

MENTAL HEALTH AND THE URBAN SYSTEM IN AN AVERAGE RANGE TOWN

ABSTRACT

The intention of this work is to analyze the specific and particular relations between the public system of a mental health service and the institutional urban system that contains it, in an average range town of Buenos Aires province, as a contradictory joint between the structure of the capitalist urbanization and the public services. Both systems and its relations are analytically approached through the explicit manifestations of the social actors involved and the structural underlying processes. From the theoretical contributions of Medical Anthropology and Urban Anthropology, processes such as the "psychiatrization of social matters", are investigated as being associated with biological medicalization, and the spatial and organizational segregation of the public device of attention of mental health. Its concealments and contradictions result in agreement with the hypothesis of an isomorphism of the specific processes of the health system and the urban system in the intermediate city on the base of the homeostatic biologicistic ideological model that conceives both the process of "healing" mental illness and the generation of its spatial and organizational segregation. Finally, critical clues are generated and established from inside the system itself and the analysis of the case.

KEYS WORDS: Intermediate City; Urban Segregation; Mental Health.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es analizar las relaciones específicas (del sistema) y particulares (del lugar) entre el sistema público satisfactor de un servicio de salud mental y el sistema institucional urbano que lo contiene, en una localidad de rango medio de la Provincia de Buenos Aires. Se abordan ambos sistemas y sus relaciones, tomando para el análisis las manifestaciones explícitas de los actores sociales involucrados y los procesos estructurales sub-yacentes. A partir de los aportes teóricos de la Antropología de la Salud y la Antropología Urbana, se indaga en la articulación de procesos como la llamada "psiquiatrización de lo social"¹ y la segregación espacial y organizacional del aparato público² de atención de salud mental, sus contradicciones

oooooooooooooooooooooooooooo

1 En este artículo usamos comillas dobles en tipo normal de letra para señalar citas de autor, título o categoría establecida, cursiva sin comillas para términos que se desea resaltar y cursiva entre comillas para la transcripción de fuentes documentales o de un actor en particular.

2 El aparato público del caso consiste en el conjunto de instituciones del sistema de atención de la salud mental en todo el distrito del partido. Está conformado por una unidad sanitaria

y claves de interpretación.

El trabajo integra la investigación sobre el sistema de salud mental en una ciudad media, realizada por la Mag. Galarza entre 2006 y 2010, en la cual se llevaron a cabo observaciones participantes en encuentros terapéuticos (asambleas multifamiliares) organizados en la institución de internación psiquiátrica local durante un año, totalizando unas 120 horas de trabajo de campo, sumando entrevistas intensas y participación en reuniones con profesionales y trabajadores del sector. El objetivo de esta investigación consistió en analizar las vinculaciones entre el tipo de tratamiento terapéutico practicado en el neuropsiquiátrico de un poblado y la organización social del sistema de atención, a través de la descripción de su funcionamiento, las representaciones y prácticas de los actores involucrados en la *curación* de la enfermedad mental³. A la vez, se articulan los resultados del trabajo de facilitación organizacional realizado por el Dr. Gravano y equipo en el Proyecto de Extensión "Apoyo a la gestión pública y social", dentro del Grupo "Producciones e Investigaciones Comunicacionales y Sociales de la Ciudad Intermedia" (PROINCOMSCI) durante el transcurso del año 2005, con talleres participativos semanales en la misma institución y entrevistas del mismo tenor⁴.

"SE HACEN LOS LOQUITOS PARA NO LABURAR"

"Para él, el que está deprimido es porque gasta más de lo que tiene... me lo ha dicho a mí, no es que lo escuché o es un rumor, no; también me ha dicho vos me tendrías que mandar varios pacientes a mí y vas a ver cómo enseguida se les pasa la locura... claro, él piensa: se hacen los loquitos para no laburar⁵, y así también piensan funcionarios del servicio de salud del municipio, por eso lo trasladaron del centro para afuera, lejos... y encima siguen hablando de nues-

en una localidad de 300 habitantes, con 35 camas de internación, y otra en otra localidad de 5000 habitantes, con 6 camas de internación, 2 policlínicas en la ciudad, donde se canaliza la atención ambulatoria de Psiquiatría y Psicología de adultos, un Hospital Neuropsiquiátrico instalado en un poblado a 20 km de la ciudad y un Hospital General municipal instalado en plena ciudad (100.000 habitantes).

3 Los resultados parciales fueron publicados en Galarza, 2010, 2011 y 2012 y Gravano, 2006.

4 Los objetivos del proyecto de extensión consistieron en aportar a la mejora de la gestión institucional sobre la base de la reflexión acerca de las prácticas de los propios actores involucrados en organizaciones sociales y sector público, en este caso el Hospital Neuropsiquiátrico del poblado. Sus resultados, y evaluación por los actores, fueron volcados en el informe respectivo presentado a la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación (Res. 470/04).

5 "Laburar" significa *trabajar*, en el lunfardo argentino.

a las que concurren" (Secretaría de Salud, 2007).

En 2005 se produce otro traslado no menor, cuando los consultorios externos –que también funcionaban en el edificio de Salud Mental contiguo al Hospital– son mudados a un barrio a veinte cuadras de éste y pasaron a funcionar en una Unidad Sanitaria de Atención Primaria (renombrada por el Municipio como "Policlínica Pueblo Nuevo"). Este edificio linda con una Sociedad de Fomento barrial y se encuentra "pasando el arroyo", una marca importante de segregación para el imaginario urbano indicador del más allá del *acá*, naturalizado como el centro.

