes ponían en duda la eficacia del modelo (Franco, 2001). El modelo rionegrino generaba resistencias tanto entre los trabajadores de la salud como en el ámbito judicial y en la misma comunidad y despertaba críticas entre aquellos que no veían conveniente el camino elegido o dudaban de la capacidad del sistema para sostenerlo en el tiempo. En un campo en el que lo que se disputa es la modalidad de atención (Franco, 2001), algunos adhirieron fuertemente al cambio propuesto y otros cuestionaron la orientación de esta política, sin que defendieran, necesariamente, la práctica manicomial. En esta dinámica de actores, las innovaciones pueden ser pensadas en “función del reforzamiento o negación de algunos de los modelos posibles” (Belmartino y Bloch, 1994: 15), pero estos modelos no son necesariamente antagónicos ideológicamente.

Pero, más allá de las críticas o controversias, la ley fue aprobada por mayoría y contó con el voto favorable no solo de la bancada oficialista, sino de buena parte de la oposición. Los fundadores habían conseguido aunar una serie de voluntades que les permitieron acumular un cierto poder político que posibilitó la institucionalización de sus prácticas y la redefinición de funciones y competencias dentro de su campo (Belmartino y Bloch, 1994).

A pesar de los cuestionamientos, es indudable que la aprobación de la ley constituyó un paso importante en la revisión de las prácticas en salud mental, estableciendo nuevos parámetros en el tratamiento y la prevención. Fue la primera ley de su tipo no solo en el país sino en la región y se erigió en un antecedente para varios proyectos de reforma en otras provincias y países. Tanto en Chile como en Uruguay, la ley fue analizada al momento de tratar sus propias reformas y, dentro de la Argentina, varias provincias patagónicas la tomaron como ejemplo. En 1990, el Anteproyecto fue incluido como material de estudio de la cátedra de “Salud pública” de la Facultad de Psicología de la

Universidad de Buenos Aires considerando que se trataba de una ley que ponía al país entre los más avanzados en la materia y destacando su relevancia “técnica y ética”³⁸. También ha sido citada durante el debate previo a la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental sancionada en 2010.

Hay que aclarar que la ley 2440 fue sustituida en el año 2018 por la Ley Provincial N°5349, Sancionada el 30-11-2018, promulgada el 15-12-2018 por Decreto N°1763 y publicada en la página 40 del Boletín Oficial N°5734. Se hará referencia a los alcances de esta modificación en el apartado dedicado a las conclusiones del presente trabajo.

El año de la ley

Durante el año en que la ley fue debatida y finalmente aprobada en la Legislatura, entre otras actividades, se cuenta la creación del Instituto Rionegrino de salud mental en julio de 1991 como “culminación de un proceso y apertura de otra etapa” (“Breve informe Fundación Instituto Rionegrino de salud mental y 6ta Reunión provincial de coordinadores de alcoholismo”, s/p/i, copia en ACPSM) y el acto fue declarado de “interés provincial” (Decreto 1001, Bol. Of. 2896). También ese mes se realizó la VI Reunión provincial de coordinadores de alcoholismo, acto al que concurrieron 130 trabajadores de 17 hospitales (“Breve informe...”, s/p/i, copia en ACPSM). El acto de apertura fue presidido por el Ministro de Asuntos Sociales Ricardo Sarandria y contó con la participación de Mario Testa entre los invitados especiales (“Crearon Instituto de SM.”, *Río Negro*, 22/6/1991).

El debate de la ley fue expuesto en diversas notas, reportajes a especialistas y cartas de lectores en los que profesionales, trabajadores de la salud y público en general polemizaron sobre las reformas propuestas y luego convertidas en ley. Se realizaron además conferencias, encuentros y presentaciones en diferentes foros como el *I Encuentro de la red nacional e internacional de salud mental*. Aunque no todos estuvieron de acuerdo en debatirla en todos los espacios como nos cuenta Diana Jerez:

³⁸ Enrique SAFORCADA, nota de presentación de la materia “Salud pública/Salud mental” de la Facultad de Psicología de la UBA, copia en archivo de la Coordinación Provincial de Salud Mental, Viedma.

Yo viajé a todos lados por el tema de la ley, antes de la construcción y demás, pero nunca a Capital Federal. Era una planificación estratégica y le expliqué a Hugo porque no, porque eso era aumentar los niveles de resistencia a la ley. Primero tengamos la ley y después la presentamos en capital y donde vos quieras, pero primero nosotros, puertas adentro. No era una cuestión de temática nacional, en ese momento, cuando fue nacional la hicimos nacional y yo la peleé en todos los ámbitos, no me privé, hasta de hacer el cordón al Congreso... En ese momento de nosotros, la ley era para la provincia de Río Negro... (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Una de las participaciones más destacada es la concurrencia de los equipos rionegrinos a las *V Jornadas de Atención Primaria de la Salud* que tuvieron lugar en Buenos Aires poco después de que la ley fuera aprobada en general. Se hizo en la mesa “Cierre de manicomios en Río Negro. Una alternativa en salud mental”, de la que participaron un gran número de trabajadores de la salud mental de Río Negro, y que fue presentada por Mario Testa que “dio un discurso muy bueno y dijo ojalá que no pierdan esa mística” (Graciela Natella, entrevista marzo 2021). Las jornadas transcurrieron con un particular trasfondo provincial y aparecen en la crónica varias referencias a las dificultades que han tenido los trabajadores para llegar al encuentro dada la situación que atraviesa la provincia (*Libro de las V Jornadas Atención Primaria de la Salud y II de Medicina Social*).

Es que, el 5 de julio, el gobernador de Río Negro Horacio Massaccesi había incautado parte del Tesoro Regional del Banco Central de la Argentina, que estaba depositado en la sucursal de Gral. Roca del Banco de la Provincia de Río Negro, para destinarlo al pago de sueldos de los empleados provinciales (Camino Vela, 2010:390). Lo hizo concurriendo personalmente, acompañado del gabinete de ministros y de la policía provincial y amparándose en un decreto emitido *ad hoc* en el que argumentaba que defendía los intereses de Río Negro tomando solo una parte del monto total adeudado por la Nación a la provincia. Con esta acción, realizada en nombre del federalismo, el gobernador apareció en los medios periodísticos nacionales con “el apodo del Robin Hood rionegrino” (Camino Vela, 2010:391). Douglas Price opina que:

[la lucha por la coparticipación] en ese momento se practicaba de una manera mucho más feroz que ahora, pese a que hoy subsisten muchos parámetros de ese centralismo despiadado, antes era mucho peor. Yo estudiaba los temas de federalismo por entonces desde la perspectiva académica y teníamos los datos que la acumulación [de deuda del gobierno nacional para con la provincia] desde el gobierno de Alfonsín, era, creo, de 600 millones de dólares, que, en esa época... solo para comparar, con lo que sacaron del Banco Central en Roca, pagaron los sueldos de un mes en Río Negro y eran 16 millones de pesos/dólares. Es decir que la Nación le debía 40 sueldos mensuales a la provincia de Río Negro y no se los pagaba para hacerle perder las elecciones. Así de grosero era todo el manejo. Y no voy a decir que esto es propiedad intelectual de Menem y del menemismo...

Es una forma de una práctica institucional muy degradada, lamentablemente, es parte de nuestra mala historia institucional que en algunas cosas ha cambiado, porque después se fueron automatizando las remesas de dinero de coparticipación. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

Volviendo a la participación en las *V Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, señalamos que tomaron la palabra no solo los habituales representantes del programa, Cohen, Natella, Schiappa Pietra y Broide, sino que fueron oradores los enfermeros Miguel Burgos y Betty Farías, los agentes sanitarios Elda Ravena y Julieta, la asistente social y los coordinadores de grupos GIA Jacinto Ñancuñil y Patricio Infante. También se presentó a quienes no pudieron hablar por falta de tiempo, pero que estaban también en la mesa: Noemí Murekian, Alberto Lucio, las hermanas Lemunao, Rosita Randazzo y Horacio Jouliá. “Vinimos todos. Con las personas usuarias, los músicos, los mapuches con sus acordeones” (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021).

Al comienzo de su presentación, Cohen aclaró que habían venido al encuentro aquellos que estaban de acuerdo, porque todavía persistían en la provincia personas que no lo estaban. Describió la estructura básica que en ese momento tenía el programa: 15 equipos en 27 hospitales generales, “la mayoría rurales” y 22 equipos de alcoholismo. Mencionando a Jouliá dio cuenta que, “después de dos años de avatares, marchas y contramarchas, se aprobó nuestro anteproyecto de ley”, un paso importante para “legalizar lo que la práctica dura y cotidiana de mucha gente ya ha legitimado”. También especificó que la fuerza motora de la transformación es el sufrimiento de cada uno de sus protagonistas “dispuestos a cambiar su historia” y a hacerlo junto con otros. Sobre cómo realizar esta transformación, aclaró que muchas veces no puede resumirse en un discurso y es por eso que ellos invitan a unirse y hacerlo con ellos (“Cierre de manicomios en Río Negro. Una alternativa en Salud Mental”, *V Jornadas de Atención Primaria de la Salud y Segundas de Medicina Social*, Buenos Aires, 21 al 27 de julio de 1991).

Tras Cohen, hablaron de sus experiencias los enfermeros Miguel Burgos y Betty Farías, de los servicios de Gral. Roca y Viedma respectivamente. Burgos relató el caso de un usuario al que acompañaron junto con Schiappa Pietra para que pudiera reintegrarse en su medio, incluyendo la reconstrucción de su “ranchito”:

Ahora está en su casa, no está 10 puntos, estará 6 o 7, pero está en su lugar (...) el que le corresponde a todas las personas con sufrimiento mental en el medio de los suyos donde el afecto de los demás pueda ser terapéutico, donde uno pueda borrar los muros y las estructuras que más de una vez contienen porque sí a las personas. (“Cierre de manicomios en Río Negro. Una alternativa en Salud Mental”, *V Jornadas de Atención Primaria de la Salud y II de Medicina Social*, Buenos Aires, 21 al 27 de julio de 1991, p. 214)

Por su parte, Betty relató su historia personal y la de su esposo, así como señaló la importancia del involucramiento de la familia. Contó cómo concurrían a los domicilios de los usuarios o los recibían en su propia casa. Agregó que coordinaban cuatro grupos de alcoholismo en Viedma, pero también se ocupaban de entregar medicación a otro tipo de usuarios “les hacemos un seguimiento, charlamos con ellos y también con la familia que tanto necesita de su ayuda”: En los casos en los que fue necesario, se han llevado a los usuarios a vivir con ellos por un tiempo:

Todos le tenemos miedo a la locura [pero] no hay nada mejor pago, más gratificante, que poder salvar a una persona de su propia destrucción, por eso nosotros lo estamos haciendo y seguiremos haciéndolo. (“Cierre de manicomios en Río Negro. Una alternativa en Salud Mental”, *V Jornadas de Atención Primaria de la Salud y II de Medicina Social*, Buenos Aires, 21 al 27 de julio de 1991, p. 215)

Nos parece importante rescatar también la voz de Jacinto Ñancuñil, protagonista también del documental *La nave de los locos* que hemos citado en el apartado sobre el cierre de Allen en este mismo trabajo. Él era enfermero en la ciudad de Viedma y se presentó como paisano, “coordinador de alcoholismo porque soy un borracho que hace diez días cumplí 22 de recuperado. Pidió permiso para hablar en su lengua, porque, aunque “paisano nací”, se siente indio y comentó que ya estuvo en otras Jornadas en las que ya señalaba que “la red está armada, pero está muy enredada”, sobre todo en Buenos Aires. Relató que la “locura empezó hace 500 años”, que “a los pobres indios nos corrieron” y que se hizo alcohólico a los 11 años. Años más tarde “buscando el río, volví a mi cultura, volví a mi lengua” y empezó su recuperación. Ahora “este indio también está para atender locos”, ojalá para curarlos. En esa tarea se siente hermanado con Patricio Infante, quien lo precedió en el uso de la palabra y era también coordinador de alcoholismo, “tenemos una vida muy difícil, pero hoy estamos pasando por un momento muy lindo, muy bueno. Por eso estamos acá.” Terminó su participación tocando su acordeón, “su compañera”, entre los aplausos de la concurrencia.

