

# L'economia política de la salut mental. Una teoria necessària per a la intervenció del treball social en el context sanitari argentí

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

**Carolina Santiago Dunaiewsky<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1400-0346

---

Recepció: 23/01/21. Revisió: 13/05/21. Acceptació: 02/06/21

---

**Per citar:** Santiago Dunaiewsky, C. (2021). L'economia política de la salut mental. Una teoria necessària per a la intervenció del treball social en el context sanitari argentí. *Revista de Treball Social*, 220, 79-96. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.220.04>

---

## Resum

En el present article, es pretén analitzar l'impacte que ha tingut en la configuració del sistema sanitari argentí el model econòmic implementat en cada moment històric d'aquest país. Poder considerar aquesta dimensió des del treball social li aporta complexitat al nostre abordatge i ens permet comprendre quines són les conseqüències concretes sobre la població amb la qual treballem de les diferents polítiques sanitàries que executa un govern a partir del pressupost que els assigna. Això es relaciona amb l'accés al dret a la salut, pel qual les treballadores socials<sup>2</sup> hem de bregar.

L'autora es detindrà especialment en l'impacte que han tingut aquests models econòmics en el tractament de les malalties mentals, analitzant els diferents paradigmes i actors intervinents en aquests processos.

---

**Paraules clau:** Salut mental, economia política, treball social.

---

1 Llicenciada en Treball Social (2006), Universidad de Buenos Aires. Diplomada superior en Control i Gestió de Polítiques Públiques (FLACSO). Diplomada en Economia Política de la Salut (UNPAZ). [tscarolinasantiago@gmail.com](mailto:tscarolinasantiago@gmail.com)

2 En aquest article s'utilitzarà el femení genèric per donar visibilitat al col·lectiu de dones, evitant reproduir estereotips que responen a la construcció de models androcèntrics que situen la mirada masculina com a universal.

---

## Abstract

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

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

---

**Keywords:** Mental health, political economy, social work.

## 1. Introducció

Aquest article té com a objectiu analitzar l'impacte de l'economia política de la salut en les intervencions de les treballadores socials en el camp de la salut mental. Incorporar aquesta dimensió en la nostra anàlisi permet dissenyar estratègies d'intervenció que tinguin en compte no només la població destinatària, sinó també els components polítics i econòmics que incideixen directament en les polítiques sanitàries.

El pressupost que es designa per a cada pla, programa i projecte és el resultat de disputes polítiques emmarcades en un model econòmic que condiciona el model d'atenció en salut.

Com que soc una professional que es va formar i treballa a Buenos Aires (Argentina), el desenvolupament d'aquest article es basa en l'experiència en aquest país. I si bé no és possible transposar models des de la nostra realitat a l'Amèrica Llatina cap a un altre continent, entenc que l'economia capitalista travessa molts dels nostres països i això fa que trobem aspectes comuns que segurament incideixen en les nostres pràctiques professionals. Espero aportar una mirada estratègica i necessàriament política, on puguem pensar en termes d'actors amb incidència en la presa de decisions que acaben condicionant d'alguna manera les nostres existències.

Començaré aquest article ressenyant quins grans paradigmes de l'economia política van travessar la història argentina i com van anar configurant els diferents models sanitaris que fins avui coexisteixen. Esmentaré quin era el rol del treball social en cada etapa per després detenir-me en els diferents models d'abordatge de les malalties mentals i les aportacions de la nostra disciplina en aquest camp.

## 2. Metodologia

Per fer aquest treball, la metodologia utilitzada va ser la de revisió bibliogràfica. Part del material inclòs va ser suggerit per les meves docents de la diplomatura en Economia Política de la Salut, cursat a l'Asociación de Madres de Plaza de Mayo i organitzat per la Universidad José C. Paz i la Fundación Sobirania Sanitaria (2019b). També vaig sumar articles sobre la salut mental a l'Argentina escrits per autores que tenen una mirada crítica cap als manicomis i breguen per una salut mental en comunitat. Aquestes autores són referents a l'Argentina i l'Amèrica Llatina per la seva defensa dels drets humans. Així mateix, vaig incorporar material de col·legues que tenen una perspectiva llatinoamericana i decolonial del treball social.

Em va interessar incloure les aportacions teòriques d'especialistes argentines per entendre la realitat del nostre país de la mà dels qui també la viuen.

### 3. Desenvolupament. Marc teòric

En aquest apartat, començaré definint la ciència de l'economia política per després caracteritzar els 4 grans models macroeconòmics que van marcar la història argentina prenent com a punt de partida l'any 1880 i arribant fins a l'actualitat. S'analitzarà l'impacte que van exercir en el sistema sanitari i es descriuran els diferents tipus d'abordatge que va tenir el treball social en cada moment històric.

Per començar a desenvolupar aquest eix, és important definir l'economia de la salut. Comparteixo la perspectiva de l'equip de salut de la Fundación Sobirania Sanitaria (2019a), que expliciten:

es considera l'economia de la salut un cos de coneixements tècnics, científics i polítics que es du a terme en funció de les necessitats de la política sanitària. A més, pot donar suport al procés de presa de decisions en salut contribuint a l'anàlisi de la distribució dels recursos, del cost-benefici de les tecnologies disponibles, dels interessos en pugna i a la prioritització d'accions sanitàries.

La salut, com a camp complex, hem d'analitzar-la atenent l'economia. Com a professionals hem de pensar quin tipus de model econòmic és el que promou no sols una accessibilitat més gran al sistema de salut, sinó també el que garanteix condicions de vida dignes de la ciutadania.