Desde este nivel de análisis, es posible comprender un poco más la paradoja de que desde el poder municipal se ironice con un "me los tendrías que mandar", es decir traerlos para que yo literalmente los mande y gracias a ese rigor se puedan "curar", en términos de *desaparición de los síntomas* de la locura (¿o de los locos?). La imagen estereotipada del paciente sería la causa, entonces, de la subordinación institucional y espacial del sistema de tratamiento de ese paciente.

Se constata, como contraste, un imaginario contrario o 'alterno' (el rumiar popular) al del poder: el que ironiza con la asociación *loco-pobre-lejos*, impugnando el imaginario hegemónico que el intendente encarna, pero que difícilmente sea patrimonio exclusivo de su ingenio. Y se agrega la contestación al velado ocultamiento de esa política y de esa distribución espacial, para "que no se note" un problema de responsabilidad pública, una especie de anti-vidriera de lo que *la ciudad* no desea mostrar, siempre de acuerdo con este imaginario contestatario.

LA SALUD MENTAL Y EL SISTEMA URBANO

¿Cómo son las relaciones entre la especificidad del sistema de salud mental y el conjunto de servicios que componen el sistema urbano de una localidad media? ¿De qué manera puede ser posible encontrar ciertas claves que el rango de la concentración urbana proporcionaría para la comprensión más profunda de esas relaciones? ¿Será posible establecer un isomorfismo en los procesos específicos del sistema de salud mental con el sistema urbano en general en la ciudad media?

Estamos ante un campo de conocimientos de la salud mental y condiciones-requisitos disciplinares puestos en juego dentro de su propia especificidad para ser efectiva su puesta en práctica, en un escenario urbano local con su propia particularidad político administrativa y sus imaginarios contrastantes, que se vislumbra como problemática y a la vez impulsora ("capital de la salud") de esa misma efectividad. Este componente urbano no se reduce a ser un mero contexto para el funcionamiento del resto de satisfactores

de servicios públicos. Él mismo es lo que podemos llamar *sistema de sistemas*, al articular el proceso político, regulatorio y de gestión proveedora de satisfacción de las necesidades y expectativas de esos sistemas. Proceso que en su totalidad opera como síntesis de lo que significa no sólo vivir *en la ciudad* sino (y a la vez) vivir *esa ciudad*, con indicadores reales o imaginados desde el estereotipo que engloba a esos a los que "*mejor traémoslos*", dentro del juego paradójico de lo que hay que mostrar-ocultar en la "capital de".

Por consiguiente, nuestras categorías de análisis serán las que provienen de la modelización de los imaginarios hegemónicos acerca de la relación salud-enfermedad, con eje en su proceso de sustancialización y deshistorización de sus condiciones reales y contradictorias, y las que componen el enfoque histórico-estructural de lo urbano, que apunta a las relaciones entre el espacio y la clase y/o componente social y los imaginarios hegemónicos esencialistas y ahistóricos (del estilo de los estereotipos mencionados) emergentes de esta relación. Abordaremos esta combinatoria de categorías y preguntas desde una inicial hipótesis de trabajo que establece que el eje ideológico en común de la relación entre ambos sistemas es el *homeostático* (que supone y pre-concibe el equilibrio y no la contradicción dialéctica) para representarse tanto el objeto de la salud mental, cuanto del sistema urbano y sus actores involucrados.

La articulación dialéctica entre procesos sociales estructurales, espaciales e institucionales, y los imaginarios puestos en juego respondería a esta preponderancia del modo integrista y deshistorizador de concebir lo social, que está en la base de ambas concepciones y racionalidades hegemónicas. Esta especie de *homeostasis doble* se da en el sistema de salud mental como modelo medicalista psiquiatizador biologicista, y en el sistema urbano como un culturalismo esencialista y ahistórico.

Para desarrollar el contenido de nuestra hipótesis, pasamos a definir los campos respectivos de análisis.

LO SANO Y LA CIUDAD

En términos convencionales, la salud mental forma parte de una concepción amplia de *lo sano* que incluye el cuerpo, la mente y la relación de éstos con otros cuerpos y mentes en un plano social. Para la Organización Mundial de la Salud, ésta se define por ser un estado completo de bienestar físico, mental y social, que no consiste sólo en la ausencia de enfermedad. En 2001 la OMS definía a la salud mental como algo: "...que no se restringe, como algunos creen, a los desordenes mentales. También se trata de aspectos emocionales

derechos de una persona a otra, por lo general, del enfermo a sus familiares. De este modo, la revolución burguesa instala en Occidente una contradicción histórica que subyace a ambas construcciones del enfermo mental (la médica y la legal) y que culmina con la internación y su aislamiento.

Fue en el siglo XIX, paralelamente a la noción jurídica de la alienación, cuando surgió su contraparte médica, es decir, la *alienación psicológica*. Los aspectos regresivos de la enfermedad mental demostrarían que una alienación de hecho ocurre en el sujeto antes "loco" y ahora, además, "enfermo", porque "le faltó crecer" en alguna parte de su "ser" (físico, mental, o emocional). Pero para la perspectiva de Foucault, sin embargo, hay una contradicción que antecede a lo patológico, y esa es la contradicción histórica. Es decir, que la alienación no se define por ser una aberración psicológica sino por el momento histórico en el que se genera. Esta apreciación nos estimula a pensar las construcciones etiológicas de la medicina y la psicología como coetáneas de las relaciones ideológicas que determinaron el status legal del "insano"; al punto que ser demente ha implicado la pérdida de derechos de *ciudadanía*.