Tras él habló Sandra Fagundez, de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva, en su papel de comentadora y manifestó que en la misma disposición de la mesa “se siente un proceso, la posibilidad de toda esta gente de ocupar el lugar principal (...) un rescate de ciudadanía” o, mejor aún la “construcción de una ciudadanía plena de nuestros pueblos”, gente “teniendo un nombre, una historia de trabajo” (*Libro de las V Jornadas de Atención Primaria de la Salud y II de Medicina Social*).

Nos pareció significativo rescatar en detalle esta participación de los equipos rionegrinos en estas jornadas que se desarrollaban en la capital del país con una importante concurrencia y que sirvieron durante esos años para mostrar los avances del proceso en una provincia periférica. En esta ocasión el destacable número de trabajadores que adherían al proceso puso de manifiesto el clima de entusiasmo y compromiso que existía en el área de salud mental de Río Negro.

Este mismo clima parecía persistir dos años más tarde cuando se realizó la *Conferencia Nacional de Salud Mental* en octubre de 1994:

Fue un evento muy grande. Ahí también recuerdo la presencia del Dr. Levav, del Dr. Sarraceno, las autoridades de la Nación, había delegaciones de afuera, de distintos países. Todos los servicios de la provincia fuimos con mucha gente, ahí sí fuimos todos, fuimos en colectivo, desde Choele salieron dos colectivos con todos los usuarios adentro, todo era una fiesta, fue muy linda esa celebración, la ceremonia fue muy linda también. Se hizo una caminata por el centro de Viedma con velas en la noche, había payasos, murgas, fiesta, música, comida. Fue muy bueno ese evento... Las conferencias se hicieron ahí en el Centro Cultural de Viedma que también era un escenario muy lindo y la recorrida era desde el centro cultural hasta la plaza donde está el Ministerio y dábamos la vuelta por ahí y la verdad que había muchísima gente, calles llenas, una manifestación muy linda. (Hugo Reales, entrevista personal, 18 de marzo de 2021)

Las disidencias persistían, aún dentro de los equipos de salud mental. Frente a quienes los confrontaban con el latiguillo de “esa ley tuya”, Liliana Ingold nos dice que “vos simplemente le mostrabas que esa ley recordaba cuáles eran los derechos de las personas a enfermar, que eran derechos absolutamente constitucionales, que no había un solo artículo donde se promulgara que la persona tenía que estar tirada en una calle, enferma, al contrario” (Liliana Ingold, entrevista diciembre 2020). Remarca Jerez que:

Me parecía tan importante la ley, porque por haber pasado por un montón de proyectos que terminaron siendo experiencias, de buena voluntad, hasta ideológicamente potables, si no hay una legitimación con una ley, un instrumento que permita llevar a la práctica y que garantice los derechos del otro... pan para hoy, hambre para mañana, es trabajar con esfuerzo, sin cambio de una representación cultural. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

Aunque fuera ya del período estudiado, poco después se inició el programa de Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC), que se formalizó en el año 1993, mediante resolución N° 3524/93, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Río Negro, y fue avalada por la dirección de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación, incorporando en 1994 los primeros profesionales: psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y médicos (Sitio del programa de Salud mental y adicciones del gobierno de la provincia de Río Negro)

Aunque excede el marco del presente trabajo, este programa es señalado por muchos de los entrevistados como un hito fundamental en el proceso de reforma del sistema de atención al sufriente mental y como una forma más de darle continuidad y sustento:

De alguna manera una concreción, como plasmar hacia afuera primero, no solamente lo más importante que es poder transferir en forma sistémica, organizada. Esa residencia tuvo la posibilidad de transmitir esa perspectiva en forma nacional (...) fue un desafío. Nosotros siempre fuimos mirados como los prácticos, ustedes son los prácticos no les importa la teoría ustedes no conceptualizan, entonces para nosotros fue muy importante poder hacer un posgrado académico, una residencia que trate de ser de excelencia y poder reproducirnos de alguna manera en estas ideas ya desde algo más formalizado. (Graciela Natella, entrevista personal, 11 de marzo de 2021)

Algunas cuestiones pendientes

Varios de los artículos de la ley no pudieron concretarse por falta de presupuesto y algunos simplemente por la falta de decisión política para llevarlos adelante:

Porque la ley la atamos como una ley de ejecución absolutamente descentralizada y en eso hay que convenir que el avance de los gobiernos ha sido muy lento cuando no ineficaz. (Jorge Douglas Price, entrevista personal, 29 de julio de 2021)

Por ejemplo, a pesar de que en el momento de sancionar la ley se decidió que debía designarse una comisión que evaluara su evolución y propusiera medidas para su perfeccionamiento, pasaron años sin que dicha comisión se conformara.

En el año 2000, una nota aparecida en el diario Río Negro informa que el Gobernador Pablo Verani firmó un decreto/ley, el N° 2/2000, por el que se crea una comisión especial mixta integrada por tres representantes del Ejecutivo, del Legislativo y del Judicial para proponer cambios a la ley 2440 (“Modificarán la ley de desmanicomialización”, *Río Negro*, 28/10/2000). Si bien en sus considerandos se destaca que la ley estableció un sistema innovador que significó un avance en pro de la dignificación en el tratamiento de los pacientes, que recibió un amplio reconocimiento

en el país y el extranjero y que, a 9 años de su sanción, el balance es altamente positivo, "han surgido algunas dificultades que es necesario tener en cuenta" para, en casos determinados, tomar recaudos extraordinarios. De acuerdo al periódico, los jueces "podrán decidir el lugar de detención de los imputados con problemas mentales", modificando una norma que, hasta el momento, solo permitía una detención de hasta 7 días, tras lo cual debía "efectivizarse la estrategia terapéutica". El argumento para el cambio, que solo afectaría el artículo 18 de la ley, era que el alojamiento garantizaba la seguridad del imputado y de la comunidad y que fueron algunos hechos que involucraron delitos penales los que desencadenaron esta modificación ("Podrán detener a personas con sufrimiento mental. El gobierno modificará la ley de desmanicomialización", *Río Negro*, 27/10/2000).

Afirma Diana Jerez que:

Hay un montón de situaciones que se han dado a lo largo de los años, algunas de mucho conflicto, porque esta ley nos hace cargo, como trabajar con todos los usuarios penales. No hay un equipo secundario que establezca la ley que se va a ocupar de todos los casos penales, no cada equipo se tenía que ocupar. Y esto traía trabajo con desarrollo social, trabajo con salud, trabajo con la gente del hospital, que el juez no lo tenga *in eternum* internado. (Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

El 25 de junio de 2008, el diario Río Negro tituló "Debate preserva el espíritu de la ley de Salud Mental" para unos días después anunciar la constitución de una comisión de seguimiento, presidida por la legisladora Marta Milesi, quien consideró que la ley de desmanicomialización tiene que mejorarse en varios de sus aspectos reglamentarios y de instrumentación operativa ("Comisión seguirá ley de desmanicomialización", *Río Negro*, 3/7/2008).

Como ya mencionamos, la ley 2440 fue sustituida en 2018 por la ley 5349 en función de adecuarla a la ley nacional sancionada en 2010. La nueva norma sostiene el espíritu de la anterior y, entre otras cosas, incorpora en su articulado una cuestión muy importante que en la anterior legislación figuraba en la reglamentación. Se trata de la prohibición de "la utilización de electroshock, shock insulínico, absceso de fijación, y toda otra técnica pseudoterapéutica que afecte la dignidad de las personas" (Artículo 10 de la Ley 5349, sancionada en noviembre de 2018).

Todo parece indicar que son varios los aspectos de la implementación de la ley que requieren ser analizados y que son muchas las personas que consideran que la aplicación no ha sido correcta o que necesita de imprescindibles mejoras. Es innegable que el análisis acerca del desarrollo del programa de reforma y sus alcances precisa de un estudio más detallado que excede los objetivos del presente trabajo. Aunque hay algunas investigaciones que abordan diferentes aspectos de la problemática, entendemos que la cuestión está lejos de haber sido agotada en su estudio.

Sexta parte.

Consideraciones finales

“Hablábamos de inclusión social, de que antes de pacientes eran personas, había que darles de nuevo la categoría de personas ¿en qué momento dejó de ser persona? ¿para pasar a ser qué? ¿enfermo u objeto?”

(Diana Jerez, entrevista personal, 6 de agosto de 2021)

El problema de investigación que se desarrolló en este trabajo tuvo como objetivo central analizar el proceso de reforma del sistema de la salud mental de la provincia de Río Negro desde sus inicios en 1983 hasta la reglamentación de la ley 2440 y vincularlo con el contexto histórico del retorno a la democracia en la República Argentina. Compartimos a continuación un conjunto de reflexiones centrales vinculadas a él, en la intención de visibilizar aportes y conclusiones, así como dejar planteados interrogantes para derroteros investigativos futuros.

Pudimos ubicar dichos inicios en el año 1983 con las primeras inquietudes de quienes ya se encontraban trabajando en el área de salud mental en Río Negro quienes cuestionaban las propias prácticas y comenzaron una etapa de discusión y debate sobre ellas. Algunos de ellos se acercaron a los principales candidatos a gobernador de la provincia para llevarles dichas inquietudes y encontraron eco en quien ganaría las elecciones en octubre de ese año. Y será el regreso al régimen democrático en la Argentina lo que propiciará que esos debates y propuestas comiencen a plasmarse en hechos concretos.

“Con el advenimiento de la democracia” es una frase que solía encabezar las presentaciones y documentos que redactaron quienes llevaron adelante la reforma, lo que da cuenta de la importancia del contexto histórico en el que ésta se inscribe. Una transformación que vendría a subvertir el modelo imperante en la atención de quienes dejarían de llamarse locos para ser nombrados como sufrientes mentales o usuarios.

Hemos realizado un relevamiento de las circunstancias históricas en las que se inician los cambios que hemos detallado en el cuerpo del trabajo y repasaremos aquí brevemente. Con las primeras elecciones presidenciales luego de una década marcada por el autoritarismo y la falta de libertades cívicas, asume el gobierno nacional Raúl Alfonsín que representaba al ala más progresista del partido radical. Su asunción se da en un clima de entusiasmo ciudadano y el gobierno propone el inicio de un nuevo tiempo donde los derechos humanos y la recuperación de la ciudadanía ocupen el primer plano. Numerosas iniciativas de esos momentos van en ese sentido, propiciando la participación, la solidaridad y el encuentro para alcanzar mejores condiciones de vida para todos.

En la provincia de Río Negro es elegido gobernador otro radical de fuerte compromiso con los derechos humanos: Osvaldo Álvarez Guerrero. Él imprimirá un claro sesgo humanista a su gobierno, proponiendo medidas tanto en el ámbito de la salud como en la educación y la cultura, así como en aquellas que implicaran un ejercicio pleno de las libertades. Los discursos de asunción de ambos mandatarios marcan un rumbo hacia la participación democrática y la inclusión ciudadana.