Començaré historiant els diferents models econòmics i el seu impacte en la configuració del sistema sanitari actual i de la nostra disciplina.

#### 3.1. Inicis del treball social sota el model agroexportador

Segons Basualdo (2007), aquest model va tenir vigència entre el 1880 i el 1930 i va estar caracteritzat per l'obertura a l'exterior. En aquest període, a escala internacional va haver-hi una demanda més gran d'aliments i una disminució en els costos del transport.

A escala local, l'Estat va fomentar polítiques d'obertura comercial i es va proveir d'infraestructura per a exportacions. El mercat va necessitar emprar més mà d'obra, la qual cosa va dur com a conseqüència processos migratoris del camp a les grans urbs.

Aquest model econòmic va estar sustentat en la producció agropecuària pampeana. Moltes dels propietàries d'aquestes terres, pertanyents a l'oligarquia, van decidir també invertir en altres branques d'activitat com la indústria, el comerç o les finances (Basualdo, 2007).

Durant aquest període, la cobertura sanitària era parcial i els qui inicialment es feien càrrec de la salut eren els moviments filantròpics i higienistes en els quals participaven les "assistents socials". La nostra professió estava associada a la caritat i a la beneficència. No hi havia política sanitària per part de l'Estat i la salut havia de ser garantida per la pròpia interessada, ja que la malaltia i la seva curació eren vistes com un

problema subjectiu. La relació entre metgessa i pacient se suscitava en forma de contracte privat (Fazio, 2013).

El model agroexportador inicia l'agonia després de la crisi econòmica del 1930 i és en aquest moment que comencen a sorgir les mutualitats, que es van configurar entorn d'una branca d'activitat i estaven regides pels principis de solidaritat de classe i protecció mútua de les treballadores (Stolkiner, 1997). També, a partir de l'organització d'uns certs col·lectius de migrants (espanyoles i italianes, entre d'altres) es creen hospitals per donar resposta a la demanda sanitària d'aquesta població.

Les professionals del treball social que exercien en el camp de la salut eren tècniques que col·laboraven amb les metgesses (part d'aquest model persisteix en l'actualitat) i concorrien als domicilis a verificar si les pacients complien amb les prescripcions mèdiques. Eren considerades ajudants i tenien poca autonomia per a la presa de decisions vinculades a la vida de les persones que atenien.

### **3.2. De l'assistència social al servei social: canvi de paradigma durant el model d'industrialització per substitució d'importacions (ISI)**

Aquest model pot dividir-se en dues etapes: la primera data del 1930 al 1958 i la segona, del 1958 al 1973 (Basualdo, 2007) i es caracteritza per ser de creixement "cap a dintre", a diferència del model anterior. Començant pel primer període, podem dir que el context internacional estava marcat per la fi de la Segona Guerra Mundial (1945), el tancament dels mercats i una volatilitat més acusada en termes de l'intercanvi.

La industrialització serà l'eix del desenvolupament econòmic per al qual el Govern peronista implementa polítiques de més incentiu i protecció. Aquest moviment va promoure una sindicalització més gran, millores en el salari real i va incorporar la classe treballadora com a factor de poder en la vida social i política del país (Confederación de educadores argentinos, 2009). Val la pena detenir-se en aquest moment polític i social, ja que marca una fita en la història del sistema sanitari nacional. Es crea amb rang ministerial la Secretaria de Salud Pública (1946) a càrrec del Dr. Ramón Carrillo, que proposa un canvi paradigmàtic en matèria de salut en considerar-la com un dret que ha de ser garantit per l'Estat i en entendre que no hi ha política sanitària sense política social. Per primera vegada es reconeix l'efecte dels determinants socials en el procés de salut, malaltia i atenció. Alzugaray (2009, p. 62), citant Carrillo, reflecteix el posicionament polític del sanitari:

L'Estat no pot quedar indiferent davant el procés econòmic. Perquè llavors no hi haurà possibilitat de justícia social, i tampoc pot quedar indiferent davant els problemes de la salut d'un poble, perquè un poble malalt no és ni pot ser un poble digne.

El peronisme assigna pressupost en matèria de polítiques socials, ampliant i garantint els drets de les treballadores, les nenes, les persones amb discapacitat i altres sectors en condició de vulnerabilitat social.

Conviu en aquest període refundacional dos models o subsistemes de salut: un bismarkia de seguretat social finançat amb aportacions de les treballadores i un altre d'accés gratuït i universal.

Pel que fa al treball social, es qüestiona la perspectiva assistencialista i es proposa enfocar la intervenció com un servei. Es defineix la disciplina com a servei social, prenent idees del model europeu i nord-americà, en un intent de professionalitzar-se fent-se més tecnòcrata i burocràtica. En aquesta etapa d'expansió de polítiques socials, les col·legues prenen més protagonisme en institucions de salut, formant part d'equips professionals i intentant fer un corriment del rol tradicional que havien exercit fins aleshores.

Amb l'inici de l'autoproclamada Revolució Llibertadora (1955), s'inicia un procés de descentralització i s'habilita la participació d'organismes internacionals en la presa de decisions vinculades a la salut del nostre país (situació que veurem repetir-se en un futur).