En Argentina se heredan los valores de la Ilustración a través del higienismo social, puesto en práctica por los alienistas franceses del siglo XIX. El higienismo es el resultado y la respuesta "bio-gubernamental" de administración de salud pública que reconoce la contradicción inherente a la ciudadanía moderna: una igualdad de derecho proclamada y una desigualdad de hecho, dada por el "tratamiento" al enfermo. La contradicción se resuelve reconociendo la desigualdad, y convirtiéndola en un valor político y cultural determinado por la posición de los diferentes actores en la estructura social. Es de suma importancia en este proceso el fenómeno migratorio, parte constituyente de la conformación del Estado-Nación. La incidencia del fenómeno migratorio en la tradición psiquiátrica argentina, es la que nos permite entender el orden sanitario local en la ciudad media de nuestro caso, dentro de la lógica con que se organiza el sistema de salud mental en relación al proceso social de conformación del sistema urbano.

En el imaginario nacional, la patología mental constituye un tema de significativa importancia respecto a los conflictos que la ciudad comienza a mostrar en la segunda mitad del siglo XIX. Este imaginario resulta del modo en que paulatinamente se organizó el dispositivo de la locura, simultáneamente al proceso de construcción del Estado-Nación argentino en contextos de grandes oleadas de migración europea. Su construcción histórica, ha estado atravesada por las relaciones de poder que vinculaban a la élite oligárquica con las masas de trabajadores en términos de la relación campo-ciudad.

Esta dicotomía cobra relevancia social y sanitaria en torno a la necesidad de *aislamiento* de los pacientes. La "higiene" que conlleva para el enfermo esta práctica, según los psiquiatras de la época, no es sólo física sino también y, fundamen-

ción, y que se referencian en el enclaustramiento y la segregación espacial: *fuera de la ciudad*.

LA CIUDAD SANA

Se plantea entonces la problemática del sistema de salud mental dentro de la cuestión urbana, la que no se circunscribe ni se agota en la ciudad, ya que incluso la relación con el campo conforma una unidad de contrarios que es imposible concebir como aislados o independientes el uno del otro. Consideramos en principio como urbano al fenómeno de concentración espacial que se integra en el *sistema*, compuesto por el conjunto articulado de infraestructura física, espacial y social de servicios, que engloban a lo rural en una sola relación de totalidad (Leeds, 1975).

¿De qué manera juega en esta definición la relación en la que está imbricado el sistema de salud mental, como dispositivo específico orientado hacia el tratamiento de individuos concebidos como aislados (medicalizables y psiquiatricizables) pero pertenecientes a las clases sociales que componen la base productiva de las relaciones capitalistas, a los que el modelo hegemónico no sólo enclaustra sino que segrega?

Para responder, ubiquémonos en el debate que entendemos clave para la comprensión y ponderación de lo urbano, que es en principio la cuestión de si la forma espacial, incluida la distribución de los sistemas de servicios en el espacio, determina las condiciones sociales, los comportamientos o hasta la cultura e identidad de los conjuntos sociales; o si es la estructura socio-económica, el modo social de organizarse y vincularse entre sí de los sectores (principalmente las clases sociales, definidas por el lugar en el sistema productivo) lo que condiciona o determina la forma urbana y, por ende, la distribución espacial.

La respuesta afirmativa a la primera pregunta es la que parte de considerar a lo urbano como variable independiente, y va a servir para la sistematización y desarrollo de los estudios urbanos más específicos, llevados a cabo por la escuela de Chicago. La premisa epistemológica de su enfoque se constituyó a partir de una previa tipologización de los espacios urbanos, para pasar luego al análisis menudo de los comportamientos sociales. Éstos supuestamente se correspondían con esos espacios, básicamente los que desde la ideología de los sectores medios (sobrentendidos como *normales*) se estereotipaban como específicamente *problemáticos* dentro de una sociedad "abierta". Estos espacios pasaron a ser las "sedes" de los problemas urbanos, donde se acumulaban los "desviados" de la ciudad *normal*. La teoría del *slum*, o barrio bajo, por ejemplo, alistaba entre sus habitantes "*indeseables*" a "...prostitutas, criminales, proscritos, vagabundos, extranjeros que viven en casas de inquilinato, chinos, negros, ...desajustados, la gentuza" (Zorbaugh, 1929:128 Traducción de los autores), "...los adolescentes, los sindicatos en huelga, los solitarios, los

alguien que *se gasta más de lo que gana...* que implica una amenaza para la ciudad "sana" y, por ende será objeto de políticas.

LA DOLENCIA DEL ESPACIO

En una comprensión sociocultural de la enfermedad mental como construcción y realidad social resulta útil la distinción señalada en torno a que "... *la dolencia es un estado fisiológico y la enfermedad es un estado social presumiblemente causado por la dolencia*" (Conrad y Schneider, 1990: 164). En el caso de la sanción de enfermedad mental, o del comportamiento "desviado" que aún no ha sido sancionado como enfermedad pero que se *presume* patológico, resulta problemático afirmar que una dolencia precedió al proceso social de psiquiatrización del comportamiento considerado desviado, pues lo que resulta negativo y necesario de ser tratado es el comportamiento mismo. Por lo tanto, enfermar es mucho más que *tener* la dolencia, enfermar es *vivir* la dolencia en un sentido cultural total, esto es, tanto en el plano material como en el ideológico. Y es en estos términos que nos aproximamos a nuestro caso, afirmando que ser designado paciente psiquiátrico en una ciudad media implica vivir el proceso de psiquiatrización y, a la vez, el de la segregación que construye un espacio *dolientemente vivido*, y en este caso específico, invisibilizado.

