



Universidad  
Nacional  
de Córdoba

Las Malvinas son argentinas



**AUTORA: Ingui, Patricia Rosa**

**TÍTULO: LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN SALUD MENTAL: ¿EL FIN DE LOS MANICOMIOS? SABERES Y REFLEXIONES DE LOS TRABAJADORES DE ESTE CAMPO**

**TESIS de maestría**

**CARRERA Magister en investigación e intervención psicosocial (miips)**

**DIRECTORA Dra. Elda Carina Muñoz**



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

## Contenido

Agradecimientos: .....	3
Título .....	4
Tema.....	4
Resumen.....	4
Introducción .....	5
1. ¿El fin de los manicomios? Una pregunta retórica. Construcción del problema.....	8
2. Políticas de salud mental en Santa Fe: fluctuaciones de modelos, lineamientos y estrategias .....	11
3. Saberes y reflexiones de los trabajadores de salud mental: desde las intimidades de las prácticas y para sumar .....	16
4. Decisiones metodológicas: los trabajadores de salud mental y sus relatos .....	18
4.1 Fundamentos para la elección de la estrategia metodológica .....	23
4.2 El trabajo <i>de</i> y <i>en</i> el campo .....	26
¿Quiénes y por qué prestaron su testimonio?: implicados .....	29
Unidades de observación: documentos que forman el corpus de análisis.....	31
Breve caracterización de los trabajadores de salud mental participantes .....	33
Límites y alcances del estudio .....	39
Procedimientos realizados para el análisis de los documentos.....	41
5. Estudios previos acerca de la temática .....	42
6. Un cambio de paradigma: la legislación vigente en salud mental .....	50
Inclusiones: persona con padecimiento psíquico, concepción acerca de salud mental y modalidades de abordaje.....	52
7. Análisis.....	58
7.1 Sentidos sobre las prácticas y formaciones discursivas. Los documentos como corpus de análisis .....	58
7.2 Saberes y reflexiones de trabajadores de la salud mental .....	62
¿Salud mental o Salud a secas? Aspectos técnicos y estratégicos.....	62
Climas locales y problemática en foco .....	68
¿Vulnerabilidad de quiénes? .....	70
¿Sustituir el manicomio? o ¿crear alternativas? .....	74
Lo manicomial y lo antimanicomial anverso y reverso de una misma hoja: acerca del pensamiento mestizo .....	75
Sostener la decisión: prácticas de libertad y producción de subjetividad .....	83
Conclusiones .....	93

Apéndice.....	101
Referencias bibliográficas .....	102
Anexo .....	109

*Agradecimientos:*

A mi directora de tesis, por su orientación con afecto; a mis amigas y amigos entrañables; mi familia, mi madre, mi padre y mis hijas, por su cálida compañía.

## Título

La legislación vigente en salud mental: ¿el fin de los manicomios? Saberes y reflexiones de los trabajadores de este campo

## Tema

Significaciones de trabajadores de la salud mental acerca de las relaciones entre sus prácticas y las lógicas manicomiales-antimanicomiales. Perspectivas acerca de la legislación vigente en el campo. Implicancias y posicionamientos, condiciones que operan para la reproducción o desarticulación del manicomio.

## Resumen

Esta investigación está orientada por la pregunta acerca de los alcances de la legislación vigente en salud mental como un marco desde donde se instituye la desmanicomialización. Pensar su vinculación con los actores involucrados, nos ha llevado a considerar la mirada de los trabajadores respecto a las condiciones de aplicabilidad, origen, sentido y finalidad de esas normativas. Tomamos en cuenta sus relatos, para recuperar las significaciones que otorgan a sus prácticas abarcadas por este cambio de paradigma. Podría decirse que el trabajo recala en el compromiso ético-político de los trabajadores respecto a la desmanicomialización, y el aporte de la tesis es describir cómo este se manifiesta en su reflexividad acerca de los sentidos que atraviesan las intimidades de las prácticas. Nuestra pregunta por *¿el fin de los manicomios?* No es pese a su carácter meramente retórica: El *fin de los manicomios*, es en todo caso un imperativo ético, un horizonte en el que inscribir el deseo con relación a las prácticas de salud mental.

## Introducción

Existe en la Argentina una legislación en salud mental orientada a la perspectiva de derechos, que reconoce la dignidad de las personas con sufrimiento subjetivo o padecimiento psíquico, que promueve su inclusión social y busca evitar su avasallamiento a través de la institucionalización en el manicomio, que como se sabe es sinónimo de encierro, aislamiento, y cronificación.

Este avance en las políticas públicas y en las normativas no sigue, sin embargo, un camino lineal en las prácticas de salud sino -por el contrario- supone un intrincado devenir que no siempre produce resultados deseables. En este punto cobra fuerza nuestra pregunta por *¿el fin de los manicomios?* Más allá de su carácter retórico, para nosotros un imperativo ético en el que inscribir el anhelo con relación a las transformaciones en el campo de la salud mental.

El trabajo está orientado por la pregunta acerca de los alcances de las *nuevas*<sup>1</sup> leyes de salud mental como un marco desde donde se instituye la desmanicomialización. Ahora bien, nuestra sospecha es que dicha transformación normativa y los ajustes de políticas pendientes, con toda la importancia simbólica y material que tienen no serían suficientes para erradicar las prácticas manicomiales, esto es, el lugar de reproducción de la lógica del manicomio.