A partir del 1958 (segona etapa de l'ISI), l'economia va estar caracteritzada per l'arribada de noves inversions estrangeres i per la reinversió d'utilitats per part de les empreses subsidiàries. A l'estructura industrial ja existent a l'Argentina, s'incorporen noves branques de l'activitat com ara la producció automotriu, la fabricació d'acer i la petroquímica. Com a fites del sistema sanitari en aquest període, podem esmentar la descentralització d'hospitals nacionals; la proposta de muntar hospitals SAMIC (servei d'atenció mèdica integral per a la comunitat); l'afiliació obligatòria a les obres socials (el 1970, durant la dictadura d'Onganía); l'intent fallit d'integrar el sistema sanitari a través de l'SNIS (Sistema Nacional Integrat de Salut) el 1973 i el sorgiment del sistema privat.

### **3.3. La professionalització del treball social en el marc del model de valoració financera**

Aquest model, que s'inicia amb la dictadura cívico-militar del 1976, interromp el procés d'industrialització que s'estava consolidant en l'anterior període. Descriuint les mesures econòmiques, podem esmentar com les més significatives l'alliberament del tipus de canvi, l'obertura d'importacions, privatitzacions, desregulació laboral i precarització de l'ocupació. També, la contracció de deute extern (no per invertir en producció o indústria, sinó per a l'especulació financera), la fugida de capitals i l'estatització del deute privat. Es van alliberar els preus i a més de congelar-se els salaris, es va dissoldre la Confederación General de Trabajo (CGT)<sup>3</sup> i es van iniciar processos de persecució a la classe treballadora.

---

3 La Confederación General del Trabajo va ser creada per treballadores el 1930, amb l'objectiu de conquerir els drets de les treballadores i vetllar pel seu compliment. És una organització sindical amb forta vigència en la vida política argentina i té molt pes

En l'àmbit de la salut, continua la descentralització dels hospitals nacionals (sense els fons corresponents) i s'inicia una crisi de finançament del sector d'obres socials, a causa de l'encariment de les prestacions, la introducció de noves tecnologies, l'evasió d'aportacions i la disminució del que es recaptava en pujar la desocupació (Cetrángolo i Gatto, 2002).

Sorgeixen també les primeres prestacions amb aranzels en efectors públics.

Pel que fa al treball social, s'estava qüestionant el paradigma de "servei social" i es comencen a repensar altres modalitats d'intervenció, més vinculades al treball comunitari i des d'una perspectiva llatinoamericana. Durant l'època de la dictadura cívic-militar, el treball en viles i barris vulnerables vinculats a la prevenció en salut i a l'educació popular era molt perillós (de fet, encara hi ha col·legues desaparegudes).

És una etapa en la qual la nostra disciplina es reconceptualitza i pren aportacions de moviments socials i comença a dir-se treball social.

Ander Egg (1984) ho explica d'aquesta manera: "l'objectiu final del treball social no serà l'adaptació o acomodació, ni la integració, sinó la conscienciació, mobilització i organització del poble i de cada persona".

Amb el retorn a la democràcia el 1983, el Govern nacional es proposa unificar el sistema de salut argentí i suggereix una Assegurança Nacional de Salut, però no prospera atesa la resistència per part del sindicalisme i alguns governadors de l'oposició.

Com a estratègia sanitària, comença a cobrar protagonisme l'atenció primària de la salut (APS).

Pel que fa al treball social, es posa en marxa un nou pla d'estudis universitaris de 5 anys que acredita el grau de llicenciatura. Aquesta fita li atorga a la nostra disciplina un grau més de jerarquia i participació en equips interdisciplinaris de salut.

Entrada la dècada dels 90, la proposta de transformar el sistema de salut venia per part dels organismes internacionals que oficiaven de quasi rectors de la política sanitària, baixant programes i finançant alguns d'ells amb èxit relatiu, ja que es pretenia tenir el mateix impacte en tota la població sense atendre les heterogeneïtats de cada regió.

Cal esmentar l'informe sobre el desenvolupament mundial: "Invertir en Salut" (1993), citat a la recerca d'Alicia Stolkiner (1997), en el qual el Banc Mundial suggereix que per reformar l'assegurança social al nostre país era convenient promoure la lliure competència entre les cobertures. Es proposava una lògica de mercat, trencant amb la de solidaritat que encara existia, i se suggeria que aquesta competència aportaria millores en la qualitat de les prestacions i ajudaria a superar la crisi financera en la qual es trobaven les obres socials.

D'altra banda, es va consolidar el procés de descentralització sanitària (atemptant contra el Govern atesa la multiplicitat d'actors que suma i la complexitat que això comporta). Això implicava que cada província

---

en la presa de decisions dels sindicats i els partits polítics, marcant l'agenda pública i governamental.

argentina i cada municipi es fes càrrec de la seva política sanitària amb pressupost propi. Això impactava directament en la quantitat i qualitat de serveis i prestacions que s'oferien a la ciutadania. El Ministerio de Salud exercia el rectorat de molt pocs programes nacionals. Es va consolidant la fragmentació del sistema sanitari i l'accés desigual a serveis de salut de qualitat. És a dir, aquelles províncies que aconseguen més recaptació i pressupost són les que compten amb més bona infraestructura i qualitat de serveis (la ciutat de Buenos Aires n'és el millor exemple).

Durant el Govern de l'Alianza para el Trabajo, la Justicia y la Educación<sup>4</sup> continua el procés de desregulació d'obres socials, mentre que els organismes internacionals continuen pressionant per incidir en les polítiques públiques.