Esto se avala por la doble homeostasis: la biológica, propia del modelo médico hegemónico de concebir la enfermedad mental, y la social, dada por las formas como es concebido y tratado el espacio urbano. En efecto, la noción básica que impregna el sentido de lo sano en Occidente es la de *equilibrio*. Es lo que ha problematizado el enfoque crítico de Eduardo Menéndez (1994) y su modelo, que resulta útil para reconstruir los soportes ideológicos de las condiciones de desarrollo de las prácticas de atención de la salud mental, sobre todo los aspectos no contemplados en la perspectiva que considera la locura derivada de un parámetro de comportamiento social "normal" y que permite comprender diversos mecanismos de reproducción de la desigualdad. Además, permite ir más allá de la perspectiva subjetivista de los teóricos del etiquetamiento, que soslayan la incidencia de los procesos históricos y sociales en la explicación de los sistemas de atención en salud, y ayuda a comprender el cambio social que se opera en lo local relacionando las prácticas de los actores a las condiciones objetivas de la estructura social en la cual son llevadas adelante.

La relación entre representaciones y prácticas de atención y tratamiento en salud mental, presenta complejidades que sólo pueden ser visualizadas y analizadas a partir de las acciones concretas realizadas en la cotidianidad por los actores. Como argumenta Kleinman, "...*desde que las creencias acerca de la enfermedad están siempre estrechamente ligadas a intervenciones terapéuti-*

cas específicas, y de esta manera son sistemas de conocimiento y acción, ellas no pueden ser entendidas fuera de su uso" (Kleinman, 1973. Traducción de los autores), un uso se desarrolla en un tiempo y un espacio particulares.

Así como la enfermedad mental está vinculada al orden social y al proceso histórico en que es generada –tanto material cuanto ideológicamente, en particular, como herencia de la Ilustración a partir de la cual quedó definido el estatus jurídico, médico y social de los sujetos señalados como enajenados o “locos”–, el espacio urbano, y en particular la ciudad como objeto de análisis y de tratamiento disciplinar específico (la urbanística), también provienen de esta misma matriz de la Modernidad. Ambos objetos (salud mental y espacio urbano) se erigen sobre la base de un centro “normal”, paradigmático y valorado como visiblemente central alrededor del cual se construyen simbólicamente las anormalidades socio-biológicas concebidas como patológicas.

Lo patológico es un dominio de suma importancia en el denominado orden sanitario puesto que implica la administración social –esto es, pública pero también subjetiva– de un tipo de alteridad. Siguiendo el concepto del modelo médico hegemónico, la enfermedad mental constituye un hecho social respecto al cual se organizan profesionalmente técnicas e ideologías en constante expansión, lo cual es, asimismo, indicador del fenómeno de *psiquiatrización de la vida*. De acuerdo con el enfoque histórico-estructural del espacio urbano tal como lo concebimos, esto se da en sintonía con la *dolencia del espacio*, al que es destinada la atención del enfermo mental y él mismo. Porque lo más significativo de dicha expansión es que se lleva a cabo de manera paralela a un proceso de segregación espacial de la enfermedad mental y de los pacientes, legitimado por una política pública con fuertes componentes propios del modelo hegemónico y otros que se vinculan con el imaginario nacional y la tradición del higienismo social, en paralelo con la particularidad local de la ciudad de rango medio.

Algunas de nuestras investigaciones han mostrado importantes vinculaciones entre el tipo de tratamiento terapéutico que se practica en el Hospital Neuro-psiquiátrico del poblado periférico de esa ciudad y la organización social del sistema de atención. El modo en que se organiza el sistema de atención y los cambios espaciales y organizacionales que éste ha experimentado, tanto en los tratamientos como en la política pública del sector, dan cuenta de las históricas relaciones que el sistema productivo mantiene con el Estado y su sistema de salud. Relaciones que se encuentran atravesadas por un proceso histórico que vincula las economías locales a los regímenes internacionales de acumulación de capital.

Primeramente, hemos podido establecer que en esta ciudad del centro de la Provincia de Buenos Aires coexisten distintas imágenes superpuestas, procedentes de diferentes períodos históricos y con base en distintas fuentes, que se componen a la manera de un *“palimpsesto urbano”*, a partir del cual

cada una de ellas es construida sobre la huella de la anterior, no desaparecida del todo (Gravano, 2005). Puesto que, en términos simbólicos, el imaginario de una ciudad media se puede definir como el conjunto de imágenes tejidas colectivamente, producto del "...uso e interiorización de los espacios y sus respectivas vivencias dentro de la intercomunicación social" (Silva, 1992: 15) resulta significativa la imagen inicial de "ciudad de frontera" a partir de la cual la ciudad donde realizamos el estudio erige su identidad como "punta de lanza de la civilización". La oposición que coloca a la ciudad civilizada en uno de sus polos no deja de discriminar simbólicamente al otro componente (el salvaje), como urbanamente *anómalo*, extraño de por sí a esa identidad¹².