Podemos decir que, discursivamente, el proceso de reforma del sistema de salud mental en la provincia comparte el lenguaje y los modos del nuevo gobierno, encauzado dentro de un clima de época que alentaba la apertura hacia nuevas formas de convivencia.

Pero además el gobierno nacional creó la Dirección Nacional de Salud Mental que, dirigida por Vicente Galli, propiciaba la discusión sobre formas alternativas al modelo manicomial que imperaba en la mayor parte del país, propiciando encuentros nacionales y alentando las propuestas de reforma. En el caso de Río Negro, Galli alentó desde el comienzo las iniciativas en pos de transformar la atención de la salud mental y acompañó, hasta su salida en 1989, las medidas que fueron tomándose en ese sentido. Es desde la Dirección a su cargo desde donde parte la recomendación de incorporar a Hugo Cohen al programa. Económicamente, la contribución tal vez no fuera significativa, pero sí hubo un apoyo político desde el plano nacional.

En cuanto al gobierno provincial hubo una coincidencia de propósitos con la reforma planteada que iba en consonancia con otras iniciativas de transformación, como la del

sistema educativo o la concerniente al trabajo extramuros dentro del ámbito penitenciario. Muchas de las nociones que impregnaban los discursos de los gobiernos nacional y provincial estaban presentes también en el lenguaje utilizado en las publicaciones y declaraciones de quienes llevaban adelante los cambios en salud mental. Así se repitieron expresiones como democracia, militancia, compromiso, utopía, el “nunca más” de los manicomios.

¿Por qué este proceso se dio en Río Negro, siendo que no pudo, al menos en lo inmediato, concretarse en otras provincias?

La provincia de Río Negro, el territorio patagónico en su conjunto, fueron señalados por esos años como un campo propicio para el anhelo de refundación de la república expresado en los discursos nacionales y provinciales. Río Negro era una provincia relativamente nueva, había adquirido ese estatus en 1955, y en ella no se advertían los inconvenientes del clientelismo político ni el arraigo de corporaciones con el peso suficiente para imponer sus intereses. Coincidimos con Pose y Dall’Armellina (2012) en que la provincia aparecía como un terreno fértil para nuevas iniciativas, con una población joven y en constante crecimiento que podía convertirse en el modelo para la ansiada refundación democrática. Al mismo tiempo, estas características podían pensarse, en principio, como las ideales para la implementación de reformas profundas en una provincia relativamente libre de lo que algunos actores consideran el influjo de intereses privados, tales como las clínicas y sanatorios, o corporativos como los gremios o asociaciones médicas.

Pero, a su vez, Río Negro era descripta como una provincia desintegrada cuyas características geográficas y demográficas dificultan la articulación de políticas generales y complejizan su implementación.

Es por ello que la aplicación de la reforma debía comenzar, necesariamente, por la descentralización de la atención. Y ese fue precisamente uno de los primeros pasos en el recorrido que fue siguiendo la transformación del sistema. Para ello, los fundadores de la reforma comenzaron con el relevamiento de la situación de aquellos que ya se encontraban internados en el principal centro de internación para sufrimientos mentales de la provincia: el pabellón neuropsiquiátrico del hospital de Allen. Dado que allí se

derivaban los pacientes de otras localidades y era el lugar destinado para la reclusión de quienes padecían determinadas patologías o se consideraban peligrosos para sí o para terceros, las primeras iniciativas se relacionaron con la humanización de la institución y la implementación de medidas que pudieran mejorar la calidad de vida de los allí internados. También se discutieron formas alternativas de atención como, por ejemplo, la implementación de comunidades terapéuticas.

El personal a cargo de la atención era escaso para cubrir las necesidades y se encontraba concentrado, en un 80%, en el neuropsiquiátrico de Allen. Por lo tanto, entre las primeras medidas del recientemente inaugurado programa de salud mental, se procuró disminuir esta centralización de recursos humanos y promover la instalación de servicios en otras localidades, al tiempo que se propiciaba el debate y la discusión de formas alternativas de atención.

Es en este momento en el que empiezan a actuar algunas de las personas que hemos denominado fundadores del programa, quienes fueron capaces de optimizar sus condiciones de inserción en el proceso de cambio. Se trata de aquellos que fueron incorporándose en diferentes etapas del proceso y que, desde sus historias personales y profesionales, contribuyeron al desenvolvimiento del programa en el que todo estaba por hacerse. Consideramos el caso estudiado como un proceso que aprovechó lo que Soprano (2007) denomina la “porosidad” del Estado provincial que no tenía, en el área de salud mental, una estructura debidamente establecida por lo que permitió que los actores intervinientes pudieran avanzar en la formulación de nuevas políticas.

En 1985, el programa adquiere una impronta diferente con el establecimiento de sus autoridades en la sede del gobierno provincial en Viedma. Por primera vez, el responsable del área de salud mental coordina la tarea por fuera del hospital de Allen. Puede decirse que instalarse en el centro del poder político constituyó un movimiento estratégico que facilitó la implementación de las transformaciones programáticas que fueron delineándose por esos años.

Los actores se involucraron en actos significativos socialmente, al tiempo que reforzaron la norma a la que adherían, produciendo la mutua constitución de las relaciones entre las acciones individuales y la institución. Empezaron a compartir una

identidad que va a constituirse por entonces y que se encuentra enmarcada en los lineamientos del nuevo modelo que se plantearon instalar. Entendemos, junto con Belmartino y Bloch (1994), que se reconocen, así, como una parcialidad en el campo de la negociación política, manifestando lo que entienden como bueno, justo y adecuado en su campo de conocimiento.

Ese nuevo modelo se basa en la inserción social del sufriente mental como fin último de la atención y entiende que dicho objetivo debe ser alcanzado a partir de equipos interdisciplinarios y con una activa participación de la comunidad. Aunque tiene como marco lineamientos que ya se habían trabajado en nuestro país, irá perfilando sus principios en base a las propias prácticas que fueron desarrollándose.

Entre otras muchas iniciativas, se fueron incorporando nuevos trabajadores al sistema de salud y se incluyeron recursos no convencionales dentro de los equipos, como, por ejemplo, alcohólicos en recuperación. Al mismo tiempo se involucró a diversas disciplinas en la formulación y aplicación de nuevas estrategias terapéuticas, así como se propició la participación de los propios usuarios, de familiares y de referentes comunitarios.

Gradual y progresivamente se externó a la mayoría de los pacientes que permanecían en el neuropsiquiátrico de Allen, al tiempo que se aprobó, a nivel ministerial, la habilitación de camas en hospitales generales para que los usuarios que lo necesitaran pudieran permanecer en su localidad de origen. En 1988, se decidió prescindir del pabellón neuropsiquiátrico del hospital de Allen que se transformó en parte del hospital general.

Para salir de las dificultades originadas en el cierre del pabellón, se contaba con una variedad de opciones y la resolución estuvo en consonancia con los recursos y estrategias a los que podían apelar los actores. En este caso, la inserción de los fundadores en el aparato estatal provincial, con acceso a espacios de decisión, permitió llevar adelante las medidas propuestas en una dinámica compleja que no implicó una aplicación automática, sino que, tal como señalan otros trabajos (Quevedo y otros, 2013), requirió de negociaciones y acuerdos para conseguir sus objetivos.

Constatamos que una de las principales herramientas para la construcción de consenso fue la realización de encuentros zonales y provinciales de equipos que se fueron conformando como espacios donde debatir y acordar nuevas estrategias terapéuticas. Esas reuniones fueron de gran importancia para validar la tarea, para reunir voluntades que dieran sustento a la transformación propuesta y para construir redes de intercambio y apoyo que permitieran a los trabajadores afrontar las disputas al interior del propio campo de la salud mental.

Para esta construcción fue fundamental la decisión política desde la jefatura del programa para acordar con las instancias jerárquicas superiores la aprobación de la realización sistemática de dichos encuentros. También desde la jefatura se estructuró la dinámica de esas reuniones que consistía en una presentación del jefe del programa, seguida de los informes de cada localidad con el consiguiente planteo de las dificultades encontradas en la aplicación de nuevas prácticas. Esta interacción facilitó el intercambio entre equipos de distintas localidades, alejadas por cientos de kilómetros, que encontraron así nuevas formas de abordar la problemática y pudieron consolidar lazos entre los trabajadores apoyándose mutuamente en el sostenimiento del modelo. Tal como se repite en varias de las entrevistas, se trataba de un modelo que se sostenía, en buena medida, a partir de la acción, la reflexión y vuelta a la acción. En este ir y venir de la reflexión a la práctica, los espacios de acción comunitaria constituyeron a la vez el lugar en el que se iban desarrollando las estrategias terapéuticas.

Ya con el proceso de reforma en marcha comenzó a pensarse en legalizar las prácticas a través de una ley. De acuerdo con el planteo de Saforcada (2010) al que adherimos, este instrumento legal tiene mayor incidencia sobre las vidas de las personas que la que puede tener un programa o la creación de una nueva dependencia estatal y esta convicción estaba presente en varios de los fundadores.

Sin embargo, no estamos totalmente de acuerdo con la aseveración, sostenida por Saforcada (2010) que indica que una ley está menos sometida a los vaivenes políticos o a los cambios de gobierno, ya que este fue un temor recurrente entre los trabajadores de salud mental de la provincia. Pero es cierto que, en el caso en estudio, fue la existencia de la ley lo que permitió durante los años siguientes sostener las nuevas prácticas desde

un lugar de autoridad. Si bien su texto fue modificado en 2018, la impronta fijada por la ley 2440, sustentada por la labor de quienes siguen sosteniéndola con su esfuerzo, sigue vigente y parece que será muy difícil retroceder en los principios que dicha norma impuso.

La sanción de la ley 2440 permitió legalizar lo que la práctica había legitimado, aunque luego de su aprobación fue necesario legitimar la ley a través de su aplicación cotidiana. Del entrecruzamiento de entrevistas y material bibliográfico se desprende que, para quienes trabajaron en ella, la aprobación de la ley no era, al menos al inicio, el componente prioritario, sino parte del proceso y resultó natural que primero se desarrollara la transformación, para legitimarla a través de la práctica, y solo después proceder a legalizarla.

Los fundadores de la reforma consultados creen que, a diferencia de la ley rionegrina, la ley nacional 26657 pretende legalizar una práctica que nunca estuvo legitimada ni institucionalizada y, aunque es bueno que haya una ley nacional, es fundamental contar con el consenso de la comunidad.

El hecho de contar con una ley que respaldara el trabajo y las prácticas permitía fortalecer el trabajo que se estaba realizando, así como habilitaba que se destinaran recursos humanos y financieros para asignar camas en hospitales generales, habilitar hogares de tránsito o poner en marcha emprendimientos laborales cooperativos. La ley vino a legitimar unas prácticas que ya se estaban aplicando con el trabajo interdisciplinario, la constitución de un equipo provincial, la atención territorial, la internación en hospitales generales.

Su difusión fuera de la provincia facilitó el intercambio con organizaciones no gubernamentales y con autoridades sanitarias de otras jurisdicciones enriqueciendo el debate y despertando el interés de publicaciones académicas y el apoyo de gobiernos como el de Italia, a través de convenios de cooperación que facilitaron la capacitación de profesionales rionegrinos y el intercambio de experiencias.