### **3.4. El treball social amb els peus a l'Amèrica Llatina: acompanyant el model de postconvertibilitat**

Aquesta etapa podem analitzar-la a la llum dels fets ocorreguts postcrisi del 2001 i amb l'assumpció primer del Dr. Eduardo Duhalde<sup>5</sup> i, poc més d'un any després, del Dr. Néstor Kirchner.<sup>6</sup> Segons Wainer (2010) podem situar l'inici d'aquest període amb la devaluació i la derogació de la llei de convertibilitat. Es modifica no només el règim canviari, sinó que també es converteixen a pesos els crèdits i els deutes contrets. El patró de creixement és liderat per la producció de béns i serveis. Un altre aspecte central és que baixen les taxes d'interès, la qual cosa augmenta la conveniència al moment d'invertir en producció, disminuint l'especulació financera.

Aquest període es caracteritza per una forta expansió de les polítiques públiques, que van implicar la restitució i ampliació de drets, la millora en els índexs d'ocupació i en els ingressos (malgrat les dificultats que van persistir a combatre la informalitat de les treballadores). Es va reactivar el mercat intern, utilitzant la capacitat instal·lada i subsidiant les tarifes de serveis públics. Aquestes polítiques públiques van impactar en una millora en la qualitat de vida de les persones i, per tant, de la seva salut. A les mesures concretes se suma que el Ministerio de Salud reassumeix la funció de rector, regulador i executor en temes de salut. Cal agregar que per primera vegada una col·lega, Alicia Kirchner, és designada en el càrrec de ministra de Desenvolupament Social.

El treball social en aquest moment es compromet amb una epistemologia llatinoamericana, centrada en els sabers i particularitats dels nostres pobles des d'una perspectiva decolonial i crítica. Això implica el reconeixement i valoració de la nostra cultura, recuperant així experiències

4 El partit de La Alianza va governar l'Argentina entre el 1999 i el 2001. Al desembre d'aquest any, l'expresident Fernando de la Rúa va abandonar el Govern, després de fortes protestes i de la brutal violència policial exercida sobre la ciutadania.

5 El Dr. Duhalde va presidir l'Argentina entre el gener de l'any 2002 i el maig del 2003. Era membre del Partido Justicialista (opositor a La Alianza).

6 El Dr. Kirchner va guanyar les eleccions nacionals pel Partido Justicialista l'any 2003 i va governar fins al desembre de l'any 2007.



dels pobles originaris, els moviments socials i grups oprimits. Es proposen abordatges adequats a les nostres realitats amb eines pròpies dels territoris, analitzant críticament la història des de la mirada llatinoamericana (Meschini i Hermida, 2017).

Es promou un grau més alt d'involucració amb les problemàtiques socials i de participació social per acompanyar processos de defensa i restitució de drets. En aquests moments els serveis socials en salut ja gaudeixen de més jerarquia, autonomia i reconeixement per part de les altres disciplines.

Per anar finalitzant aquesta etapa, s'esmentaran les polítiques econòmiques implementades pel partit Cambiemos durant els 4 anys de la seva gestió i el seu impacte en l'àmbit social i sanitari. Es van intentar aplicar les velles receptes neoliberals, que van portar com a conseqüència la vulneració de drets que ja s'havien conquerit.

Algunes de les mesures econòmiques preses van ser la desregulació del sector extern, l'obertura comercial, l'endeutament i la quitació de subsidis a les tarifes. Va haver-hi pèrdua d'ocupacions genuïnes i es van crear llocs precaritzats i desprotegits (i, per tant, van disminuir les aportacions a les obres socials i van contribuir al seu desfinançament).

Durant aquesta gestió, el Ministerio de Salud va passar a ser Secretaria (2018), la qual cosa va implicar una retallada pressupostària i que aquest organisme perdés el poder de rectorat que havia intentat recuperar durant el kirchnerisme. S'entenia la salut més com un paquet de prestacions i serveis que com un dret universal que ha de ser garantit per l'Estat.

En síntesi, el sistema sanitari argentí es va anar configurant en funció de les característiques dels diferents models econòmics implementats. Si avui traguéssim una foto del nostre sistema podríem dir que està compost per 3 grans subsectors: públic (d'accés universal, gratuït i il·limitat), d'obres socials (finançades amb les aportacions de les treballadores registrades) i privat (on les persones poden accedir a diferents cobertures en funció del pagament que facin).

Cada subsector treballa de manera independent i manquen d'articulació entre si. I, com ja s'ha esmentat, el sistema es caracteritza per ser inequitatiu i atomitzat i, així, els serveis de qualitat i alta complexitat es concentren en les grans ciutats. És important tenir en compte aquest context en el moment de la intervenció professional, per diversos motius. Hem de saber quins són els recursos de la xarxa sanitària amb els quals es compta, quin pressupost tenim per gestionar, quines prestacions podem oferir a la població i quines hem d'exigir a l'Estat. Cal que promovem des del nostre rol una articulació i coordinació més grans entre els diferents serveis, optimitzar l'ús dels recursos disponibles i ser un nexa entre la població i l'Estat que permeti garantir el dret a accedir a una prestació sanitària de qualitat.

Entenent la salut com un camp complex on els determinants socials impacten directament en el procés de salut, malaltia i atenció, és part de la nostra responsabilitat professional contribuir a millorar les condicions de vida materials de les comunitats i afavorir la seva organització i partici-

pació social, orientant i acompanyant mesures d'exigibilitat de drets (per exemple, a l'aigua potable i a l'asfalt, entre d'altres). També inclou poder desenvolupar tasques de prevenció i educació per a la salut que permetin a les persones comptar amb eines per a l'autocura.