Además, otras imágenes "vigorosas" (Lynch, 1966), posteriores a la de frontera, se erigen alrededor de componentes del sistema productivo local. Son las que, ya en la segunda mitad del siglo XX tipifican a la "ciudad del cemento" y a la "ciudad del trabajo". Ambas imágenes, que sitúan a la ciudad como un polo productivo, fuente de trabajo y progreso, fueron alentadas por la actividad primaria extractiva proveniente de las localidades serranas aledañas, las cuales cuentan con recursos mineros, y por la actividad productiva que genera la industria del cemento desarrollada a partir de la primera mitad del siglo por capitales nacionales y extranjeros (norteamericanos, hoy brasileños). Sin embargo, las consecuencias de las políticas neoliberales durante la década de 1990 (flexibilización y precarización laboral, desempleo, privatización de servicios públicos) generaron importantes transformaciones en la sociedad local que condujeron, asimismo, a nuevas reconversiones del imaginario local. Luego de la crisis política y económica argentina de 2001, estas imágenes de pujanza y progreso declinaron y las segregaciones socio-espaciales y estigmatizaciones volvieron a hacer uso de imágenes propias del período de la "ciudad de frontera", poniendo en juego representaciones de lo foráneo-salvaje, en adelante, asociadas a la "causa" de los males del desempleo (discriminación racista hacia inmigrantes nortños y bolivianos) y expresiones que condensan la *dolencia del espacio* en la ciudad del trabajo: "...andar por la ciudad sin la ropa de trabajo, a la hora que tenía que estar en el trabajo enferma, duele"¹³.

Por último, conjuntamente a las transformaciones del sistema productivo, la política municipal implementada durante las décadas de los '80 y '90

oooooooooooooooooooooooooooo

12 Hemos hipotetizado incluso que ese imaginario que expulsa ideológicamente al indio de la identidad urbana local del pasado opera en el presente para discriminar a los "negros de los barrios", en un isomorfismo imaginario contundentemente revitalizado en lo que llamamos la "ciudad manchada" desde el prejuicio (Gravano, 2005a).

13 Manifestación de un obrero despedido de una gran empresa en 1996. La preocupación mayor de la Comisión de Desocupados de la ciudad (segunda en crearse en el país) era la baja de autoestima, la crisis de identidad, la violencia familiar, las adicciones.

agudizó su marcado perfil *hospital-céntrico*. En efecto, en el imaginario local el Hospital Municipal ocupa un lugar de gran importancia simbólica y es el principal referente a la hora de evaluar la gestión pública en salud (Galarza, 2011). Esta política ha significado, entre otras cosas, dejar en un segundo plano el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud. Por otra parte, el objetivo inicial con el cual se creó la sección de salud mental local, en 1988, originalmente llamada "Servicio de Psicopatología con orientación infanto-juvenil", da cuenta de una sociedad en la que todavía el pleno empleo juega un rol importante entre los padres y los abuelos pero comienza a mostrarse problemático entre sus hijos y nietos. De allí, que el grupo de *riesgo* sanitariamente construido sea *el de niños y jóvenes*. Así, podríamos concluir que el orden sanitario local da cuenta de un momento socio-histórico de pre-crisis y crisis al construir imaginariamente una especie de *ejército psiquiatrizado de reserva* que sirve para etiquetar, y "resolver", parte de sus consecuencias. Las semejanzas con las épocas de la psiquiatrización del migrante en los años de crisis del capitalismo de la década de 1930 son remarcables.

ESPACIO DE LOCURA

Si el higienismo social y la medicina mental se asociaron para guardar a los sanos de los "degenerados" en la "sociedad abierta", fue el alienista a través de su "tratamiento moral" el que se encargó del loco, en el espacio manicomial. El principio fundamental de este tratamiento moral, como prescribiera Levantini (1885), es que el mismo se realice en los límites de la ciudad de modo tal que la *corrupción moral* asociada al ámbito urbano no interfiriera negativamente en el proceso de *recuperación* del paciente. En el sistema de atención de la ciudad de rango medio que estudiamos, encontramos una lógica de organización que parece reproducir estas nociones emplazando los servicios de monitoreo de los pacientes agudos en la ciudad y las instituciones de internación de los casos crónicos en localidades más pequeñas, alejadas de la misma. Así, las distancias y la presencia de las instituciones psiquiátricas en el paisaje local se nos aparece como un continuo urbano (servicio ambulatorio con sede en la ciudad), peri-urbano (internación de agudos en el hospital de la localidad menor, de 2400 habitantes) y rural (internación de crónicos y seniles, en un poblado de 300 habitantes). Dado que la población total de agudos pasó a estar disgregada –los agudos con atención ambulatoria son atendidos en la ciudad, mientras que los agudos con internación de hasta 2 o 3 meses en el Hospital del pueblo, a unos 30 km. de la ciudad–, a partir de esta distribución espacial de los pacientes, nos preguntamos: ¿A qué se debe tal dispersión territorial?

Como hemos señalado, el espacio no posibilita la realización de ciertas prácticas porque sí, sino en cuanto es identificado y simbolizado. Por lo tan-

to, el espacio interpretado aquí es un lugar que ha sido “practicado”, es decir, cargado de sentidos intersubjetivos por parte de quienes lo identifican y lo habilitan desarrollando sus prácticas en él. Es lo que denominamos espacio *significacional* (Gravano, 2013: 93). En tal sentido, el espacio de la atención no se constituye sólo de una dimensión física, sino también de la dialéctica del espacio (Soja, 1989) con su *imaginabilidad* (espacio “concebido”) y su carácter experiencial (espacio “vivido”). Estas tres dimensiones no suponen un isomorfismo entre el espacio físico, el espacio social y el espacio simbólico al modo de una correspondencia mecánica, sino que, por el contrario, señalan una vinculación dialéctica entre estos aspectos, que refuerzan la idea de “*formas espaciales socialmente producidas*” como enunciara Castells (1974:26).