Reconocemos que los sentidos manicomiales no se reproducen únicamente entre muros, si no que se replican en sentidos y prácticas cotidianas que atraviesan diferentes momentos y espacios e involucran a una multiplicidad de actores, por eso lo complejo de

---

<sup>1</sup> El calificativo *nuevas* si bien de uso extendido invisibiliza que se trata de un proceso que excede los 20 años. La Ley provincial de salud mental (LPSM) de Santa Fe fue sancionada en 1991, y la nacional en el 2010, es por eso que preferimos hablar de legislación *vigente*.

lograr las transformaciones. Podríamos decir que hay lugares donde el manicomio insiste junto con otros espacios que le resisten.

Esta problemática se inscribe en un marco social más amplio, el de las luchas por la construcción de ciudadanía, el reconocimiento y respeto de los derechos, la inclusión de personas con vulnerabilidad social, así como, las propuestas y acciones *emancipatorias* ligadas a cambios en las políticas sociales y la salud pública (Chapela Mendoza, 2007; Stolkiner, 2010 y Bang y Stolkiner, 2013), y el campo de las producciones teóricas sobre dichos procesos. Entendemos que es significativo para el campo de la intervención e investigación psicosocial.

Tanto la legislación vigente a nivel nacional como de la ley provincial N° 10772 en Santa Fe –localización de nuestro estudio- operan como marcos legales instituyentes de transformaciones paradigmáticas respecto a los derechos de las personas con padecimiento subjetivo, a la concepción misma de salud mental y sus modalidades de abordaje. Aunque estos principios son mayormente aceptados, las implicancias prácticas relativas a los modos de abordaje clínicos y a los procedimientos concretos de la administración terapéutica, han recreado debates profundos sobre los alcances e implicaciones de esta legislación que conmueven lo instituido en el campo.

Pensar en las vinculaciones entre las políticas de salud mental y los actores a los que concretamente las leyes involucran, nos ha llevado a reconsiderar la mirada de los trabajadores respecto a las condiciones de aplicabilidad, origen, sentido y finalidad de las mismas y, a su vez, los sentidos que intervienen en la regulación de las prácticas junto a lo jurídico-administrativo.

Los objetivos de esta tesis ponen énfasis en recuperar los saberes y reflexiones de los trabajadores de la salud mental, al reconocerse que estas políticas de ampliación de

derechos<sup>2</sup> se apoyan necesariamente en dispositivos institucionales y en los trabajadores que llevan adelante estos dispositivos, ellos son principalmente la cara visible ante *usuarios*, sus familiares y la comunidad, de la implementación de dichas políticas y normativas. En este sentido son garantes de que estas se cumplan. Cabe agregar su protagonismo en los debates que formaron parte del proceso de elaboración, sanción y reglamentación de las leyes<sup>3</sup>.

Tomamos en cuenta sus relatos, con la finalidad de comprender algunos de los sentidos que otorgan a sus prácticas abarcadas por este proceso de desmanicomialización<sup>4</sup>. Nos acercamos a los mismos con el interés por responder algunos interrogantes como los siguientes: de qué manera sus prácticas se articulan con la legislación y el cambio de paradigma que supone, cómo se vincula lo que ellos cotidianamente viven y realizan en sus lugares de trabajo con la implementación de las políticas y las decisiones de gestión institucional, qué ocurre al momento de interactuar con usuarios, y al intentar dar

---

<sup>2</sup> El caso de la *locura* amerita una *concepción bivalente de justicia social* (Fraser en Alberdi 2006), que recupere los aspectos emancipatorios, tanto de la matriz de la redistribución como la del reconocimiento, al mismo tiempo que *los locos* pertenecen a colectivos bivalentes, al estar afectados por problemas de clase, y de segregación cultural.

<sup>3</sup> Las clásicas definiciones de la OMS pueden reemplazarse por “*el conjunto de prácticas políticas y técnicas vinculadas al campo de saberes que transversalizan al campo de saberes de la psiquiatría, el psicoanálisis y el sanitarismo. En la salud mental lo que está en cuestión son los procesos y estrategias de subjetivación así como los destinos sociales de los sujetos que padecen sufrimiento psíquico. Desde este punto de vista se torna evidente que toda discusión técnica de las formas de tratar la locura es al mismo tiempo una reflexión política sobre las condiciones de ciudadanía de los usuarios, la institución psiquiátrica en su autonomía relativa, es decir en sus conceptos, prácticas, normas (...), el modo instituido de tratar a los locos es extremadamente revelador de los impasses y contradicciones que atraviesan las políticas sociales*”. (Alberdi, 2006, 43)

<sup>4</sup> “*la primera referencia pública del término se dio en el ámbito de realización de las “IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud”, organizadas por la Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y la Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud (Buenos Aires, 8 al 15 de abril de 1989)*” (Murekian, 2009, 15). Un análisis de contenido temático de documentos publicados en internet acerca de la desmanicomialización como nombre propio que surge de la reforma psiquiátrica en Río Negro, establece los procesos representacionales que se generan a partir de esta actividad en la red, lo que colaboró en que el término ganara trascendencia enmarcado en un proceso socio genético mucho más amplio, que involucra una diversidad de entidades y campos relacionados con la salud mental Murekian (2009).



respuestas a pedidos o encargos que se les realizan, de qué modo transitan los cambios, las resistencias, las tensiones.