## 4. La salut mental a l'Argentina

Com hem anat analitzant, els models econòmics i el tipus de polítiques públiques que els diferents governs executen tenen conseqüències directes al poble. Pensem a tall d'exemple en com impacta en la salut mental d'una persona haver perdut la feina quan té a càrrec una família o en la que té una malaltia crònica i no pot accedir als medicaments. Molts d'aquests patiments poden desencadenar problemàtiques de salut mental més o menys greus, que van des de quadres d'ansietat o depressió a altres malalties més complexes i cròniques. Com he anat insistint, no cal defugir la importància dels determinants socials en la salut.

Al nostre país, el tractament d'aquestes malalties ha estat objecte de disputes polítiques, econòmiques i professionals que han incidit en la configuració dels diferents models d'atenció a cada moment històric dels quals les treballadores socials vam ser part. Per poder comprendre aquests processos, es farà un recorregut històric sobre l'atenció en salut mental a l'Argentina.

### 4.1. Antecedents de l'atenció en salut mental

Les malalties mentals al nostre país van ser enteses des de diferents paradigmes (que encara conviuen). Per fer una retallada històrica, podem prendre els últims 50 anys per descriure la modalitat d'atenció que van tenir les persones amb afectacions a la salut mental.

Inicialment, aquestes malalties se circumscriïen a un problema biològic, només era possible que les atengués la medicina en el marc d'un hospital psiquiàtric. El tancament era part del "tractament" i es complementava amb plans de medicació i un fort control institucional atesa la presumpció de perillositat que existia sobre les persones internades. Part d'aquest control institucional era exercit per les treballadores socials, que funcionaven d'enllaç entre les persones internades i el poder judicial civil i penal. Ingressar a una institució d'aquestes característiques implicava la pèrdua de drets bàsics com la intimitat, la presa de decisions, el maneig del seu patrimoni, etc. Eren, en molts casos, considerades incapaces o insanes judicialment i, així, se'ls restringia l'exercici de drets civils com casar-se, sortir del país, administrar béns i tenir la pàtria potestat de les seves filles, entre d'altres.

El manicomi com a institució total (Goffman, 1972) va ser i continua sent sostingut per preservar la societat d'aquelles persones que resulten una amenaça per a la comunitat (el treball social va ser, en molts casos, una peça important per sostenir aquesta lògica).

A partir del retorn a la democràcia el 1983 comencen a gestar-se moviments de professionals que, prenent el model de l'antipsiquiatria italiana representada per Franco Basaglia, proposen altres tipus d'abordatge centrats en el respecte als drets humans i en la participació de les usuàries en la presa de decisions sobre el seu tractament en un marc comunitari. Aquests equips eren interdisciplinaris i incloïen a psicòlogues, terapeutes ocupacionals, infermeres i treballadores socials. Es comença a treballar amb professors de diferents disciplines artístiques, oficis i referents de barris.

Els dispositius alternatius que s'estaven gestant als 70 i que van ser interromputs pel cop civic-militar s'enforteixen i instal·len com a part de l'oferta de tractament en salut mental: hospitals de dia i centres de dia, teràpies grupals, teràpies familiars i l'articulació de recursos en forma intersectorial.

El clima d'època va ser propici per reprendre aquestes experiències. A això se suma que la salut mental es trobava en l'agenda de govern:

Per entendre que els efectes del procés de reorganització nacional deixaven conseqüències directes del genocidi en les víctimes directes i en el teixit social, més les catàstrofes de valors, organitzacions i institucions formals i de base, amb evidents danys sobre la qualitat de la salut mental col·lectiva i sobre els sistemes d'atenció i rehabilitació (Galli, 2011).

Les pràctiques alternatives d'intervenció en salut mental es van estendre a diverses províncies argentines. Per citar només alguns exemples, a Buenos Aires es va crear el Frente de Artistas del Borda (1984), que es va plantejar com a dispositiu de recuperació a través de diferents expressions artístiques i treballava (i encara ho continua fent) tant dins com fora de l'hospital, amb artistes que estan en tractament de salut mental.

Un altre cas paradigmàtic va ser el de la província de Río Negro, on professionals adherents al moviment italià militen i aconsegueixen plasmar una reforma en salut mental a través de la primera llei nacional, que fomentava l'atenció de les persones en àmbits comunitaris i promovia processos de desinstitucionalització.

Aquestes i altres experiències de lluita van ser producte de l'organització i participació en l'escena política, a través de diferents estratègies i aliances amb actors clau que van permetre anar visibilitzant socialment i políticament la problemàtica.

A la dècada dels 90, l'escenari social, polític i econòmic es veu marcat per l'impacte de les polítiques neoliberals, que implicava (entre altres fenòmens) un fort corriment de l'Estat com a garant del dret a la salut de la població i la consolidació de la transferència dels hospitals nacionals a l'òrbita de les províncies. Aquestes transferències van ser administratives i sense el pressupost corresponent.

Quant al nostre exercici professional, moltes col·legues havien de demanar pressupost per als seus programes a organismes internacionals com el Banco Interamericano de Desarrollo. Els plans socials eren focalitzats i

de caràcter compensatori (sota promesa d'eficiència en la despesa). Això implicava atendre grups específics de població de forma molt selectiva. En aquest període, les polítiques socials universals estaven posades en qüestió per una suposada ineficiència de la despesa que suposava executar-les.