En el Hospital del poblado ya referido de 300 habitantes, que queda a 60 kilómetros de la ciudad, existen 35 camas de internación. Si bien, en términos administrativos municipales este nosocomio no aparece vinculado al tratamiento de la enfermedad mental (el Municipio le asigna el status de Hospital rural en sus registros), atiende casos de abandono social y varias problemáticas socio-psico-emocionales (alrededor del 52% del total de pacientes internados). Entre éstas se cuentan: alcoholismo crónico (25%), síndromes depresivos (18%), deficiencia mental (9%). De acuerdo con los propios datos del Municipio “...*el 86% de los internados (28 pacientes), presenta patologías de base y se encuentra internado por problemas de tipo social*” (Secretaría de Salud, 2007: 84). Sin embargo, el Hospital sólo cuenta con un médico clínico y algunas enfermeras, y en su planta no se encuentran psiquiatras, psicólogos o asistentes sociales.

Podríamos preguntarnos si esta reconfiguración espacial tenía por efecto descentralizar el sistema de atención o, por el contrario, marginalizar la demanda del servicio, invisibilizándola y, sobre todo, fragmentando sus efectos en los destinatarios: “*¿Sabés qué pasa cuando el servicio se disgrega así? Pierde la verdadera visión del paciente, o sea, el seguimiento fragmentado no ayuda tampoco al paciente*” (Director de Salud Mental).

Para el Estado municipal, la “reconversión” impuesta y el supuesto “fortalecimiento” por parte del paciente y sus familiares es algo naturalizado en relación a un manejo más eficiente de los recursos de la Salud Pública. Por otra parte, la concepción de enfermo mental preponderante es la de un individuo con nulas posibilidades de resistencia: “*Y nadie me va a discutir que teniendo un Hospital con toda la infraestructura y con un montón de profesionales (...) como es la internación allá [en el pueblo]... ¿Qué significa tener un (servicio en la ciudad)...? Si uno me hubiera dicho que esta internación de acá era para los casos agudos, que están de control y se iban, bueno, podía ser, pero no es así, están varios meses... Y todo lo que eso implica: tener la infraestructura de internación, tener un número de piezas, tener administrativos, etc.... Entonces esos recursos los tenemos allá [en el hospital del pueblo]*” (Director de Salud Mental).

Además, el acceso al hospital del pueblo es más difícil por la baja frecuencia de ómnibus que el sistema de transporte público ha colocado entre la localidad rural y la cabecera del Partido. Este elemento contribuye a dificultar las visitas entre los residentes de la ciudad y sus familiares internados en el nosocomio. Sin embargo, esta variable de segregacionalidad, no presenta para la visión del paciente que posee el funcionario de salud un problema del cuál ocuparse. El aislamiento consigue así naturalizarse: "*El paciente de salud mental es un paciente que, lamentablemente, en términos de relaciones es bastante abandonado, bastante abandonado, bastante... la familia está cansada, hay mucha gente sola...*" (Secretario de Salud).

Uno de los aspectos que estructuran el tratamiento social de la locura es la espacialidad constitutiva de la relación social entre el *loco* y el *resto* de la sociedad civil y, de manera más específica, entre la salud mental y el resto de los elementos de la salud pública dentro del sistema urbano. La distancia entre los polos de la relación loco-normal, productivo-improductivo, resistencia-abandono, conflicto-normalidad, campo-ciudad, configuran la especificidad del tratamiento y la política pública de la ciudad media en salud mental, actualizando los preceptos y contenidos del higienismo social en materia de Salud Pública y la segregación espacial e institucional. Por ello, resulta de singular interés la metáfora con que uno de estos profesionales, trabajando en el psiquiátrico, describe la situación de la institución en la que trabaja: "*...somos la Siberia de la salud pública*", dice, indicando que el sistema funciona como un lugar de alejamiento e, incluso, castigo para los trabajadores de la salud. La segregación, en suma, como marca de la *siberianización de la salud mental* y depósito de indeseables, de acortada ciudadanía.

CLAVES

Nos preguntábamos al principio de qué manera podía ser posible encontrar ciertas claves que el rango medio de la concentración urbana proporcionara para la comprensión más profunda de las relaciones entre el sistema de salud mental y el sistema urbano, y si sería posible establecer un isomorfismo entre ambos sistemas. La hipótesis del doble eje ideológico homeostático como subyacente a la concepción biomédica de la enfermedad mental y a la imagen estereotipada del loco-paciente-pobre-abandonado, que culmina con la psiquiatrización de su vida, el enclaustramiento y la segregación organizacional-espacial, nos acercó a la realidad del sistema en la ciudad media que, como en el dominó, encuentra que piezas más vulnerables y periféricas son subalternizadas y se produce una dinámica de volteo del centro a la periferia, del centro de la ciudad al pueblo y al medio rural, con el proceso bautizado como de *siberianización* que denuncian los actores.