Con respecto a la experiencia italiana, tal como hemos señalado en esta investigación, el intercambio con los profesionales de Trieste se dio luego de comenzado el proceso

rionegrino y, si bien fue de gran ayuda en las capacitaciones posteriores y, sobre todo, desde el punto de vista financiero, no puede decirse que se trate de una copia del modelo italiano. El modelo rionegrino fue forjándose al tiempo que iba poniéndose en práctica y adquirió características propias, más allá de la influencia de las corrientes de atención comunitaria que fueron recibiendo.

El proyecto recibió el apoyo de académicos, organismos de derechos humanos y organizaciones internacionales de salud, así como contó con el aporte de los trabajadores comprometidos en el éxito del modelo y con la participación de profesionales de otros lugares del país interesados en realizar pasantías bajo esta modalidad.

Otro aspecto importante a la hora de analizar la sanción de la ley es aquel vinculado al espíritu de época que parece imbuir sus lineamientos y propósitos. Aunque al momento de su aprobación era otro el discurso gubernamental en los niveles nacionales, Río Negro parecía seguir influido por la prédica democrática que se había iniciado en 1983 y que apelaba fundamentalmente a las nociones de utopía, mística, compromiso y militancia. La participación de la comunidad y la construcción conjunta de una realidad diferente basada en la solidaridad y en los principios de salud presentes en la sociedad eran base fundamental de esta y otras leyes aprobadas por aquellos años. Es particularmente interesante en este sentido, el informe brindado por Jorge Douglas Price al alejarse de su cargo de Ministro de Acción Social en julio de 1987. En dicho informe afirmaba que no es solo cuestión de buena voluntad, de inteligencia o de honestidad el llevar adelante los cambios que la provincia necesitaba, sino que debían fundarse en la participación popular y colaboración entre instituciones. Coincidimos con el ex ministro en que fue fundamental la labor específica de los agentes estatales que se brindaron desde lo personal sin limitarse a cumplir con las responsabilidades que implicaba su cargo, poniendo de su parte tiempo y esfuerzo, más allá de las exigencias burocráticas (Douglas Price, 1987).

Todos estos lineamientos estuvieron presentes en la exposición de motivos de una ley que pretendía favorecer la participación de la comunidad en la reinserción de aquellos que padecen sufrimiento mental, argumentando que no era tarea solo de especialistas,

sino que requería del compromiso de la sociedad en su conjunto. Una ley que promovía una mirada interdisciplinaria que pudiera abarcar el conjunto de una realidad compleja y que se proponía reconocer a la salud como un derecho y una responsabilidad colectivos. Una normativa que reivindicaba las utopías y la militancia para alcanzar los objetivos de inclusión social que proponía.

En ese sentido, consideramos que sería muy interesante que futuros trabajos pudieran examinar y analizar la figura del operador, fundamental en las nuevas prácticas de la atención de los sufrientes y una herramienta novedosa que se reveló esencial al momento de poner en práctica los lineamientos de la normativa. Asimismo, sería importante dar continuidad al presente recorrido investigativo con la indagación de las etapas posteriores a las aquí estudiadas, otorgando particular importancia a aquellas que, como la residencia interdisciplinaria o la creación de dispositivos den cuenta de la evolución del proceso de reforma.

Es evidente que la ley sobre salud mental no dejó indiferente a la opinión pública y que la propuesta de reforma llevó a un replanteo de viejas nociones y conceptos arraigados en la sociedad con respecto al tratamiento de los sufrientes mentales. Especialistas y trabajadores de la salud discutieron, y en cierta medida lo siguen haciendo, la pertinencia de la ley y sus consecuencias para aquellos que padecen sufrimiento mental. Desde un primer momento se cuestionaron los métodos aplicados y, aún quienes se mostraron de acuerdo, no pudieron más que expresar su desazón frente a la falta de recursos destinados a la transformación del sistema de atención.

Quienes llevaron adelante el proceso de transformación confiaron en que era preferible afrontar los riesgos de la libertad a seguir apostando a los tangibles y ya comprobados riesgos que traía el encierro. De acuerdo a sus postulados, los pacientes ya sufrían el abandono y la discriminación y tratarlos como seres humanos con sus derechos y sus propias herramientas de sanación no podía ser peor que lo que ya sufrían.

En la prosecución de sus objetivos empeñaron su esfuerzo, su compromiso y sus saberes, arriesgándose a ponerlos en cuestión y en pie de igualdad con los saberes de otros miembros de la comunidad a fin de encontrar el mejor camino para alcanzar el objetivo de reinserción comunitaria y de la modificación de la representación social de

la locura. Aunque fueron criticados porque su trabajo se basaba más en la ideología que en la ciencia, los fundadores manifestaron que es justamente esa coincidencia ideológica la que les permitió desarrollar el programa. Se sostuvieron unos a otros en la convicción de que el cambio era posible.

Si bien, como ya hemos analizado en la cuarta parte de este trabajo, entendemos que bien pudieron influir sobre los actores sus participaciones públicas previas a la llegada a Río Negro y que este factor puede ser importante en algunos casos, creemos que no puede extenderse a todos. A lo largo de la investigación hemos encontrado diferentes manifestaciones de este compromiso y militancia al unirse al programa, pero consideramos que la toma de conciencia sobre lo que “no” se debería hacer es uno de los factores determinantes en la mayoría de los casos estudiados. La observación previa, sea en la propia práctica o durante los años de formación, del trato dado a los sufrientes mentales llevó a gran parte de los actores a plantearse que había alternativas diferentes. Que el camino había que construirlo y que se iba a ir haciendo sobre la marcha, ya irían viendo cómo. Pero que había que cambiarlo todo para lograr un resultado diferente.

Es en el examen de las interpretaciones y visiones del mundo compartidas por los actores que encontramos la construcción de una identidad común a través de determinados rituales, como pueden considerarse las reuniones de equipo tanto zonales como provinciales, pero también en la apropiación de esos nuevos sistemas de significación constituidos por los principios del modelo comunitario de atención de la salud mental. Estos cambios en las representaciones sociales llevaron a los fundadores a constituirse en actores de una transformación que ponía en el centro del tratamiento la reinserción social del sufriente mental. Para ello, debían poner en juego los paradigmas aprendidos durante sus años de formación y reencauzar sus prácticas hacia la comprensión de que solo compartiendo y poniendo en plano de igualdad los diferentes saberes podrían acercarse a cumplir los objetivos propuestos.

Metodológicamente, nos propusimos el rescate de las voces de los actores como un recurso para acceder a un relato polifónico donde pueda escucharse a quienes no siempre aparecen en los libros y, por ese motivo, aparecen también en estas conclusiones. Al acercarnos al estudio del proceso de reforma a través del análisis de los

discursos y el accionar de un conjunto de individuos que fueron conformando alianzas y adquiriendo una identidad común, esperamos haber obtenido no una versión parcial de la historia, sino una versión diferente, tal como postula Soprano (2007).

Coincidiendo con Belmartino (2008) en cuanto a que es la trama institucional la que reúne a actores sociales y estatales, consideramos que la provincia de Río Negro, especialmente bajo el gobierno de Álvarez Guerrero, constituyó un espacio de aplicación del proyecto de “modernización del Estado” impulsado por el gobierno nacional en el que pudieron plasmarse reformas estructurales de importancia, particularmente en las áreas de salud y educación. En el caso que nos ocupa, el acompañamiento desde la Dirección Nacional de Salud Mental fue importante en los inicios del proceso de transformación del sistema provincial.

Sin embargo, no consideramos a este apoyo nacional un ingrediente fundamental al momento de imponer el cambio y será necesario atender a otros factores. Uno de los elementos que aparecen en el análisis es la composición geográfica y poblacional de la provincia de Río Negro con grandes distancias separando conglomerados que pueden denominarse medianos y muchas pequeñas localidades. No existe una gran urbe y la población, bastante dispersa, solo encuentra una mayor densidad en unas pocas localidades ubicadas a gran distancia entre sí con grandes diferencias topográficas y económicas (costa atlántica, alto valle y cordillera). Esta distribución influye a su vez en la representación política de cada municipio en la legislatura provincial. Lo que no resulta un dato menor al momento del ejercicio de representación que afecta a cada legislador. Por un lado, cada uno de ellos estará más cerca de sus representados y recibirá sus influencias y reclamos de una manera más concreta que quienes representan a grandes conglomerados. Por el otro, estará más atento a escuchar sus demandas en función de que se trata de sus votantes y sostenedores en el ámbito político.

Este fue un elemento muy importante en el tratamiento legislativo de la ley 2440 y creemos que fue definitorio al momento de su tratamiento y aprobación. Un proyecto de ley corre el riesgo de no poder concretarse por un gran número de circunstancias en su camino a la aprobación. Debe superar las instancias previas de debate interno, la discusión en propia cámara y, aun siendo aprobada, puede acabar sin sanción e

implementación. En el caso de la ley que nos ocupa, atravesó todos estos pasos exitosamente, alcanzando un alto consenso político al momento de su aprobación.

Nuestro análisis nos lleva a estimar que la implicación de los trabajadores de salud mental, así como de los referentes sociales que los acompañaron en la presentación del proyecto de ley resultó fundamental al momento de introducir el tema entre los asuntos dignos de debate y también a la hora de lograr el consenso necesario para su aprobación. Consideramos que no fue solamente su persistente militancia por la aprobación de la ley que implicó su participación activa en debates y polémicas públicas, así como su esfuerzo para involucrar a sus representantes en la legislatura en la problemática. Si no, sobre todo, el demostrar con su compromiso cotidiano que las prácticas que proponían podían sostenerse y llevarse adelante. Los actores no solo ponían en cuestión la forma en que se atendía el sufrimiento mental, sino que podían argumentar con su trabajo que también producían respuestas y resolvían problemas.

Otro aspecto a considerar es el del liderazgo ejercido en muchas ocasiones por el jefe de departamento, pero también por otros actores que, en su medida y en el lugar en el que les correspondió ocupar en diferentes momentos del proceso, supieron aglutinar voluntades y gestionaron eficazmente los recursos a su alcance para establecer nuevas formas de atención y poner a prueba diferentes estrategias para lograr el cambio. No es menor la habilidad que pudieron demostrar para establecer vínculos con los funcionarios políticos tanto del poder ejecutivo como del legislativo y, aunque en menor medida, también con los del ámbito judicial, de manera de ser reconocidos como interlocutores en el nivel político.

Coincidimos en que la institución como tal es “un vehículo privilegiado para la producción legítima de saberes específicos” y que actúa como un espacio social en el que pueden objetivarse tanto las alianzas como las disputas entre los actores sociopolíticos y la comunidad (Soprano, 2007:11). Justamente en ese espacio social es donde se mueven los que consideramos principales soportes de la transformación y que no son otros que los trabajadores de salud mental rionegrinos.

Nos encontramos frente a un grupo particularmente comprometido que fue forjando su identidad y compatibilizando sus intereses con los fines y objetivos que se buscaba

alcanzar. Para ello fue fundamental la conformación de redes de intercambio y apoyo mutuo, así como el integrar a los equipos a otros actores sociales dispuestos a implicarse en el sostenimiento de acciones que requieren dedicación y persistencia. Podemos concluir que, aunque provenían de diferentes grupos de pertenencia, social, partidaria o cultural, compartían una serie de valores y representaciones sobre lo que era bueno y lo que era justo en la atención a los sufrientes mentales. En consonancia con lo que sostiene Therborn (1987), creemos que para alcanzar el objetivo de cambiar una situación que consideraban injusta y éticamente reprochable se propusieron en primer lugar analizar el estado de cosas existente para luego intentar transformarlo. En el camino se convencieron de que un cambio real era posible y se empeñaron en encontrar los caminos para llevarlo adelante.