L'oferta de recursos per a persones en situació de vulnerabilitat social era molt delimitada i, en general, es limitava al lliurament de béns materials o bosses amb aliments i no, per exemple, a generar ocupació genuïna.

L'any 2000, governant L'Alianza al país i a la ciutat de Buenos Aires, se sanciona en aquest territori la Ley 448, que tenia com a objectiu garantir la salut mental de totes les persones que visquessin o transitessin la ciutat. S'indicava que els equips d'atenció en salut mental havien de ser interdisciplinaris i s'hi s'inclouia el treball social. Aquesta llei va ser la llavor de la que després es va sancionar a escala nacional, ja que promovia una desinstitucionalització progressiva i l'atenció per fora de l'àmbit hospitalari. Aquesta llei va ser de difícil aplicació per molts motius, que s'assenyalen en un article del Colectivo 448 Salud Mental (2010):

...factores com ara la inacció governamental, la resistència corporativa d'alguns sectors professionals, gremials i empresarials, la indiferència, els prejudicis i el desconeixement de la societat sobre les malalties psíquiques...

Aquest camp de conflicte pot perfectament ser transposat a l'àmbit nacional, com ja veurem.

En assumir el kirchnerisme el 2003, va haver-hi diverses organitzacions que van començar a dissenyar estratègies d'incidència política per introduir en l'agenda governamental el tema de la salut mental (Osella i Santiago, 2018). Podem esmentar el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) i el Mental Disability Rights International (MDRI), que amb la publicació del llibre *Vidas Arrasadas* (2008) van posar en relleu la situació de les persones internades als hospitals psiquiàtrics del país i van registrar gravíssimes violacions als drets humans. En aliança amb el CELS, altres organitzacions d'usuàries i familiars, universitàries, culturals, de DH i professionals van teixir xarxes amb actors clau de l'àmbit polític que els van obrir la porta a participar del debat que va portar com a resultat la sanció de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 el desembre del 2010.

L'aplicació d'aquesta llei va ser i continua sent molt resistida, principalment per les corporacions mèdiques que van veure afectats els seus interessos i van perdre una certa quota de poder dins del camp de la salut mental, en posar la llei en peus d'igualtat per a l'exercici professional (assistencial i en càrrecs de conducció) a les professions especialitzades en la temàtica (per exemple, les psicòlogues, les treballadores socials, les terapeutes ocupacionals, etc.). Aquestes corporacions estan representades a la ciutat de Buenos Aires per l'Asociación de Médicos Municipales (Comité de Presidencia AMM, 2019) i, a escala nacional, per l'Asociación de Psiquiatras Argentinos (Comisión Directiva APSA, 2019).

## 4.2. La política nacional en salut mental

En aquest punt, s'analitzaran qüestions relatives al pressupost (actors involucrats en la presa de decisions respecte de la seva distribució) i la seva incidència en la intervenció professional.

Per començar, cal assenyalar que la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en l'article 32, va disposar que, del total del pressupost destinat a salut, almenys el 10% havia de ser assignat a programes de salut mental.

Lamentablement, no es compten amb dades precises sobre el percentatge invertit en salut mental. L'Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (2016) va sol·licitar informes l'any 2016 al Ministerio de Salud i va rebre com a resposta que l'únic programa que es projectava era el de Suport i Promoció de la Salut Mental i Addiccions (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Tampoc hi ha dades en els anys posteriors, ja que la Direcció de Salut Mental com a tal no figura en el pressupost de salut, sinó que es dilueixen les activitats que du a cap en el marc d'altres programes de promoció i atenció a la salut. Aquesta ja és una dada en si mateixa i podem esbossar com a hipòtesi que la salut mental no gaudeix del protagonisme que mereix en l'agenda de govern. Si prenem el pressupost per a salut que es va aprovar per al 2020, detallat pel Ministerio de Economía de la Nación (2020), observem que un sol eix esmenta la salut mental i es va proposar:

Promoure i coordinar des de la Direcció Nacional de Salud Mental les xarxes locals, regionals i nacionals, ordenades segons criteris de risc, que tinguin en compte el desenvolupament adequat dels recursos per a l'atenció primària de la salut mental i de les addiccions.

Es comprèn que la irrupció de la pandèmia de la covid-19 hagi obligat molts governs a repensar la seva política sanitària i redirigir els pressupostos. Lamentablement, el tancament dels manicomis previstos per a l'any que va passar està molt lluny de complir-se (encara hi ha 12.000 persones internades en aquestes institucions a l'Argentina, segons l'últim cens realitzat per la Direcció Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019)).

Reprement l'anàlisi política (necessària per comprendre per què encara no es compleix la llei i es continua invertint als hospitals psiquiàtrics) cal esmentar un dels actors protagonistes en aquestes disputes, que és la corporació mèdica, que va tenir incidència en la gestió de polítiques públiques de Cambiemos (a escala nacional en el seu moment i fa anys a la ciutat de Buenos Aires). Els diversos gremis que l'agrupen s'han mostrat en desacord públicament amb la implementació de la Ley Nacional de Salud Mental, argumentant que són necessaris els "hospitals especialitzats" i negant les conseqüències que porta a les persones viure en institucions d'aquestes característiques.