La expulsión del "*loquero*" (y de su carga molesta) hacia el afuera de lo que

se considera urbano por excelencia, que es la ciudad misma y sus instituciones centrales, con sus límites establecidos por el concepto de "consolidación urbana", se racionaliza desde el sistema público por medio de argumentos que apelan a la estereotipación pasiva del paciente y su entorno familiar ("*se cansan*", "*los abandonan*"), pero paradójicamente reproduce ese arrumbamiento en el manejo institucional que va parejo a la menor inversión, una morfología urbana más degradada y deteriorada, cuyo resultado es la imagen de un isomorfismo hasta en el tratamiento de los edificios mismos del sistema de salud mental.

Así, queda claro que la noción de locura prevaleciente es la de la locura enclaustrada (la que conocemos, o *a los que conocemos*), la que impulsa más a confundir el ámbito de la enfermedad mental con el ámbito institucional donde se deposita a los enfermos.

La especificidad del rango medio urbano aparece también en la conjunción de intereses entre la burguesía industrial local originalmente paternalista y la concepción de la salud pública local como un empresa regional ("capital de"). Pero expuesto como que es "toda la ciudad" la beneficiada, cuando queda clara la asimetría de tratamiento hacia los sistemas de salud y por lo tanto hacia los destinatarios mismos. Un sistema público que no atiende a esa misma burguesía o a miembros de la pequeña burguesía del campo y de la ciudad, para quienes la atención mental ni siquiera puede realizarse en la misma ciudad porque no hay una clínica privada específica. En esos casos deben apelar a alguna ciudad cercana, poniendo en contradicción el radio imaginario de la "capital de la salud". Surgen líneas (sólo sospechadas) sobre el posible ocultamiento que esos sectores "pudientes" pueden hacer de sus propios locos, dentro de sus más amplias viviendas o alejándolos hacia la anónima, sorda y ciega metrópolis, para que no queden en evidencia dentro de un ámbito donde "nos conocemos todos" y sólo se puede ser loco si se es a la vez pobre y abandonado.

El sistema productivo necesita gente cuerda para hacerlo funcionar. El sistema urbano necesita gente cuerda para que circule y se desenvuelva con cierta normalidad. El sistema educativo apela a la "carpeta psiquiátrica" docente para muchas cosas, pero la carpeta debe existir como procedimiento. Los sistemas, en suma, pujan por regular comportamientos que adquieran la pátina de una normalidad y estandarización de la vida, opuestas a la de los "agitados de la ciudad" (como señala Vezzetti, 1985) internados en el degradé de cuadros sintomatológicos urbano-rurales.

Hasta aquí, nos aproximamos en forma crítica al fenómeno de la distancia espacial y organizacional entre las instituciones de salud mental y, entre éstas y el resto de la sociedad local de la ciudad de rango medio, con eje en el tratamiento de la locura corporizada en el metafórico *ejército psiquiatrizado de reserva*, que no por ser pequeño (menos del 1% de la población total) deja de

jugar un papel significativo en términos ideológicos, simbólicos y funcionales para el control social. Con intencional ironía (propia de una mirada desde la negatividad de los procesos), cabría hacer la pregunta ¿para qué sirven los locos en una ciudad media?

En términos generales, el higienismo tuvo por objetivo implícito regular las consecuencias indeseables del crecimiento urbano, construyendo una identidad socio-cultural particular: el desajustado individual o por su supuesta pertenencia a determinado grupo ubicado en el espacio urbano segregado y estereotipado, desde el prisma homeostático socio-biologista.

El *loco-vago-pobre* ocupa el papel de chivo expiatorio de contradicciones estructurales, procesadas a nivel de los imaginarios como parte de su *solución* ideológica. Podemos señalar la coincidencia con el contexto histórico de apogeo del neoliberalismo de los '80, para el cual la principal amenaza estaba en el fantasma (también expiatorio) de las patologías juveniles o la juventud como patología urbana.

Los locos son considerados agentes infecciosos en el orden sanitario, por lo que se ha diseñado y puesto en funcionamiento una institución que aloja a aquellos que han sido construidos como una *alteridad peligrosa* para el conjunto del resto de la sociedad: el *espacio manicomial*, y uno de los principios por los que se rige el funcionamiento de este espacio, es el de administrar tratamientos *morales* a la población que alberga, tales como el aislamiento, una práctica de difícil justificación médica, a no ser por las funciones sociales de control no explícitas de esta institución y que pueden hacernos pensar en la relación entre esta locura enclaustrada con la locura "suelta" o *diseminada en el todo social*.

La etiología de la enfermedad mental y la conceptualización de lo patológico están tan inherentemente vinculadas a la ausencia de orden y equilibrio, que son lábiles las fronteras que separan al sano del loco, y a veces sólo se reconocen por la necesidad de medicalizar un determinado tipo de comportamiento, o sea, apelar al *chaleco de fuerza químico*.

Pero la resistencia al lugar periférico asignado al paciente y sus curadores emerge con posiciones críticas desde adentro del sistema, a la vez que genera, junto a resignaciones y quejas, alternativas en el trabajo terapéutico y también acomodaciones. La conciencia de que es la conducta indeseable el objeto oculto del tratamiento hace que más de un profesional se pregunte, por ejemplo: "...lo que se plantea es la cuestión del enojo y el desequilibrio [del paciente], y que sea un peligro para los demás, ¿no? Es decir, que uno se pregunta un poco, ¿cuánto bardo es patológico, no?" (dicho por un psiquiatra-psicoanalista).