Seguros de que la inclusión social era la única meta posible, incorporaron el afecto en sus prácticas como elemento indispensable y se comprometieron en ello poniendo en debate sus propios saberes y poniéndolos en pie de igualdad con los de otros, incluyendo a los propios usuarios y sus familias que eran la principal razón para el cambio, tal como sostienen los entrevistados. Con los usuarios ocupando el centro de las estrategias terapéuticas y los equipos como garantes del sostenimiento del modelo, los trabajadores de salud mental rionegrinos se enfrentaron a sus propios miedos y cuestionamientos, convencidos de que la transformación era realizable. Habiéndonos propuesto el rescate de las voces de los actores de este proceso, alentamos a incorporar la perspectiva de usuarios y familiares en próximos trabajos de investigación, en un todo de acuerdo con lo expresado por Baffo (2010).

Exaltados como “misioneros” o supuestamente denigrados como “trabajadores sociales”, “perpetradores” de la salud mental, la realidad de estos protagonistas, que se reconocen principalmente como trabajadores de la salud pública, es haberse hecho cargo de los “indisputables”, aquellos de los que nadie quiere ocuparse. Y es en esa dedicación cotidiana, en esa “sobreimplicación” donde se percibe la esencia de este movimiento que, con avances y retrocesos, aciertos y errores, continúa en los nuevos Brancaleones, los que aún hoy están convencidos que otra forma de atención es posible.

Aquella que no persigue la cura sino la inclusión y el ejercicio del derecho de los sufrientes mentales a participar de su comunidad.

Como sostuvo Débora Jadzinsky en la entrevista realizada:

Ese es el punto histórico en el que estuve parada, empezó antes, sí estoy segura de que sí y que continúa después por supuesto que sí. Yo puedo dar cuenta de ese cachito y espero que todo siga evolucionando para mejor. Para que el sufrimiento mental sea contemplado como un sufrimiento y que uno tiene que contener al sufriente. Me parece que eso es fundamental. (Débora Jadzinsky, entrevista personal, 29 de marzo de 2021)

Corpus documental

Fuentes

Archivos y documentos

ARCHIVO COORDINACIÓN PROVINCIAL DE SALUD MENTAL (ACPSM):

- “Administración de servicios de salud mental, registros estadísticos 1970-1980”, s/p/i.
- “Breve informe”, s/p/i.
- “Breve informe Fundación Instituto Rionegrino de salud mental y 6ta Reunión provincial de coordinadores de alcoholismo”, 1992.
- Carpeta de recortes periodísticos referidos al proceso de reforma, 1985-1992, de los siguientes medios: Página 12, Clarín, Ámbito financiero, Diario Río Negro, Diario El tribuno (Salta), Diario El cordillerano, Diario Noticias de la Costa, Semanario El regional, Periódico La calle, Revista Uno mismo, Publicación Parlamento.
- Comunicados de prensa.
- Consejo Provincial de Salud Pública de la provincia de Río Negro, “Algunas actividades para el desarrollo de recursos humanos en salud mental, provincia de Río Negro 1984-1989”.
- Consejo Provincial de Salud Pública de la provincia de Río Negro (1989), Dirección General Técnica, Departamento de Salud Mental, “Anteproyecto de ley: Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental”.
- Consejo Provincial de Salud Pública, Plan de salud 1988.
- Consejo Provincial de Salud Pública (1991), “Situación de salud en la provincia de Río Negro”.
- Convenio de cooperación con Italia.
- Convenio con la Universidad Nacional del Comahue, Regional Zona Atlántica.
- Discurso Presidenta Consejo Provincial de Salud Pública, Lidia Morettini, 30 de julio de 1992.
- Expediente N° 124.569 del Ministerio de Salud Pública (1986), designación de miembros del COTESAL.
- “Indicadores”, s/p/i.
- KISNERMAN, Natalio (1988), “Sistematización de una experiencia”, Informe sobre el servicio de salud mental del hospital de Bariloche.

- Ministerio de Salud y Acción social de la Nación, Dirección Nacional de Salud Mental, Informe marzo 1988.
- Ministerio de Salud Pública de la provincia de Río Negro (1986), “Implementación de grupos operativos Salud Mental-Educación”.
- Ministerio de Salud Pública de la provincia de Río Negro, “Acciones desarrolladas por el Plan de Salud, 1984-1987”.
- Misiones y funciones Servicio de Salud Mental, ideas preliminares 1985.
- Nota 159/90 firmada por el Dr. Hugo Cohen.
- Notas de apoyo para el tratamiento legislativo del Anteproyecto de ley: Promoción Sanitaria y social de las Personas que padecen sufrimiento mental:
 - Duhalde, Eduardo, Vicepresidente de la Nación, 20/11/1990.
 - Echarren, Nelson, Presidente Superior Tribunal de Justicia, 11/7/1990
 - Giberti, Eva, 1/1/1990.
 - Kiserman, Luis, Director Hospital Neuropsiquiátrico Liniers, Entre Ríos, 5/2/1990.
 - Kisnerman, Natalio, Secretario de Extensión y Bienestar de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UNCOMA, 2/1/1990.
 - Mendes, Alberto, Jefe de Consultorios externos del Hospital Borda, 16/3/1990.
 - Panchenko, María Esther, s/p/i.
 - Pierini, Alicia, Directora Nacional de Derechos Humanos, 3/7/1991.
 - Slepach, Sara, Decana Facultad de Psicología, UBA, 12/2/1990.
 - Vietti, Gustavo, Vicario General de la Diócesis de Viedma, 28/3/1990.
 - Zaffaroni, Eugenio, 31/1/1990.
- PANCHENKO, María Esther (1990), “Transitando el camino de la enfermería”.
- Programa de promoción laboral y reinserción social 1992.
- Registro de concurrentes a la 1er Reunión Provincial de equipos de Salud Mental, 13 y 14 de mayo de 1992.
- Secretaría de Trabajo, Previsión y Acción Social de la provincia de Río Negro, Subsecretaría de Acción Social, Dirección de Promoción Social, “Plan de Promoción Social, 1984-1987”, enero de 1984.
- “Síntesis descriptiva de las actividades programadas por el Departamento de Salud mental, 1986”.
- “Sin título”, s/p/i.
- TOTH, Juan Carlos (1986), “Programa de implementación de grupos operativos-institucionales de salud”.

LEGISLATURA RIONEGRINA

- Diario de sesiones de la Legislatura de Río Negro, Libro 7, Reunión VII, 5ª sesión ordinaria, 20º período legislativo, 11 de septiembre de 1991 (Copia en la Biblioteca de la Legislatura rionegrina)
- Diario de sesiones de la Legislatura de Río Negro, Libro 5, Reunión V, 4ª sesión ordinaria, 20º período legislativo, 2 de julio de 1991 (Copia en la Biblioteca de la Legislatura rionegrina).
- Expediente “Proyecto de ley N° 98/1991. Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental” (Digitalización provista por la Biblioteca de la Legislatura rionegrina).
- Ley 840, promulgada: 10-08-73 por Decreto N° 407, publicado en el Boletín Oficial N° 1027 del 27/08/73 (Copia enviada por correo electrónico desde la Biblioteca de la Legislatura rionegrina).
- Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen Sufrimiento Mental , Promulgada el 03-10-1991 por Decreto N° 1466, publicado en el Boletín Oficial Provincial N° 2909, disponible en <https://web.legismn.gov.ar/digesto/normas/documento?id=1991100003&e=D>
[EFINITIVO](#)
- Ley N° 5349. Sustituye íntegramente el texto de la Ley R N° 2440 de Salud Mental. Promulgada el 15-12-2018 por Decreto N° 1763/2018, publicado en el Boletín Oficial del 27-12-2018, disponible en <https://web.legismn.gov.ar/legislativa/legislacion/documento?id=10019>.
- Versión Taquigráfica de la Reunión IX, Sesión Especial, 19º Período Legislativo, 27 y 28 de junio de 1990, en <https://www2.legismn.gov.ar/VERSION/VT212.pdf>
- Versión Taquigráfica de la Reunión III, 3ª Sesión Especial de Juramento del Señor Gobernador, Dr. Osvaldo Alvarez Guerrero, 12º Período Legislativo, 11 de diciembre de 1983, en <https://web.legismn.gov.ar/legislativa/sesiones/documento?id=648&d=version>
- Versión Taquigráfica de la Reunión XXIII, 3ª Sesión Extraordinaria, 19º Período Legislativo, (Copia en la Biblioteca de la Legislatura rionegrina).

PRESENTACIONES EN CONGRESOS O JORNADAS

- BROIDE, Analía, Programa de Salud Mental. *La desmanicomialización en Río Negro, presentación en el IV Taller Internacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*, Santiago de Chile, 23 al 27 de octubre de 2006.
- COHEN, Hugo, *La ley de Salud Mental de Río Negro-Argentina: antecedentes para el debate nacional sobre salud mental y legislación en Chile*, presentación OPS/OMS, 11 de octubre de 2006.
- “La transformación de los manicomios: distintas experiencias”, Red Argentina de Arte y Salud Mental (Regional Centro), panel integrado por Marcelo CEBERIO, Abelardo GILABERT, Jorge PELLEGRINI y Angel FIASCHÉ, 24 de octubre de 2001.

Repositorios digitales

Digesto jurídico provincial, en <http://legisrn.gov.ar/LEGISCON>

Libros de las Jornadas de Atención Primaria de la Salud (1986-1992), en <http://isco.unla.edu.ar/jornadas-atencion-primaria>

Sitio de la Legislatura para consulta de proyectos de ley: <https://web.legisrn.gov.ar/legislativa/proyectos/ver?c=P&n=326&a=1989>

Sitio del gobierno de la provincia de Río Negro: <https://rionegro.gov.ar/download/archivos/00010371.pdf>

Sitio del programa de Salud mental y adicciones del gobierno de la provincia de Río Negro, <https://rionegro.gov.ar/index.php?contID=69645>

Departamento de Salud Mental de la provincia de Río Negro, “Salud mental Comunitaria. La desmanicomialización en Río Negro”, en <http://www.salud.rionegro.gov.ar/inicio/listfile/informes.php>

Entrevistas

BIKAUSKAS, Daniel se graduó como licenciado en Psicología en la UBA. Se incorporó al servicio de salud mental de Sierra Grande, Río Negro, en 1992. Fue el primer psicólogo a cargo de un servicio de salud mental en la provincia. En el transcurso de su carrera ocupó los cargos de Jefe del Departamento de Salud Mental y Jefe del Departamento de Actividades Programadas para el Área (DAPA) del hospital Zatti. Fue docente en numerosos cursos de capacitación e instructor del programa de

Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) en Río Negro. Entrevista realizada el 2 de marzo de 2021.

COHEN, Hugo Arnaldo. Médico (UBA) Especialista en Psiquiatría. Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria (Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España). Jefe del Departamento de Salud Mental del Consejo Provincial de Salud Pública de la Provincia de Río Negro (1985-2000). Asesor en Promoción y Protección de la Salud en la OPS México, (2002-2006). Asesor subregional en Salud Mental para Sudamérica de la OPS/OMS. Autor del Anteproyecto de la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y social de las Personas que padecen sufrimiento mental, sancionada en la Legislatura de la Provincia de Río Negro en 1991. Entrevista realizada el 29 de junio de 2021.