Los distintos aportes de los cursos de la Maestría operaron como un *esquema de inteligibilidad* para esta lectura de la problemática<sup>5</sup>. El contexto conceptual se construyó en las distintas etapas, cobra mayor presencia en los apartados 3 y 5. Al examen de antecedentes inicial, se sumaron nuevos aportes a partir de los testimonios de los trabajadores, lo que se evidencia en el 2 “Políticas de salud mental en Santa Fe: fluctuaciones de modelos, lineamientos y estrategias”. En esta relación profunda con el campo, surgió el texto sobre el marco normativo legal que conforma el apartado 6, como acción colaborativa con una especialista en derecho del área, así mismo, del interior de los relatos surgió la de-construcción de ideas iniciales para incorporar la de salud colectiva, incluyendo aportes latinoamericanos, se refleja en la tensión “¿salud mental o salud a secas?”. Los emergentes del análisis emanan del aporte generoso de los trabajadores que son el *alma* de la tesis, así la tarea colaborativa abre la puerta a la intervención a partir de la reflexividad<sup>6</sup>(Guber, 2001). Desde aquí se justifican las decisiones metodológicas asumidas.

## **1. ¿El fin de los manicomios? Una pregunta retórica. Construcción del problema**

---

<sup>5</sup> Los trabajos finales de cada seminario y sus correcciones fueron los pasos iniciales para una aproximación al tema. La estrategia metodológica fue cobrando cuerpo a través de los cursos de Metodología de Investigación de la Maestría, así como, los señalamientos e indicaciones de los talleres de tesis se reflejaron en el proyecto.

<sup>6</sup> Aceptamos la definición de Guber (2001) sobre reflexividad “*Describir una situación es, pues, construirla y definirla*”. Al hablar de reflexividad entendemos que las actividades realizadas para producir y manejar las situaciones de la vida cotidiana se emparentan con los procedimientos empleados para describir esas situaciones. En el campo psicosocial existen estudios que permiten retomar este concepto, vinculado con la herencia del giro lingüístico y la función “*performativa*” del lenguaje, para comprender la fundamentación de sus estrategias metodológicas, este podría ser el caso de la incorporación de narrativas en investigaciones tanto de orientación socio-constructivista, como desde la crítica post-feminista, como son los estudios de género de Marisela Montenegro en la Universidad Autónoma de Barcelona.

Por qué hacer una tesis o investigar sobre este tema. Porque la situación de las personas que han sido privadas y deshumanizadas a partir de su etiquetamiento, como *locos, anormales, peligrosos*<sup>7</sup> ha sido invisible durante mucho tiempo, a pesar de una larga historia de luchas por desmontar el dispositivo manicomial, en este momento parece haber signos alentadores por lo que es preciso apostar a la transformación desde este lugar de tesista.

A partir de la reforma a nivel mundial acerca de la manera de concebir las prácticas de salud dirigida a la población (OMS, 2006), donde se enmarcan las leyes de salud mental (nacional y provinciales) sancionadas en nuestro país en estos últimos 20 años, se muestra una preocupación por establecer su problematización, y movimientos que impulsan cambios.

Si pensamos en nuestro interrogante inicial -¿*el fin de los manicomios?*- respecto a los alcances de las leyes de salud mental como un marco desde donde se instituye la desmanicomialización, cabe asentar como punto de partida nuestra sospecha de que ni dicha transformación normativa ni tampoco los ajustes de políticas pendientes, con toda la importancia simbólica y material que tienen, serían suficientes para erradicar las prácticas manicomiales, esto es, el lugar de reproducción de la lógica del manicomio.

Existen estudios que apoyan este presupuesto, al decir de Cohen, H. et al. (1994) La mayoría de las transformaciones en Salud Mental se englobaron en reformas sanitarias más extensas. Tal es el caso de la psiquiatría comunitaria inglesa, y de la reforma psiquiátrica italiana. Salvo en la experiencia italiana todas ellas terminaron coexistiendo con los manicomios y en algunos casos, viendo reaparecer prácticas objetivantes y segregativas en el interior de aquellas que se enarbolaron en su momento como

---

<sup>7</sup> La Ley Provincial de Salud Mental (LPSM) N° 10772/91 propone la denominación “*personas con sufrimiento psíquico*”, una similar aparece en la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N°26657 “*personas con padecimiento mental*” (PPM) para reemplazar a la de “*enfermo mental*”.

innovadoras. En Argentina, antes de la dictadura militar y con el regreso de la democracia se pueden identificar una diversidad de experiencias que apostaron a estas transformaciones.

¿Cómo hacer para que esas transformaciones se concreten? ¿Cuáles son las claves para que este cambio de paradigma produzca modificaciones en las prácticas? Estos interrogantes nos acercaron a las vinculaciones entre las políticas de salud mental y los actores que involucran, así arribamos a la relevancia que tiene para nuestro trabajo la mirada de los trabajadores respecto a las condiciones de aplicabilidad, origen, sentido y finalidad de la legislación y, a su vez, los sentidos que intervienen en la regulación de las prácticas junto a lo jurídico-administrativo. Los derechos de los *pacientes* van más allá de un carácter *exigible* desde un marco normativo-legal.

El **objetivo general** de nuestra investigación es:

Describir las significaciones de trabajadores de la salud mental acerca de las relaciones entre sus prácticas y las lógicas manicomiales-antimanicomiales.

Para desarrollar ese objetivo, nuestra propuesta asume de manera particular la tarea de indagar, desde la cotidianeidad de sus prácticas, la mirada de los trabajadores de la salud mental de Santa Fe sobre la desmanicomialización.

Delimitamos tres **objetivos específicos**:

1) Identificar prácticas de los trabajadores de salud mental de Santa Fe relacionadas con la desmanicomialización prevista desde la legislación vigente en el campo, a partir de recuperar sus testimonios al respecto.

2) Establecer saberes y reflexiones de esos trabajadores acerca de tensiones, implicancias y posicionamientos respecto a dichas prácticas y su involucramiento con la reproducción o desarticulación de la lógica manicomial.