Si analitzem com incideix això en les nostres pràctiques, pensem que, si el 80% del pressupost en salut mental està destinat als manicomis, gran part del col·lectiu professional que es desenvolupa en aquest camp hi treballa. Aquest és el nostre enquadrament institucional, que, d'algu-

na manera, modela les nostres pràctiques. Encara que, per descomptat, això no implica que treballem amb un posicionament crític del manicomi i intentem fer intervencions que respectin els drets de les persones. Però, per la mateixa dinàmica institucional i les condicions de treball (poques col·legues per a un grau elevat de demanda), les intervencions solen ser més de tall assistencial que promocional.

Cal esmentar que existeixen dispositius públics ambulatoris orientats a la prevenció i rehabilitació en salut mental (en els quals el treball social és considerat indispensable) i també uns altres de tipus residencial, però s'emporten la porció més baixa del pressupost i no aconsegueixen satisfer la demanda.

Les nostres pràctiques estan condicionades pel context d'una política pública en matèria de salut mental que no és universal i que té com a beneficiària majoritàriament la població que està internada en hospitals psiquiàtrics. Com garantir l'accés als tractaments de qualitat, a les polítiques socials i treballar per la restitució de drets vulnerats i l'ampliació de drets és un gran repte per al qual plantejo algunes eines a les conclusions.

## 5. Conclusions

S'ha descrit i analitzat en aquest article l'impacte de les mesures econòmiques en la configuració del sistema sanitari argentí, amb especial atenció al camp de la salut mental. A més, quin va ser el rol del treball social en cada període i com es va anar reconceptualitzant a la llum de cada moment històric.

Podem anar concloent que, com a professionals que exercim en el camp de la salut, és fonamental comptar amb una mirada crítica sobre la política pública (analitzar com es dissenya, qui ho fa, per què, per a qui, amb quins objectius i amb quin pressupost). Això ens permet donar un enquadrament realista a les nostres intervencions, sabent per endavant els recursos amb els quals comptem per resoldre una problemàtica determinada.

Pel que fa a la situació de les persones amb malalties mentals podem afirmar que, malgrat la legislació vigent, no ha millorat ostensiblement. Els hospitals psiquiàtrics han anat disminuint el nombre de llits, però s'observa que moltes persones romanen internades per problemàtiques socials. Ningú pot ni ha de viure en un hospital per falta de política pública. I és allà on les treballadores socials hem d'arbitrar les mesures d'exigibilitat a l'Estat per al compliment de les seves obligacions.

Queda clar que amb la llei escrita no n'hi ha prou i que sense aquesta tampoc pot avançar-se en matèria de política pública perquè requereix d'un marc legal que la sustenti (i de legitimitat política que la sostingui). I que per planificar política pública és condició excloent tenir una mirada estratègica que analitzi els actors que disputen el poder i el pes específic de cadascun d'ells.

La implementació de la Ley Nacional de Salud Mental resulta complexa perquè el problema de la salut mental és complex. Es requereix treballar en diversos fronts, no només en l'àmbit gremial, sindical i econòmic, sinó també en el social. Cal oferir informació a la ciutadania, sensibilitzar sobre el que implica un problema de salut i baixar-li l'alta càrrega d'estigma que encara conserva, perquè la societat compregui que el tancament o internació de llarga estada per qüestions socials no és cap tractament.

Seria important plantejar una redistribució del pressupost i destinar-ne una part a polítiques de prevenció, promoció i a dispositius ambulatoris de recuperació. També, a programes de suport residencial i d'inclusió laboral genuïna. Insisteixo en la importància de reconèixer els determinants socials que incideixen en la salut mental, ja que és allà on el nostre rol professional cobra preponderància. Som les agents sanitàries especialitzades a fer aquestes avaluacions i dissenyar estratègies d'intervenció que promoguin la inclusió de les persones. Som les que coneixem la política pública i comptem amb eines des del marc teòric per analitzar la qüestió social i planificar intervencions adequades a cada context, tenint la usuària com a protagonista del seu propi procés de recuperació.

Considero necessari continuar enfortint les organitzacions de la societat civil conformades per usuàries, familiars, professionals, etc., i construir fortes aliances amb els gremis que uneixen les "no mèdiques" (terapeutes ocupacionals, psicòlogues, infermeres...), per anar posicionant en l'agenda pública altres discursos, altres propostes d'abordatge que excedeixin la intervenció de la medicina.

Un altre front (crec que el més complicat de tots) és regular els laboratoris pel que fa al finançament (que s'amaga sota la façana de "regals") a professionals i la participació publicitària en congressos. Les professionals de la salut tenim un deure ètic, un compromís amb la població que atenem i ha de ser fortament sancionat qui especuli amb guanyar diners a costa de la salut de la ciutadania. Cal desnaturalitzar unes certes pràctiques que semblen part del paisatge quotidià d'un hospital o clínica.

L'exercici del treball social té com a deure ètic la militància pels drets humans i el sosteniment del seu compromís amb les persones que es troben en situació de vulnerabilitat social. Per fer-ho és necessari construir una mirada crítica de la realitat que ens permeti transformar-la amb les eines teòriques que adquirim i els sabers acumulats de les poblacions amb les quals treballem, sempre tenint com a horitzó la justícia social.