DOUGLAS PRICE, Jorge. Abogado (UBA, Diploma de Honor); Magister en Teorías Críticas del Derecho y la Democracia (Universidad Internacional de Andalucía, España). Doctor en Investigación Jurídica (Universitá degli Studi di Lecce - hoy del Salento; Italia). Investigador Universitario Categoría II (CIN). Profesor Titular Teoría General del Derecho, Director del Centro de Estudios Institucionales Patagónico (CEIP) y Ex Decano de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Comahue. Presidente de la Asociación Argentina de Filosofía del Derecho (2010/2014), Ex – Juez de Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial y de Minería de la Provincia de Río Negro y ex Ministro de Trabajo de la provincia de Río Negro. Entrevista realizada el 29 de julio de 2021.

FARÍAS DE RUIZ, Ernestina (Betty). Enfermera que inició su carrera profesional en 1975, trabajando en la clínica Viedma y en el hospital Zatti donde alcanzó el cargo de Jefa del área de Quirófano. En 1989 consiguió su pase al área de Salud Mental donde coordinó grupos de alcoholismo y participó activamente de todo el proceso de transformación del sistema. Entre otras iniciativas, coordinó y capacitó a los primeros grupos de operadores. Testimonios personales, recogidos entre el 31 de marzo y el 27 de agosto de 2021.

GÓMEZ, Daniel. Licenciado en Psicología (UBA, 1988) y Especialista en Psicología Forense. Participó junto con Alfredo Moffatt de la fundación de la Mutual de Ayuda Psicológica Alternativa ubicada en el barrio porteño de Once, conocida como El Bancadero. Se incorporó al servicio de salud mental de Río Colorado, Río Negro, en 1991. En el transcurso de su carrera ocupó los cargos de Jefe del servicio de salud mental del hospital Zatti en Viedma durante 12 años y de Jefe del Departamento Provincial de Salud Mental. Se considera, antes que nada, un trabajador de la salud pública. Entrevista realizada el 4 de junio de 2021.

INGOLD, Liliana. Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba). Integró el Equipo de externación de internados de larga estadía hospitalaria de la Provincia de Río Negro en los inicios del proceso de desmanicomialización y el primer Equipo de Intervención en crisis en la Zona Sanitaria I de la Provincia de Río Negro (1987). Estuvo a cargo del Instituto Nuestra Casa de Gral. Roca. Entrevista realizada el 4 de diciembre de 2020.

JADZINSKY, Débora. Médica (UBA, 1984) Especialista en Psiquiatría y se desempeñó en el Hospital Castex, provincia de Buenos Aires, entre 1984 y 1988. Se incorporó al servicio de salud mental del Hospital Zatti, Viedma, Río Negro en octubre de 1988. Entre julio de 1990 y diciembre de 2018 estuvo a cargo del servicio de salud mental del hospital de Villa Regina. Fue docente en numerosos cursos de capacitación e instructora del programa de Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) en Río Negro. Entrevista realizada el 29 de marzo de 2021.

LUCIO, Alberto. Médico (Universidad Nacional de Buenos Aires, 1983) especialista en Psiquiatría. Se incorporó al servicio de salud mental de San Antonio Oeste, Río Negro, en 1990 y prestó servicios en los hospitales de San Antonio Oeste, Bariloche y Luis Beltrán antes de incorporarse al Hospital Zatti de Viedma. Durante su carrera desempeñó los cargos de Jefe de servicio de salud mental, Director del hospital de Viedma, participó de la Coordinación del Departamento de Salud Mental rionegrino y fue Secretario de Gestión de Establecimientos de Salud de la provincia. Entrevista realizada el 4 de marzo de 2021.

NATELLA, Graciela. Médica (UBA 1980), Especialista en Psiquiatría (Hospital Evita de Lanús, Buenos Aires), Diplomada en Investigación (Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España). Fue jefa del servicio de Salud Mental del Hospital de Viedma, jefa del Departamento de Promoción de las Personas del Consejo de Salud Pública de Río Negro y asesora de la Secretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud de México. Docente de grado en Argentina y de posgrado en universidades nacionales y del extranjero. Cofundadora de asociaciones civiles por la inclusión social (Asociación Manos Abiertas y Solidarias, Red Nacional de Familiares, Usuarios y Voluntarios y Asociación de Psiquiatras y Adherentes por los Derechos Humanos). Coordina en la actualidad el Programa de Patologías Mentales Severas y Prevalentes del Ministerio de Salud de la Nación y es miembro del Órgano de revisión de la ley nacional de salud mental. Entrevista realizada el 11 de marzo de 2021.

PACHECO, Nélica Hebe. Licenciada en Enfermería (Universidad Nacional San Juan Bosco). Se incorporó al servicio de salud mental de Río Negro en 1977, ejerciendo sus funciones en el Hospital de Ing. Huergo. Fue jefa de enfermeras en dicho servicio y jefa del servicio de salud mental. Jefa del servicio de internación y jefa del departamento de enfermería. Docente en la Escuela de Enfermería. Entrevista realizada el 16 de diciembre de 2020.

REALES, Hugo. Médico (Universidad Nacional del Tucumán, 1986), Especialista en Psiquiatría. Realizó una Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (Salta 1986-1989). Se incorporó al servicio de salud mental de Río Negro en 1991. Fue Jefe del servicio de salud mental de Choele Choel, Coordinador de Zona Sanitaria y Jefe del Departamento de Salud Mental (1991-2011). Realizó cursos de posgrado y estadías en el exterior vinculadas a la temática. Desde marzo de 2011 se desempeña en el Ministerio de Salud de la Nación. Entrevista realizada el 18 de marzo de 2021.

SCHIAPPA PIETRA, José. Licenciado en Psicología, (Universidad Católica de Córdoba) y formación de Posgrado en "Administración de Servicios de Salud Mental" (UNC). Se incorporó al servicio de salud mental de Río Negro en 1978. Integró el Equipo de externación de internados de larga estadía hospitalaria de la Provincia de Río Negro en los inicios del proceso de desmanicomialización y el primer Equipo de Intervención en crisis en la Zona Sanitaria I de la Provincia de Río Negro (1987). Jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital de General Roca (1995-98) y del Hospital de Lamarque (1999-2005). Director provincial de Salud Mental entre 2005 y 2007. Formador de profesionales y docente ha publicado cuatro libros sobre el Modo Rionegrino de Trabajo en Salud Mental. Entrevista realizada el 25 de noviembre de 2020.

Diarios y publicaciones periódicas

Diario Río Negro

Notas periodísticas y Cartas de lectores, años 1983-1992:

- ❖ Cartas de lectores:
 - Hilda Toscani y Hugo Cohen, 17/11/1993,
 - Daniel Gómez, 18/11/1993,
 - Analía Broide, 19/11/1993,
 - Diana Jerez, 28/11/1993, y
 - Enrique García Díaz, 15/12/1993.
- ❖ “Chau, Manicomio”, 29/11/1988.
- ❖ “Comisión seguirá ley de desmanicomialización”, 3/7/2008.
- ❖ “Crearon Instituto de Salud Mental”, 22/6/1991.
- ❖ “Debate preserva el espíritu de la ley de Salud Mental”, 25/6/2008.
- ❖ “Entrevista a Hugo Cohen, titular de Salud Mental de Río Negro. Los manicomios son campos de concentración”, 8/2/1993
- ❖ “La salud mental en Río Negro y la polémica desmanicomialización. Porque te quiero así, piantao, pero libre”, 12/9/1993.
- ❖ “Los manicomios son campos de concentración”, 8/2/1993.
- ❖ “Modificarán la ley de desmanicomialización. Una comisión mixta especial será la encargada de proponer los cambios definitivos”, 28/10/2000.
- ❖ “Nuevo hospital general inauguran en Allen. Se terminaron los manicomios”, 26/11/1989.
- ❖ “Plan para la salud mental fue anunciado por Neri”, 31/01/1984.
- ❖ “Podrán detener a personas con sufrimiento mental. El gobierno modificará la ley de desmanicomialización”, 27/10/2000.
- ❖ “Río Negro y El Manicomio Fantasma”, 31/10/1993.

- ❖ “Salud mental: hoy no es un día más”, 25/11/1989, copia consultada en noviembre de 2011, en el Archivo de la Coordinación provincial de Salud Mental.

Otras publicaciones:

- ❖ RAPOPORT, Mariana. “Atrapados con salida”, Clarín Revista, 7/1/1991, copia consultada en ACPSM.
- ❖ “Rehabilitación vs manicomio. Nuevas perspectivas para la Salud Mental”, Parlamento, sin fecha, versión en papel consultada en el ACPSM, noviembre de 2011.
- ❖ LUKIN, Tomás (19 de enero de 2010), “Las falsas promesas privadas”, Página 12, en <https://www.pagina12.com.ar/diario/economia/2-138701-2010-01-19.html>
- ❖ “Una experiencia única. Cómo viven los enfermos mentales una provincia donde no los encierran.”, Clarín, 4/8/1996, copia en el ACPSM.

Bibliografía general

AGUIRRE ROJAS, Carlos Antonio (1999), “De la "Microhistoria local" (mexicana) a la "Microhistoria de escala" (italiana)”, *Prohistoria: historia, políticas de la historia*, ISSN 1514-0032, N°. 3, en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5851803>

AMARANTE, Paulo (2006), *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*, Ediciones Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires.

ARMUS, Diego (2000), “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”, en Mirta Zaida Lobato (dir.), *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Nueva historia Argentina, Tomo 5, Editorial Sudamericana.

----- (2002), *Entre médicos y curanderos: Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Buenos Aires: Grupo Editorial Norma en https://www.academia.edu/34117405/Entre_m%C3%A9dicos_y_curanderos_Cultura_historia_y_enfermedad_en_la_Am%C3%A9rica_Latina_moderna.

----- (2002), “La enfermedad en la historiografía de América latina moderna”, *Asclepio*, 54(2), 41–60, en <https://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140>.

----- (2006), reseña sobre ARMUS, Diego (comp.), “Avatares de la medicalización en América Latina 1870/1970”, en *Anuario de Estudios Americanos*, 63, 2, julio-diciembre, 307-359, Sevilla (España), 2006.

----- (2007), *Un médico higienista buscando ordenar el mundo urbano argentino de comienzos del siglo XX*, Salud Colectiva, Buenos Aires, 3(1):71-80, Enero-Abril, 2007, <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n1/v3n1a06.pdf>.

----- (2010), “¿Qué historia de la salud y la enfermedad?”, *Salud colectiva*, Buenos Aires, 6 (1): 5-10, enero-abril 2010, en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000100001&Ing=es&nrm=iso.

----- (2012). "Historia / Historia De La Enfermedad / Historia De La Salud Pública". *Revista Chilena De Salud Pública*. Volumen 16, Issue 3. 264-271. DOI: 10.5354/0719-5281.2012.23164, en <https://works.swarthmore.edu/fac-history/478>

AROSTEGUI, Julio (2001), *La Investigación Histórica. Teoría y Método*, Barcelona, Crítica, en <https://docer.com.ar/doc/c8xxve>.

BALZANO, Silvia (2007), “Cuando las disciplinas de la norma legitiman la (norma)lidad: de “buenas y malas conductas y descompensaciones” en la Colonia Montes de Oca (provincia de Buenos Aires)”, en *Intersecciones en Antropología* 8: 339-353, en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-373X2007000100025&lng=es&nrm=iso.