3) Comprender desde la perspectiva de los trabajadores las condiciones que operan para definir esas prácticas en un sentido u otro.

Especificamos dos cuestiones de nuestra tesis, la primera es pensar en las particularidades de las políticas de salud mental en el contexto santafesino, que nos lleva a abordar ciertas singularidades como la sanción de una ley provincial de salud mental (LPSM N° 10772) en el año 1991, que se anticipa a la ley nacional de salud mental (LNSM N° 26657) sancionada en el 2010, más adelante abordaremos semejanzas y diferencias entre ambas legislaciones. Mientras que, la segunda cuestión, es recuperar saberes y reflexiones de trabajadores del campo a través de testimonios acerca de sus prácticas, buscando huellas de sentidos manicomiales y anti-manicomiales.

Seguidamente, introducimos un recorrido histórico por las políticas de salud mental en Santa Fe. Más adelante, fundamentamos la decisión de trabajar desde un enfoque psicosocial con los saberes y reflexiones de los trabajadores sobre sus prácticas, con testimonios como fuentes.

## **2. Políticas de salud mental en Santa Fe: fluctuaciones de modelos, lineamientos y estrategias**

Establecer una breve historicidad de las políticas de salud mental en Santa Fe, fue una de las tareas más complejas que tuvimos que afrontar. Lo atribuimos a la diversidad de situaciones, y actores que se entremezclan.

Contamos con las contribuciones de investigaciones en Rosario, (Gerlero y Augsburger, 2007) -otras fuentes documentales que utilizamos para precisar fechas- y de la colaboración de una de las trabajadoras que con su relato ayudó a reconstruir algunos momentos y a establecer relaciones entre ciertos hechos, organismos y agentes. Realizar

una síntesis se hizo costoso, un obstáculo fueron las fluctuantes presencias y ausencias de las dependencias que se ocupaban del área de salud mental, que variaban de acuerdo a cada gestión de gobierno<sup>8</sup>, al protagonismo que cobraban algunos actores, y a la manera en que los modelos y lineamientos se hacían efectivos. Las reflexiones de los propios trabajadores lo atribuyen al valor o relevancia que se le ha ido dando a la salud, y en particular a la salud mental desde cada gestión y a las maneras de encarar las problemáticas, desde un trasfondo ideológico.

La dirección provincial de salud mental organismo que en el transcurso de las décadas de los ´80 y ´90 tiene una presencia inconstante, y solo sostenida a partir del año 2004, cuando es *nuevamente creada* durante el gobierno provincial justicialista de Jorge Obeid (2003-2007), quedando esa dependencia a cargo del Dr. Castagno hasta el año 2011, quien renuncia durante el gobierno socialista de Hermes Binner (2007-2011), aludiéndose como motivos sus convicciones políticas y desacuerdos con esta última gestión.

El modelo de *atención primaria de la salud* (APS) y la *promoción de la salud* aparecen como lineamientos constantes que se plasman a nivel provincial en *estrategias de la política sanitaria* (descentralización/regionalización)<sup>9</sup> y en un *eje organizador del sistema de salud* (énfasis en el 1er nivel de atención/redes de salud/desmanicomialización).

---

<sup>8</sup> En el período de 12 años en que se sancionan y se reglamentan ambas leyes, se suceden dos gestiones de gobierno del partido justicialista y dos socialistas consecutivamente.

<sup>9</sup> “Como parte del plan estratégico el proceso de regionalización plantea cinco regiones y una sola provincia, está frase resume la visión de la política de regionalización territorial. La Región 1, el Nodo Reconquista; en la Región 2, el Nodo Rafaela; en la Región 3, el Nodo Santa Fe; en la Región 4, el Nodo Rosario y; en la Región 5, el Nodo Venado Tuerto. Constituyen, además, el escenario adecuado para desplegar descentralización provincial; bajo el desafío de conjugar la concepción, necesariamente universal, de la ciudadanía con una recuperación de lo local y lo regional; que potencie las oportunidades y logre construir, con un sentido original, transparente y colectivo, la integración regional”. A su vez, cada Nodo se organiza en sub-regiones”. La provincia cuenta con hospitales (6) de los cuales cada uno tiene un área de cobertura de donde dependen Centros de Salud (68) a su vez identificados en sub-regiones, Centro-norte; Centro-sur; Centro y la Costa; Santo Tome. Plan Estratégico Provincial Santa Fe. Visión 2030 / Antonio Bonfatti y Rubén Galassi. - 1a ed. - Santa Fe: Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado de la Provincia de Santa Fe, 2012.

La APS cobra presencia en la provincia en un período que se identifica más claramente a partir de los '90 y llega hasta nuestros días pasando por las sanciones y reglamentaciones de la LPSM y LNSM, pero va adoptando matices distintos según lo que va ocurriendo en el mundo, en el país y a nivel provincial en las interpretaciones de la gestión de turno. En este sentido resulta bastante elocuente el relato de una trabajadora: *“Trabajamos desde 1992 a 1999 en un contexto institucional obstaculizado en diferentes dimensiones; por un lado el discurso de la APS como el ideal de un movimiento democratizador de la salud con lo cual el hospital (Mira y López) se transformó en un gran área programática y pasa de ser hospital psiquiátrico a hospital general. La descentralización al mismo tiempo por un lado otorga autonomía, pero por otro la obstaculiza, dejando librado el sostén, mantenimiento y funcionamiento del proyecto (Centro de actividad de día abierto a la comunidad) a quienes en ese momento recién nos empezábamos a incluir en la institución; de ese manera se desentendían de los sectores que no generaban recursos genuinos (...) Esta decisión política hizo que el proyecto pensado para toda la comunidad, quede sesgado por políticas económicas de un corte neoliberal obligándonos a darle una figura que encaje en dicho modelo, vistiéndose de un dispositivo progresivo como era el Hospital de Día con la autogestión económica, y consecuente facturación a obras sociales”*