---

## Referències bibliogràfiques

- Alzugaray R. (2009). *Ramón Carrillo: el fundador del sanitarismo nacional*. Colihue.
- Ander Egg, E. (1984). *Historia del Trabajo Social*. Hvmnitas.
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia. (2016). *Salud mental y presupuesto: Por un presupuesto transparente y adecuado*. ACIJ. Recuperat 23 juny 2021, de <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2016/12/Saludmental-y-presupuesto.pdf>
- Basualdo, E. (2007). *Concepto de patrón o régimen de Historia acumulación y conformación estructural de la economía* (Trabajo de Maestría en Economía Política Argentina, Documento N.º 1, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). [http://legacy.flacso.org.ar/uploaded\\_files/Publicaciones/mep\\_dt01.pdf](http://legacy.flacso.org.ar/uploaded_files/Publicaciones/mep_dt01.pdf)
- Centro de Estudios Legales y Sociales, y Mental Disability Rights International. (2018). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo XXI Editores.
- Cetrángolo, O., y Gatto, F. (2002). Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado. Dins *Seminario "Desarrollo local y regional: hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores"*, organizado por el ILPES y el Gobierno de la Provincia de Pichincha, Ecuador. Recuperat 29 juny 2021, de <https://siteal.iiop.unesco.org/investigacion/2330/descentralizacion-fiscal-argentina-restricciones-impuestas-proceso-mal-orientado>
- Colectivo 448 Salud Mental. (2010). A 10 años de la sanción de la "ley 448 de salud mental" y a 1 año de la formación del "colectivo 448 de salud mental". *Revista Topía*. Topía. Recuperat 23 juny 2021, de <https://www.topia.com.ar/articulos/10-a%C3%B1os-sanci%C3%B3n-%E2%80%9Cley-448-salud-mental%E2%80%9D-y-1-a%C3%B1o-formaci%C3%B3n-del-%E2%80%9Ccolectivo-448-salud-mental%E2%80%9D>
- Comisión Directiva APSA. (2019, maig 24). *Ley de Salud Mental, desmanicomialización y salud pública: Una larga serie de malos entendidos desde el retorno de la democracia*. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Recuperat 29 juny 2021, de <https://www.apsa.org.ar/docs/leysm052019.pdf>
- Comité de Presidencia AMM. (2019, mayo 13). *Sin hospitales de salud mental no hay salud mental ni salud pública*. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <http://medmun.org.ar/gremiales2019/2019-05-13.html>



- Confederación de educadores argentinos. (2009). *Historia del movimiento obrero y del sindicalismo en Argentina*. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Recuperat 29 juny 2021, de <http://www.trabajo.gob.ar/downloads/formacionSindical/Historia%20del%20Movimiento%20Obrero%20y%20del%20Sindicalismo%20en%20la%20Argentina.pdf>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Gobierno de Salud. (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. 2019*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación. Recuperat 23 juny 2021, de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>
- Fazio, L. (2013). Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político. *Revista Salud Colectiva*, 9, 2-6.
- Fundación Soberanía Sanitaria. (2019a). *Análisis del sistema de salud de CABA luego de 12 años del gobierno del Pro*. (Informe FSS N.º 43). Fundación Soberanía Sanitaria.
- Fundación Soberanía Sanitaria. (2019b). *Diplomatura en Economía Política de la Salud*. Recuperat 29 maig 2021, de <https://soberaniasanitaria.org.ar/diplomatura-en-economia-politica-de-la-salud/>
- Galli, V. (2011). Problemáticas de Salud Mental en la Argentina. *Voces en el Fénix*, 7, 46-51. Voces en el Fénix. <http://www.vocesenelfenix.com/content/problem%C3%A1ticas-de-salud-mental-en-la-argentina>
- Goffman E. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Ley 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, promulgada el 2 de diciembre del 2010. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. Recuperat 23 juny 2021, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley N.º 448, de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, promulgada el 31 d'agost del 2000, BOCBA N.º 1022 del 7 de setembre (2000).
- Ley N.º 2440, de Salud Mental, promulgada el 3 d'octubre del 1991, Boletín Oficial del 10 d'octubre, p. 1 (1991).
- Meschini, P., i Hermida, M. E. (Comps.) (2017). *Trabajo Social y descolonialidad: Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social* (1a ed.). EUDEM.
- Ministerio de Economía de la Nación (2020). *Jurisdicción 85. Ministerio de Salud y Desarrollo Social*. Recuperat 29 juny 2021, de <https://>

[www.economia.gob.ar/onp/documentos/presutexto/proy2020/jurent/docs/P20J85.rtf](http://www.economia.gob.ar/onp/documentos/presutexto/proy2020/jurent/docs/P20J85.rtf)

- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria*. Colihue.
- Osella, N., i Santiago, N. C. (2018). El rol de las organizaciones de la sociedad civil en el diseño de la Ley Nacional de Salud Mental. Dins S. Cuella i R. Crosetto (Comps.), *5º Encuentro Argentino y Latinoamericano de Trabajo Social* (p. 595-599). Universidad Nacional de Córdoba. Recuperat 23 juny 2021, de [https://sociales.unc.edu.ar/sites/default/files/E%20Book%205to%20Encuentro\\_0.pdf](https://sociales.unc.edu.ar/sites/default/files/E%20Book%205to%20Encuentro_0.pdf)
- Stolkiner, A. (1997). Breve reseña histórica del sector de obras sociales. *Revista Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría*, 8, 2-6.
- Wainer, A. (2010). Principales características del patrón de crecimiento instaurado en la postconvertibilidad. Dins Y. Socolovsky (Coomp.), *Desarrollo económico, clase trabajadora y luchas sociales en la Argentina contemporánea* (p.151-152). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperat 23 juny 2021, de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>