BANDIERI, Susana (1995), “Acerca del concepto de región y la historia regional: la especificidad de la Norpatagonia”, en *Revista de Historia*, N° 5, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue, en <http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/historia/article/view/688/709>

----- (2019) “Los desafíos de incluir las perspectivas locales y regionales en la enseñanza de una historia argentina más compleja”, *Revista Tempo, Espaço e Linguagem*, Vol. 10, N°1, en <https://revistas2.uepg.br/index.php/tel/article/view/13806/209209211320>

----- (2021). “Microhistoria, Microanálisis, Historia Regional, Historia Local. Similitudes, diferencias y desafíos teóricos y metodológicos: Aportes desde la Patagonia”, *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 21(1), e133, en https://www.anuarioiha.fahce.unlp.edu.ar/article/download/aihae133/14113?inline=1#redalyc_792180001_ref16.

BASAGLIA, Franco (1972), *La utopía de la realidad*, en http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/basaglia_1972_lautopiadelarealidad.pdf

----- (2008), *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*, Buenos Aires, Topía Editorial.

BELMARTINO, Susana (2008), “Los procesos políticos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría”, en *historiapolitica.com*, <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino1.pdf> .

----- (2009), “Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos”, documento base de discusión del *Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX* del 5° Foro del Bicentenario, reunido el 14 de mayo de 2009 y dedicado a “Salud y Políticas de Salud”, *Historia política*, versión on-line en <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf>.

----- (2017), “Hacia un enfoque histórico de la constitución de actores sociales y políticos: La profesión médica en Argentina a lo largo del siglo XX”, presentado en el *Seminario Problemas de la Argentina Contemporánea*, organizado por el PEHESA, Instituto Ravnigani, UBA y el CEHP, Escuela de Política y Gobierno, UNSAM, *Historia política*, versión on-line en <http://www.historiapolitica.com/datos/biblioteca/Belmartino2.pdf>

----- y Carlos BLOCH (1994), *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de interés y modelos organizativos, 1980-1985*, Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1994, en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6270>

BERMANN, Gregorio, *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 1965.

BIANCHI, Marcela (2008), “¿Qué decimos cuando hablamos de desmanicomialización?”, en <http://www.kennedy.edu.ar/DocsDep29/Revista%20Letra%20Anal%C3%ADtica/Art%C3%ADculos/Bianchi%20Marcela/Qu%C3%A9%20decimos%20cuando%20hablamos%20de%20desmanicomielizaci%C3%B3n.pdf>.

BOHOSLAVSKY, Ernesto (2007), “Curando la nación: los médicos y la formación del estado en Argentina”, *A contracorriente*, Vol. 4, No. 3, Spring 2007, 188-201, en <http://www.ncsu.edu/project/acontracorriente> (reseña sobre Julia Rodríguez. *Civilizing Argentina. Science, Medicine, and the Modern State*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2006).

----- y Germán SOPRANO (ed.) (2010), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo libros.

BONNEWITZ, Patrice (2003), *La sociología de Pierre Bourdieu*, Buenos Aires, Nueva visión.

BOURDIEU, Pierre (1997), *Razones prácticas Sobre la teoría de la acción*, Barcelona, Anagrama, en <http://epistemh.pbworks.com/f/9.+Bourdieu+Razones+Pr%C3%A1cticas.pdf>

----- (1999), *Intelectuales, política y poder*, Buenos Aires, Eudeba.

CARPINTERO, Enrique (2010), “Argentina del Bicentenario. El poder en el campo de la Salud Mental”, en *Topia*, abril de 2010, en <https://www.topia.com.ar/articulos/argentina-del-bicentenario-poder-campo-salud-mental>

----- y Alejandro VAINER (2005), *Las huellas de la memoria II. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los 60 y 70*, Buenos Aires, Topía.

CASULLO, Fernando et al (2014), “Identificando al enemigo. Entrevista a Giovanni Levi”. *Revista de Historia*, [S.l.], n. 10, p. 185-189, may 2014. ISSN 2591-3190. Disponible en: <http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/historia/article/view/224>

DE IPOLA, Emilio (2004), “Veinte años después (Parque Norte: razones del fracaso de un intento inédito de enfrentar la crisis argentina), en Vicente PALERMO y Marcos NOVARO (coord.), *La historia reciente argentina en democracia*, Buenos Aires, Edhesa.

DE LELLIS, Martín y Jorge ROSSETTO (2009), “Cien años después: Transformaciones de una institución asilar en la República Argentina”, en *Revista eä*, Vol. 1 (agosto 2009), en www.ea-journal.com.

DI LISCIA, María Silvia (2009), “Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940)”, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5(2):259-278, Mayo-Agosto, 2009, <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v5n2a08.pdf>

FERNÁNDEZ, Sandra (2015), “La perspectiva regional/local en la historiografía social argentina”, *Folia Histórica del Nordeste*, N° 24, Resistencia, Chaco, diciembre 2015, pp. 189-202, en <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/fhn/article/view/309/274>.

FONTANA, Joseph (2001), “En busca de nuevos caminos”, en *La historia de los hombres*, Barcelona, Crítica.

FOUCAULT, Michel (1990), *Historia de la locura en la época clásica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

GARGARELLA, Roberto (2010), “Democracia y derechos en los años de Raúl Alfonsín”, en Roberto GARGARELLA y otros (comps.), *Discutir Alfonsín*, Buenos Aires, Siglo XXI.

GIMÉNEZ, Marcela (2009), “Empresa social y salud mental comunitaria”, *Escuela Biental de Especialización para Operadores de Empresas Sociales*, ISOLE, Viedma.

GOFFMAN, Erwin (2009), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu editores.

GONZALEZ LEANDRI, Ricardo (2007), “Sanidad pública, funcionarios e intelectuales en Argentina a fines del siglo XIX”, en *Agenda Social*, Revista do Programa de Políticas Sociais. Campos dos Goytacazes, UENF, v.1, n.2, maio-agosto/2007, p.20-41, disponible en http://www.uenf.br/Uenf/Downloads/Agenda_Social_4932_1194554896.pdf

----- (2010), “Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo XIX”, en BOHOSLAVSKY, Ernesto y Germán SOPRANO (ed.) (2010), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo libros.

----- (2012) “Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de estado Buenos Aires 1850-1910”, Mariano Ben PLOTKIN y Eduardo ZIMMERMANN (comp.), *Saberes de Estado*, Edhasa, en <https://bibliodarq.files.wordpress.com/2016/07/3-gonzalez-leandri-r-itinerarios-de-la-profesion-medica-y-sus-saberes-de-estado-buenos-aires-1850-1910.pdf>

----- (2013), “Internacionalidad, Higiene y Cuestión Social en Buenos Aires (1850-1910). Tres momentos históricos”, en *Revista de Indias*, 2013, vol. LXXIII, n.º 257 Págs. 23-54, ISSN: 0034-8341 doi:10.3989/revindias.2013.002, en <http://revistadeindias.revistas.csic.es/index.php/revistadeindias/article/view/915/988>

GRENDI, Edoardo (1981), "Paradojas de la historia contemporánea", *Relaciones*, verano, año/vol. 24, número 095, Colegio de Michoacán, Zamora, México, pp. 267-278, en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13709509>.

GUTIÉRREZ VIDRIO, Silvia (2010), "Discurso periodístico: una propuesta analítica", *Nueva época*, núm. 14, julio-diciembre, 2010, pp. 169-198, en <https://www.redalyc.org/pdf/346/34615372007.pdf>.

INGENIEROS, José (1920), *La locura en la Argentina – 1919*, Proyecto Biblioteca Digital Argentina. Primera edición, Buenos Aires, Cooperativa editorial limitada, en <http://www.biblioteca.clarin.com/pbda/ensayo/locura/b-601787.htm>.

KAZI, Gregorio, Enrique CARPINTERO, Angel BARRACO y Alejandro VAINER (2007), *Desmanicomializar. Pasado y Presente de los manicomios*, Topia 24/4/2007, en <http://www.topia.com.ar/articulos/desmanicomializar-pasado-y-presente-de-los-manicomios>

KUHN, T.S. (2006), *La estructura de las revoluciones científicas*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

LEVI, Giovanni (2021), "Apostilla. Microhistoria e Historia Total", *Anuario IEHS*, Vol. 36 Núm. 2, en <https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/anuario-ies/article/view/1218>

MILLÁN, Mária (1998), "Las zapatistas de fin del milenio. Hacia políticas de auto representación de las mujeres indígenas", *Revista Chiapas*, N° 3, México, Ediciones Era.

MONTAGNER, Maria Inez (2007), *Mulheres e trajetórias na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: vozes singulares e imagens coletivas*, Tesis de maestría en Salud colectiva Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

NEIMAN, Guillermo y QUARANTA, Germán (2006), "Los estudios de caso en la investigación sociológica", en Irene VASILACHIS DE GIALDINO (Coordinadora), *Estrategias de investigación cualitativa*, Buenos Aires, Gedisa. en <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/neiman-quaranta-los-estudios-de-caso-en-la-investigacion-sociologica-pp213-237.pdf>.

QUEVEDO, Emilio, Mario HERNÁNDEZ, Claudia Margarita CORTÉS GARCÍA, y Juan Carlos ESLAVA (2013), "Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad", *Revista Ciencias de la Salud*, 11(3):295-321, en https://www.researchgate.net/publication/299645724_Un_modelo_para_armar_Una_propuesta_metodologica_para_abordar_el_estudio_comparativo_de_la_historia_de_la_salud_publica_de_las_profesiones_de_la_salud_y_de_sus_relaciones_de_doble_via_con_la_sociedad.

RAMOS MEJÍA, José M. (1915), *Las neurosis de los hombres célebres en la historia argentina / 1878-1882*, Segunda edición (completa en 1 volumen) con un prólogo de José Ingenieros; Buenos Aires, La Cultura Argentina, en <http://www.biblioteca.clarin.com/pbda/ensayo/neurosis/ensayo.htm>.

REVEL, Jacques (2015) (dir.), *Juegos de escalas. Experiencias de microanálisis*, San Martín, unsam Edita, 2015, 284 páginas, en <http://www.scielo.org.ar/pdf/prismas/v20n1/v20n1a06.pdf>.

SAFORCADA, Enrique, Martín DE LELLIS y Schelica MOZOBANCYK (2010), *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*, Buenos Aires, Paidós.

SANDOMIRSKY, Marcelo (2010), “De las políticas públicas a la construcción del sujeto de las políticas”, en SAFORCADA, Enrique, Martín DE LELLIS y Schelica MOZOBANCYK, op. cit.

SAUTU, Ruth (2005), *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*, Ediciones Lumiere, en http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/todo_es_teoria_objetivos_y_metodos_en_investigacion_sautu_ruth.pdf

SERNA, Justo y Anacleto PONS (1999), “El historiador como autor. Éxitos y fracasos de la microhistoria”, en *Prohistoria. Debates y combates por la historia que viene*, Número especial, Año 3, N° 3, Rosario, primavera de 1999.

----- (2002), “Formas de hacer microhistoria”, en *Ágora*, Revista de Ciencias Sociales, núm. 7.