En el año 2002, en la provincia se reformulan los lineamientos estratégicos, y a través de un documento ministerial la salud mental internamente se organiza a través de tres programas estratégicos que cuentan cada uno con coordinaciones específicas: 1) Clínica de la subjetividad en Atención Primaria; 2) Sustitución de las lógicas manicomiales y 3) Asistencia para ciudadanos detenidos o bajo medidas de seguridad. (Gerlero y Augsburger, 2007)

El año 2003 adquiere características inusitadas para la ciudad Santa Fe debido a su inundación<sup>10</sup>, el sistema de salud se aboca a atender a las víctimas; a partir de allí se sienta un antes y un después en la atención de la salud mental. Se comienzan a consolidar los equipos interdisciplinarios; el grupo de profesionales del hospital Mira y López (ex-psiquiátrico) cobra protagonismo trabajando en su área programática por fuera del hospital y ofreciendo atención comunitaria. La experiencia es citada como un referente por la OPS y es capitalizada por la dirección de salud mental de la provincia en ese momento a cargo del Dr. Castagno

Retomamos una vez más el testimonio de la trabajadora que como terapeuta ocupacional con una trayectoria de 25 años en la salud mental, es informante clave sobre este momento: *“la inundación cambia nuevamente los escenarios y convoca a la terapia ocupacional desde una perspectiva político-social, a quienes creían que podíamos trabajar por fuera de los límites físicos e imaginarios del hospital, se forma así el Comité de Crisis en el cual participo coordinando acciones con los diferentes instituciones que se acercaban a brindar ayuda, es así que las terapeutas ocupacionales se incluyen en los equipos de Salud Mental, génesis de uno de los momentos interdisciplinarios”*

Los psicólogos entre otros profesionales (psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales) que formaron parte de los equipos reunidos para la crisis, progresivamente fueron incorporados a los centros de salud de los barrios más afectados y continúan trabajando hasta nuestros días. En la organización de los equipos se da continuidad a los lineamientos de la *promoción de la salud* y *APS*.

---

<sup>10</sup> En Abril del 2003, la ciudad de Santa Fe (Argentina) vivió la más dramática de las catástrofes en la historia provincial y nacional. El río Salado desbordó junto a la impericia, imprevisión e irresponsabilidad de los gobernantes afectando directamente a 150.000 habitantes. Producto de esto, a las pérdidas en vidas, viviendas, instalaciones y producción, hay que sumar los daños en salud, educación, fuentes laborales e identidad de las personas, familias, barrios y comunidades, que perduran en el tiempo. (Boggio, et al., 2006)

Las prácticas de asistencia se enmarcan en lo que la LPSM denomina servicios alternativos, las formas particulares que estos servicios adoptan son parte de los saberes que logramos recuperar en los relatos: *“2007: Después de 16 años de ser sancionada la “ley de Salud Mental” (LPSM) se reglamenta en este año, contando nuevamente con una Dirección de Salud Mental, se volvió a la formación interdisciplinaria. En este año se encontraron los intereses e intenciones políticas de los distintos actores institucionales de propiciar la construcción de un dispositivo que promueva la salud como un recurso para la vida y no como el objetivo de la vida (...).Este dispositivo es pensado como un espacio de estrategias de intervención de todos los integrantes entre ellos la terapia ocupacional, que desde su especificidad, aborda la dimensión ocupacional de este proyecto de radio cuyo objetivo es remover aquello que hace obstáculo en el Lazo Social .”* (Terapeuta Ocupacional refiriéndose a una radio comunitaria que funciona en el hospital Mira y López)

También, se propicia la educación permanente de los equipos de salud (EPS) que supone no solo adquirir conocimientos técnicos sino también reflexionar acerca de la propia práctica y del modelo de atención que los trabajadores del servicio producen. Así, se intenta promover como parte de las actividades de esos equipos el trabajo de investigación en los servicios de salud orientado a resolver los problemas concretos de la tarea desde una visión estratégica (Gerlero y Augsburger, 2007).

Entre nuestros testimonios están los de profesionales que fueron protagonistas de esos procesos, participaron de esos equipos en el 2003, siendo para algunos sus tareas iniciales en salud pública, y donde aún se desempeñan. Más adelante, al caracterizar a los participantes de la investigación nos detenemos en ello.

El corpus de análisis en esta investigación, recopila algunos documentos que aluden a la participación activa de sus autores a través de comunicaciones individuales o grupales en



esas instancias de capacitación o investigación (EPS), como ser, jornadas o encuentros de intercambios.

Finalmente en 2011, como ya adelantamos, Castagno renuncia a la dirección provincial de salud mental y es sucedido por la Ps. Melisa Pianetti, integrante de los equipos durante la inundación y coordinadora del grupo de psicólogos que se incorporaron a los centros, aún continúa su gestión.

### **3. Saberes y reflexiones de los trabajadores de salud mental: desde las intimidades de las prácticas y para sumar**

Si bien, la legislación vigente (LNSM y LPSM), constituye un marco valioso para instituir y restituir la ciudadanía a quienes sufren un padecimiento psíquico, en cada práctica, en cada decisión terapéutica, en cada propuesta de actividad o tarea, los trabajadores de salud mental toman decisiones que atañen de manera directa. Es decir, la vigencia efectiva del derecho no depende exclusivamente del marco normativo.