Postura crítica y reflexiva que puede asociarse a la conciencia de los trabajadores del sistema (en los talleres de reflexión), cuando respondieron a la pregunta sobre el *valor de uso* del propio sistema para el Municipio, esto

es ¿para qué sirven los locos al manejo municipal?: "Le sacamos lo que les molesta", y "...el hospital les sirve para presentar a la ciudad como la capital de la salud". ¿Y como valor de cambio?: "...para agarrar la coparticipación y que la Provincia mande más dinero", aunque a Salud Mental "...no nos ven como parte del sistema, porque para ellos representamos un gasto más", que "...no produce beneficio porque los locos son pobres y no votan".

.....◊.....◊.....

BIBLIOGRAFÍA

Castells, Manuel

1974. *La cuestión urbana*. Madrid: Siglo XXI.

Conrad, Peter y Schneider, Joseph.

1990. "Professionalization, monopoly and the structure of medical practice". En: Conrad, Peter and Kern, Rochelle (Ed.) *The Sociology of health and illness, Critical Perspectives*. New York: St Martin Press; pp. 163-169.

Donzelot, Jacques

2009. *¿Hacia una ciudadanía urbana? La ciudad y la igualdad de oportunidades*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Engels, Federico

1974. *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Buenos Aires: Diáspora.

Foucault, Michel

1988. *Enfermedad mental y personalidad*. México: Paidós Studio.

Galarza Bárbara

2012. "La autoridad terapéutica y la producción de esquemas interpretativos del sufrimiento". En: *Newsletter*. Olavarría: Facultad de Ciencias sociales, UNICEN. Recuperado 15/09/2013, de http://www.soc.unicen.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=663%3Aarticulo-la-autoridad-terapeutica-y-la-produccion-de-esquemas-interpretativos-del-sufrimiento&catid=106%3Anewsletter-no-21&Itemid=103.

Galarza Bárbara

2011. "Segregando la expansión: atención y gestión del derecho a la salud mental". En: *Actas X Congreso Argentino de Antropología Social*. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras.

Galarza Bárbara

2010. *El orden sanitario y el sistema local de atención en salud mental. Refuncionalizaciones del modelo médico hegemónico*. Tesis de Licenciatura, Mimeo. Olavarría: Licenciatura en Antropología Social, UNICEN.

Gravano, Ariel

2013. *Antropología de lo urbano*. Tandil: Editorial UNICEN.

Gravano, Ariel

2006. "Imaginario regionales y circularidad en la planificación: el caso del TOAR". En: *Intersecciones en Antropología*, N° 7, pp. 305-323.

Gravano, Ariel

2005. "Palimpsesto urbano, sobre-escritura de huellas diacrónicas de la ciudad imaginada". En: Gravano, Ariel (comp.) *Imaginario sociales de la ciudad media*. Tandil: Red de Editoriales de Universidades Nacionales; pp. 53-49.

2005^a. "La ciudad manchada". En: Gravano, Ariel (comp.) *Imaginario sociales de la ciudad media*. Tandil: Red de Editoriales de Universidades Nacionales; pp. 81-101.

Harvey, David

2004. "El derecho a la ciudad". Disponible en: <http://www.fadu.uba.ar/mail/difusionextension/090522bol.pdf> Consultado el 25/06/2012.

1977. *Urbanismo y desigualdad social*. Madrid: Siglo XXI.

Kleinman, Arthur

1973. "Some issues for a comparative study of medical healing". En: *Journal of Social Psychiatry*, pp. 159-165.

Leeds, Anthony

1975. "La sociedad urbana engloba a la rural: especializaciones, nucleamientos, campos y redes, metateoría, teoría y método". En: Hardoy & Schaedel (comp.): *Las ciudades de América Latina y sus áreas de influencia a través de la Historia*. Buenos Aires: SIAP; pp. 411-436.

Levantini, Albino

1885. *Consideraciones sobre la higiene de los locos*. Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Lourau, René

1988. *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lynch, Kevin

1966. *La imagen de la ciudad*. Buenos Aires: Infinito.

Menéndez, Eduardo

1994. "La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?". En: *Alteridades*, Vol. 4, N°7, México; pp. 71-83.

1980. *Cura y control. La apropiación de lo social por parte de la práctica psiquiátrica*. Buenos Aires: Nueva Imagen.

Mongin, Olivier

2006. *La condición urbana, la ciudad a la hora de la mundialización*. Buenos Aires: Paidós.

Oliveira, Walter y Dorenles, Patricia

2005. "Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida da cidade". En: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* N° 2, pp. 13-44.

Parr, Hester

2008. *Mental health and social space. Towards inclusionary geographies*. Londres: Blackwell Publishing.

Secretaría de Salud, Municipalidad de Olavarría

2007. *La salud de nuestros vecinos. Salud pública municipal 1991-2007*. Olavarría: Combesies Talleres Gráficos.

Silva, Armando

1992. *Imaginario urbano, Bogotá y Sao Paulo: cultura y comunicación urbana en América Latina*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

Soja, Edgard

1989. *Post-modern geographies. The reassertion of space in critical social theory*. Londres: Ed. Verso.

Vezzetti, Hugo

1985. *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.

Visacovsky, Sergio

2008. "Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino". En: *Antípoda*, N° 6, pp. 91-111.

Visacovsky, Sergio

2002. *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza.

Wacquant, Loïc

2007. *Los condenados de la ciudad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Weber, Max

1979 [1920]. *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Zorbaugh, Harvey

1929. *The gold coast and the slum*. Chicago: University of Chicago Press.