SOPRANO, Germán (2007), “Del Estado en singular al Estado en plural. Contribución para una historia social de las agencias estatales en la Argentina”, *Cuestiones de Sociología*, 2007 (4). ISSN 2346-8904, en <http://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar>

SOUZA MINAYO, Maria Cecília de (2016), *El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud*, en https://www.researchgate.net/profile/Maria-Minayo/publication/33023708_El_desafio_del_conocimiento_Investigacion_cualitativa_en_salud/links/569e16b608ae16fdf07b9613/El-desafio-del-conocimiento-Investigacion-cualitativa-en-salud.pdf

SURIANO, Juan (2004), “Introducción: Una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina”, en Juan SURIANO, *La cuestión social en Argentina (1870-1943)*, La Colmena, en <http://historiasocialargentinaunlp.com.ar/wp-content/uploads/2018/04/suriano-introduccion-la-cuestion-social-en-argentina.pdf>

SURIANO, Juan (2005) (dir.) “Dictadura y democracia (1976-2001)”, *Nueva Historia Argentina*, Tomo 10, Buenos Aires, Sudamericana.

THERBORN, Göran (1987), *La ideología del poder y el poder de la ideología*, Madrid, Siglo XXI.

VEZZETTI, Hugo (1985), *La locura en la Argentina*, Edición digitalizada que se corresponde con la 1ª edición de la Editorial Paidós.

----- (2008), “Pensar la memoria”, *Ficha de cátedra de Filosofía de la Historia*, Universidad Nacional del Comahue, sede CRUB, año 2008.

VISACOVSKY, Sergio Eduardo (2001), *El Lanús. Memoria, política y psicoanálisis en la Argentina (1956-1992)*, Buenos Aires, editado por Infomed, en <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/814/full.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

----- (2002), *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Buenos Aires, Alianza.

ZITO LEMA, Vicente, Susana SICULER, Angel BARRACO y Alberto SAVA (2008), “Mesa redonda: Interdisciplina y desmanicomialización”, *Revista Psicoanálisis*, Vol. XXX, N°2-3.

Bibliografía específica

BAFFO, Claudia (2011), “Desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y nuevos desafíos. La perspectiva de los trabajadores a 25 años de la reforma en salud mental”, *Tesis de Maestría en Epidemiología, gestión y políticas de salud*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús (copia cedida por la autora).

BALMACEDA, Roberto O. (2011) “Patrimonio cultural de la salud, identidad y calidad de vida. La resignificación activa del valor identitario del ‘Hospital Común Regional de Allen’, Río Negro, Patagonia norte, como patrimonio cultural de la salud.” *Calidad de vida – Universidad de Flores* Año III, Número 6 (13/10/2011): pp. 37–57, en cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1532.

BROIDE, Ana Lía (2016), “Tres escritos”, en *La Brancaleone. Teoría y práctica desmanicomializadora*, Río Negro, Kuruf editorial.

CAMINO VELA, Francisco (2011), *La dinámica política en la provincia de Río Negro desde mediados del siglo XX. El predominio de la UCR*, tesis doctoral, Facultad de Geografía e Historia, Universidad de Sevilla (copia cedida por el autor).

COHEN, Hugo (2006), “La ley de salud mental de Río Negro – Argentina: Antecedente para el debate nacional sobre salud mental y legislación en Chile”, *Debate Nacional sobre Salud Mental y Legislación*, organizado por el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, con la colaboración de OPS. Santiago de Chile, 11 de octubre de 2006, en <https://sites.google.com/site/psiquiatricomunitaria/home>.

----- (2009), “De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad.”, en RODRIGUEZ, Jorge (ed.), *Salud Mental en la comunidad*, Washington D.C., OPS N° 49. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud (2009): 127–130. Copia en ACPSM, noviembre 2011.

COHEN, Hugo y Graciela NATELLA (1991), “La salud mental en la provincia de Río Negro”, Entrevista de Juan Carlos STAGNARO a Hugo Cohen y Graciela Natella, *Vertex* 3, 1991.

----- (coord.) (1995), *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

----- (2009), “Argentina: el programa de salud mental en la provincia de Río Negro”, en RODRIGUEZ, Jorge, *Salud mental en la comunidad*, Washington, DC, OPS, 2009, en <http://www.scribd.com/doc/26499192/El-Programa-de-Salud-Mental-en-La-Propinc>.

----- (2013), *La desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

COLLINS, Pamela (2008), “Argentina: waving the mental health revolution banner- psychiatric reform and community mental health in the province of Río Negro”, en José Miguel CALDAS DE ALMEIDA y Alex COHEN, *Innovative mental health programs in Latin America and the Caribbean*, Washington, DC, Pan American Health Organization, 2008, en [www.globalmentalhealth.org/downloads/packages%20of%20Care%20%20%20Caldas%20de%20Almeida%20%20Cohen%202008%20casebook%20\(2.18%20MB\).pdf](http://www.globalmentalhealth.org/downloads/packages%20of%20Care%20%20%20Caldas%20de%20Almeida%20%20Cohen%202008%20casebook%20(2.18%20MB).pdf).

CORNAGLIA, Carlos L. M. (2011a), “La Aplicación De La Ley Que Dio Un Nuevo Enfoque Para Tratar Enfermedades Mentales Mostró Falencias. Una ‘Desmanicomialización’ Ficticia.” *Diario Río Negro*, 21/10/2011, en <http://www.rionegro.com.ar/diario/rn/nota.aspx?idart=735143&idcat=9521&tipo=2>.

----- (2011b), “Construcción y destrucción de la salud pública en la provincia de Río Negro”, *Sinopsis*, año 26, n° 52, en <https://apsa.org.ar/sinopsis/sinopsis52.pdf>.

CORNAGLIA, Carlos L. M. (2012), “Política de estado en adicciones. Estrategias de organización. Capacitación para la configuración de un modelo de política de estado en adicciones”, *Jornadas sobre políticas de Estado en Adicciones*, Viedma, 4 y 5 de diciembre de 2012, Gobierno de Río Negro, en <https://rionegro.gov.ar/?contID=9605>.

DOUGLAS PRICE, Jorge Eduardo (1987), “Políticas y acción del gobierno democrático en las áreas de Acción Social, Previsión, Minoridad, Ancianidad, Familia y Mujer”, julio 1987, copia en Biblioteca de la Legislatura de Río Negro.

FRANCO, Miguel Angel (2001), *Estrategias de reformas y percepción social de la política de Salud Mental en Río Negro*, Tesis de Maestría en Administración Pública, Universidad Nacional del Comahue (CURZA)-Universidad Nacional de Córdoba (IIFAP), Viedma, agosto de 2001.

----- (2002): “Política de salud mental: reforma estatal y percepción social”, en Carlos La Serna y José A. Gomiz Gomiz (Compiladores), *La Salud Pública en los tiempos del neoliberalismo. El caso de la Provincia de Río Negro*, Viedma; Ediciones del CEAPPE.

FRANCO, Pablo (2016), “Historia de la salud mental en Río Negro 1985-2015”, en *La Brancaleone. Teoría y práctica desmanicomializadora*, Río Negro, Kuruf editorial.

IUORNO, Graciela (2010), “Una provincia imaginada. El gobierno de Álvarez Guerrero y la ‘espinosa cuestión’ de la integración rionegrina. Argentina (1983-1987), en *Historia política*, versión on-line en http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/ppterritoriales_iuorno.pdf.

MUREKIAN, Noemí Graciela (1993), “Percepción social de la salud mental: una encuesta social en ciudad de Viedma, provincia de Río Negro, Argentina (1992)- Primeros avances”, *VII Seminario transcultural de Psiquiatría Cultura y situación psicosocial en América Latina*, Universidad de Hamburgo, Alemania, septiembre 1993 (copia en ACPSM).

----- (2006a), “La desmanicomialización en los media: representaciones sociales y construcción de la reforma psiquiátrica”, Simposio “Comunidades, Público, Media frente a la Locura”, *VIII Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales: media y sociedad*, Roma, 28 de agosto-1 de septiembre 2006.

----- (2006b) “Salud mental y representaciones sociales: estructuras, procesos y contextos. De la desmanicomialización y sus impactos representacionales en población adulta y en grupos de expertos. ciudad de Viedma y Ciudad de Buenos Aires”, *Tesis*, Facultad de Psicología, UBA, en <http://biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=634394a58528d350c6a853311790e479>

MUREKIAN, Noemí Graciela, José Francisco VALENCIA, Aída CID y Christian COURTIS (2002), “Las representaciones sociales de la salud mental en un contexto de reforma psiquiátrica. jueces y políticos de la ciudad de Viedma y Buenos Aires frente a la desmanicomialización”, en *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10 (2): 125 - 156, 2002.

PELLEGRINI, Jorge Luis (1992), “Alcoholismo y Grupo”, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Volumen III, N°7, Marzo/Abril/Mayo 1992, <http://www.editorialpolemos.com.ar/vertex7.php>

----- (2011a), “Médico Plantea Sus Dudas Si Realmente Existió Un Manicomio En Allen.”, *Agencia Digital de Noticias de Río Negro*, 12/4/2011. <http://www.adnrionegro.com.ar/index.php/es/portada/3927-medico-plantea-sus-dudas-si-realmente-existio-un-manicomio-en-allen>.

----- (2011b), “Historia del publicitado “manicomio” de Allen, Río Negro”, en *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 2011, Vol. XXII: 392 – 395, <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex99.pdf>

POSE, Hernán (2009), “El derrotero radical en 25 años de gobierno provincial: la territorialización del partido en Río Negro (1983-2008)”, *Revista Pilquen- Sección Ciencias Sociales-Año XI-N° 11*, 2009, en <http://www.scielo.org.ar/pdf/spilquen/n11/n11a07.pdf>

----- y Pedro DALL’ARMELLINA (2012), “La resignificación del discurso democrático en la política de Río Negro (Argentina), 1983-1995”, *IV Congreso uruguayo de Ciencias Políticas “La ciencia política desde el sur”*, Asociación uruguayo de Ciencia Política, 14 al 16 de noviembre de 2012.

RAMACIOTTI, Karina (2008), “De neurocirujano a primer ministro de Salud de la Argentina”, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(1):91-103, Enero-Abril 2008, <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n1/v4n1a06.pdf>.

SCHIAPPA PIETRA, José (2003a), *Nuevos trabajos en Salud Mental*, en http://www.salud.rionegro.gov.ar/inicio/listfile/tecnicos.php?dir=&sort=name&order=d_esc

----- (2003b), “Tres escritos. A partir de observaciones y labores realizadas con la llamada modalidad rionegrina de trabajo en salud mental”, Lamarque, en <https://studylib.es/doc/211334/tres-escritos---ministerio-de-salud>.

----- (2008), *Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en salud mental*, Viedma, Fondo Editorial Rionegrino.

----- y otros (2016), *La Brancaleone. Teoría y práctica desmanicomializadora*, Río Negro, Kuruf ediciones.

SCHIAPPA PIETRA, José y otros (2019), *La Brancaleone II. Conceptos, experiencias y bellos relatos de la desmanicomialización rionegrina*, Río Negro, Kuruf ediciones.

SUÁREZ, Rubén (2002): “El subsector público de salud de Río Negro y su contexto histórico (1957-1994)”, en Carlos La Serna y José A. Gomiz Gomiz (Compiladores), *La Salud Pública en los tiempos del neoliberalismo. El caso de la Provincia de Río Negro*, Viedma; Ediciones del CEAPPE.

VICENTE, B., H. COHEN, S. SALDIVIA, G. NATELLA, M. VIELMA, J. C. SANTAYO y V. IANOWSKI (1997), “Programa de Salud Mental en la Provincia de Río Negro (Argentina)”, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1997, Vol. XVII, N° 64, en <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1997/revista-64/10-salud-mental-en-la-provincia-de-rio-negro.pdf>