Para promover la desmanicomialización, entendiendo que va más allá del cierre o clausura de los hospitales psiquiátricos, es preciso *algo más* que, desde nuestro punto de vista, se enfatiza en las prácticas cotidianas de cada uno de los trabajadores de salud mental.

Entonces, ¿cuáles son los lugares donde lo manicomial aún insiste? ¿Cuáles son los espacios de resistencia anti-manicomial? ¿Cómo se articulan esas lógicas con los sentidos que los trabajadores de la salud mental atribuyen a sus prácticas? Estas son preguntas iniciales que desencadenaron nuestra intención de conocer las perspectivas de los trabajadores de salud mental, como una arista fundamental para profundizar en la institucionalización de un cambio de paradigma propulsado desde la legislación vigente.

Cuando hablamos de recuperar la perspectiva o la mirada de los trabajadores pretendemos aproximarnos a sus significaciones para rescatar conocimiento situado<sup>11</sup> (Montenegro Martínez y Pujol Tarrés, 2003) producido en relación con sus propias prácticas, lo que expresamos bajo los términos “saberes y reflexiones” acerca de la desmanicomialización. Fundamentamos esta decisión desde los postulados de *indexicalidad* y *reflexividad*, afiliados teóricamente a la etnometodología<sup>12</sup>, como contribuciones a la investigación social para trabajar en la recomposición del universo cultural de los actores, cuyo anclaje es la concepción de *performatividad* del lenguaje (con raíz en los *actos del habla* de Austin).

Por *indexicalidad*<sup>13</sup> entendemos la capacidad de los actores de producir significaciones en y sobre su contexto; en nuestras expresiones, sus saberes y reflexiones son a la vez prácticos y constitutivos de su cotidianidad y de ahí su valoración, mientras que, por *reflexividad* se acepta la definición que hace Guber (2001) “*Describir una situación es, pues, construirla y definirla*”, lo que señala una íntima conexión entre la comprensión y la expresión de dicha comprensión.

---

<sup>11</sup>Conocimiento parcial, localizable y crítico: “*Estos conocimientos son parciales ya que surgen a partir de las circunstancias semiótico-materiales de las posiciones y articulaciones particulares que están en continua transformación. Desde diferentes posiciones de sujeto se viven diferentes realidades.*” (Montenegro Martínez y Pujol Tarrés, 2003, 303)

<sup>12</sup>La “*etnometodología*”, teoría sociológica con una trascendente influencia en el desarrollo de la metodología cualitativa, cuyo precursor fue Garfinkel alrededor de los años ´60, es también uno de los fundamentos teóricos del método etnográfico (Guber, 2001) constituyéndose en una tradición teórica para estudios acerca de las significaciones de los actores en disciplinas como la sociología, antropología y psicología.

<sup>13</sup>Concepto semiótico, que distintos autores coinciden en destacar como el aporte conceptual más importante de Peirce, su potencial metodológico es su aplicación a la interpretación de interpretaciones (entrevistas, relatos). La importancia que tiene es asumir que los “signos” que intentamos interpretar, no son “entidades empíricas”, cosas que puedan portar una verdad sobre el mundo. Son, en sentido estricto, pistas, huellas, que nos dan señales a seguir un poco a tientas, conjeturando su proveniencia. En este orden viene bien recuperar el origen de sus significado “*proviene de la fisonomía árabe, una antigua práctica basada en la firāsa árabe, una noción compleja, que significaba, en general, la capacidad de dar el salto de lo conocido a lo desconocido por inferencia (a base de indicios, pistas)* [Ginzburg, a través de Eco en *El signo de los tres*, (154). Como es citado en Muñoz, *Lecturas del cuerpo-del-paciente*. En prensa.] ... *La interpretación de indicios se apoya en un cierto modo de tratar con lo que resulta inaccesible a la observación directa.*” (Muñoz, s.f.,. 226)

El relato es el soporte y vehículo de esta intimidad. Por eso, la reflexividad supone que las actividades realizadas para producir y manejar las situaciones de la vida cotidiana se emparentan con los procedimientos empleados para describir esas situaciones. Un relato no solo transmite información sino también el contexto donde esta se produce, lo que permite al sujeto una comprensión de sus propias acciones dentro de ese contexto transformándolo en inteligible.

Guber (2001) resalta que la *reflexividad* es un atributo tanto del investigador como del sujeto investigado. En el investigador es una herramienta para la conciencia acerca de sus condicionamientos -sociales y epistemológicos- al realizar la investigación. Así, el relato se convertiría no solo en un recurso de investigación, sino al mismo tiempo de intervención en sí mismo.

Es así que decidimos trabajar con relatos de trabajadores de salud mental con la pretensión de identificar sus saberes y reflexiones acerca de los acuerdos, tensiones y posicionamientos que se asumen respecto a la desmanicomialización.

Recalamos en la manera en que ellos fundamentan o resuelven las decisiones con las que se comprometen desde sus prácticas y con las lógicas que las atraviesan, también, en el reconocimiento que realizan sobre las condiciones laborales y el impacto que ellas tienen en sus intervenciones, y en el análisis de sus posicionamientos epistémicos o ideológicos puestos en juego en sus modalidades de abordaje.

Ese conocimiento podría sumar a un debate profundizado acerca de los alcances y límites de la legislación vigente, así como, establecer referencias para revisar las prácticas de los trabajadores de la salud y fortalecer sus propuestas.

#### **4. Decisiones metodológicas: los trabajadores de salud mental y sus relatos**

La hipótesis que sustenta nuestra problematización es que las leyes de salud mental, en tanto marco que instituyen la desmanicomialización en Santa Fe, son herramientas importantes pero no suficientes para ese cometido. Un estudio de los discernimientos y reflexiones de los trabajadores sobre la cotidianeidad de sus prácticas, permitiría desandar lógicas tanto manicomiales como antimanicomiales que persisten y conviven, así como reconocer condiciones bajo las cuales se despliegan. Lo que podría colaborar en la comprensión de este proceso en su complejidad, y establecer si es posible pensar en el fin de los manicomios.

Cabe una aclaración metodológica sobre a quiénes consideraremos a efectos de esta tesis *trabajador de salud mental*. La primera decisión es que atendiendo a los procesos terapéuticos concretos, y a los enfoques teóricos críticos en este campo que se reflejan en el cambio de paradigma que propone la ley -con la priorización de modalidades de abordajes interdisciplinarios junto a la perspectiva de APS-; no podemos reducir el espectro a los profesionales de la salud mental, es decir, a las profesiones *psi*. De modo tal que la definición de trabajadores, nos permite ampliar el espacio de los actores a quienes en lo cotidiano de los dispositivos institucionales toman decisiones terapéuticas o participan en tareas o servicios alternativos.

Entonces, se podrían incluir a aquellos que trabajan en relación a la salud mental desde abordajes disciplinares no tradicionales y alternativos, no necesariamente desarrollando tareas asistenciales. Bajo este criterio se podría reunir a profesionales, técnicos y personas con oficios –al decir de Cohen, *recursos humanos no convencionales*- así mismo, siguiendo el recorrido y las transformaciones que se han ido dando en salud mental en la provincia, se pueden encontrar agentes que estén trabajando en el área y que pertenezcan a organismos de gestión oficial o privada, vinculados o dependientes de distintos ministerios o direcciones dentro de esos entes o incluso ONG, y de diferentes

jurisdicciones nacional, provincial y municipal. A veces, reconocidos formalmente por el Estado, otras veces pidiendo este reconocimiento, algunas otras actuando de una manera informal.

Desde este diseño consideramos, que una vía privilegiada para acercarnos a las lógicas entramadas con la cotidianeidad de las prácticas de los trabajadores de salud mental, es a través de sus testimonios, lo que podría contribuir a construir una tarea crítica respecto a las condiciones históricas en las que se han dado esos testimonios (Pollak, 2006) en este sentido es constitutivo de subjetividades<sup>14</sup>.

El trabajo con testimonios apela a una reconstrucción de la memoria tratando de recuperar aquello que ha quedado sin registro o que permanece subterráneamente respecto a las memorias oficiales o dominantes. Desde este lugar se espera recuperar la lectura que realizan los trabajadores en relación a los cuestionamientos, tensiones, antagonismos que se suscitan en el desempeño de sus prácticas enmarcadas por la legislación vigente en salud mental.

¿Cómo relevar esos testimonios? El relato biográfico como recurso para tomar testimonio de trabajadores de la salud mental ofrece posibilidades de abordar la subjetivación respecto a sus prácticas en esas condiciones (Alonso, 1995 y Laclau y Mouffe, 2010) Describir las prácticas atendiendo a sus sentidos como reproductoras o desarticuladoras de lo manicomial, nos aproxima a la categoría teórica de significaciones imaginarias sociales (Castoriadis, 1993) en sus dos versiones *lo instituido* y *lo instituyente*, haciendo hincapié en la complejidad de su relación dialéctica, y su implicación en los procesos de institucionalización de los sujetos, como *praxis o autonomía*. En esta dirección se podría recuperar esta referencia conceptual para pensar una práctica en tensión entre lo

---

<sup>14</sup> “los individuos, en tanto que son el producto de una construcción social, son también en una construcción de sí mismos” (Pollak, 2006,.100)

manicomial o antimanicomial en un sentido *instituido o instituyente*, como articulaciones contingentes.

En nuestro diseño, adscribimos el interés por la narrativa, esto es, por cierto registro de la temporalidad, a una focalización que pretende profundizar en las significaciones acerca de una vivencia<sup>15</sup> actual. No buscamos una reconstrucción de trayectorias o historias de vida, sino hurgar sobre la sensibilidad del presente en relación con la experiencia dentro del campo de la salud mental desde el aporte singular de cada trabajador. Lo que excede a las construcciones racionales involucrando la afectividad, el *cuerpo afectado*<sup>16</sup> - *encarnaciones y visiones en tanto conocimiento situado*-, lo que se pone en juego en cada decisión<sup>17</sup>.

Nuestro corpus se constituye con el aporte de relatos biográficos-narrativas de dichos trabajadores. Apelamos a la búsqueda de dichos relatos bajo dos formas: a) una colocándolos en diálogo con la técnica de entrevista. En este sentido recuperamos a Arfuch (en Muñoz y Fernández, 2014) en sus implicaciones y discriminaciones hacia la dimensión técnica de la entrevista como recuperación de un relato significativo; subordinando el valor heurístico de la entrevista al de la biografía, como situación singular de producción de relatos que articulan la tensión individual-social; b) otra fuente valiosa para hallar fueron textos escritos por los propios trabajadores, presentados en congresos, jornadas, encuentros, o con circulación en distintos espacios (profesionales,

---

<sup>15</sup>Gadamer, sostiene que “*la vivencia tiene una relación inextricable con la vida, con aquello vivido por cada uno y que no puede olvidarse, sino que se “recuerda”, es decir, que se arrostra en el corazón.*” (en Muñoz y Fernández, 2014)

<sup>16</sup>Bozzolo -en sus notas borrador para una publicación de cátedra- introduce al referirse al “*registro personal de las afectaciones*”, su manifiesta simpatía hacia las “*praxis por venir*” aludiendo a un “*modo situacional de experimentar, abierto a lo que acontece*” como diferenciación del testimonio de la experiencia vivida, es decir, meras “*constataciones de lo que se es*” en un sentido estático. Lo que daría al relato de cada trabajador la posibilidad de constituirse en un pensamiento colectivo, y así en un proceso de subjetivación.

<sup>17</sup> Como posibilidad de elucidar “*la multiplicidad de estrategias de invención colectiva y anónima de libertades*” (Fernández, 2009)

académicos, comunitarios), y en soporte papel o digital; escogiendo aquellos más relevantes para aproximarnos a sus significaciones acerca de las lógicas manicomiales/antimanicomiales entramadas con sus prácticas.

Como criterio de selección para los relatos se quiso captar la diversidad con que caracterizamos anteriormente a los trabajadores de salud mental, en tanto protagonistas de esos registros, con la opción de acceder a *saberes disciplinarios y no-disciplinarios* y de carácter *intersectorial*<sup>18</sup> (Stolkiner, 2010). Se priorizó intencionalmente testimonios de trabajadores con prácticas en equipos interdisciplinarios, centros de salud o asistenciales situados geográficamente en la ciudad de Santa Fe y su zona de influencia (ciudades satélites y zona de la costa este lindante), correspondiente a la subregión de salud del departamento La Capital de la provincia; cuyas prácticas se corresponde a los últimos 10 años, período en que se dieron la sanción y reglamentación de la legislación vigente en salud mental dentro de la provincia, etapa en la que coinciden la LPSM y la LNSM.

El criterio para incluir un relato se ancló en la participación en una estrategia de abordaje vinculada con la modalidad APS o la prestación de un servicio alternativo, en situaciones particularmente pertinentes para este estudio, es decir, donde se involucre a los derechos de los pacientes en términos de internaciones voluntarias, consentimiento informado, cronificación, restricciones o aislamiento del entorno familiar, u otras situaciones que se perfilaron en la búsqueda y selección de los testimonios.

Cuando utilizamos la expresión *manicomial* hacemos referencia a una cierta modalidad de práctica sanitaria según la cual la concepción de enfermedad mental es una patología alienante, irreversible, que considera al usuario como enfermo-anormal y objeto de

---

<sup>18</sup> Se cita la LNSM en su decreto reglamentario 603/2013 en el Capítulo V, artículo 9...“*El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internaciones hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de atención primaria de la salud. Se orientara al reforzamiento restitución o promoción de los lazos sociales.*” Como ya fue señalado anteriormente son consignas que coinciden con la LPSM.

práctica, y que se organiza en las prácticas de encierro/aislamiento asilar. El manicomio es más que los muros de una institución, es un modo de práctica cronificante, cosificadora, que ignora los derechos del otro de decir y ser escuchado, anula la presunción de su capacidad de decidir. Se refleja en una arquitectura pero asimismo en una práctica cultural y en saberes que objetivan lo subjetivo.

Con Bourdieu (1999) entendemos que el objeto de toda investigación, en tanto supone la construcción de un proceso de reflexión, no se confunde con los objetos empíricos; es decir, su carácter teórico es el que permite una *ruptura crítica* con los estados de cosas observables.

Sostenemos, entonces, que las técnicas no son *instrumentos de recolección de datos*. Toda técnica, dice Bourdieu, es una *teoría en acto* en la medida que supone un dispositivo que arrastra consigo presupuestos sobre el estudio de lo social y consecuencias también teóricas, palpables en el debate entre la *explicación* y la *comprensión*, o el *objetivismo* y el *subjetivismo*. Así, los llamados “datos” de una investigación empírica como ésta, son desde esta perspectiva, *significados producidos*.

Esto supone aceptar que ninguna técnica va a “dar” nada que no estemos buscando o que no estemos dispuestos a encontrar, es decir, no hay una objetividad posible salvo la posibilidad de objetivar la actividad subjetiva que produce tales objetivaciones (Muñoz y Fernandez, 2014).

#### **4.1 Fundamentos para la elección de la estrategia metodológica**

Optamos por una estrategia cualitativa como la más adecuada para este estudio de tipo descriptivo y transversal. Siendo su propósito describir y comprender un proceso complejo, a partir de la mirada actualizada en los relatos de sus protagonistas. Se



fundamenta la elección de una estrategia cualitativa en que se propone recuperar el punto de vista de los actores, es decir, una aproximación a sus propias significaciones como intérpretes de ciertos hechos o fenómenos. Lo que se traduce en la flexibilidad del diseño, el reconocimiento de la subjetividad tanto del investigador como de los sujetos de la investigación y la intención de su inclusión a lo largo del proceso. (Denzin, 1994; Valles, 1999 y Vasilachis, 2006)

En tanto fundamentación del análisis de testimonios y publicaciones como propuesta metodológica se cita como antecedente al deconstruccionismo en su estudio de los contenidos de los textos, con la finalidad de *desmontar* textos científicos en relación a considerarlos una construcción lingüística social. Banchs (1994) destaca la influencia de Derrida, “*deconstruir un texto es hacer hablar (draw out) lógicas conflictivas de sentido e implicación, con el objeto de demostrar que el texto nunca significa exactamente lo que dice o dice lo que significa*” bajo el supuesto de “*desenmascarar el poder de la ideología y la ideología del poder*” (Norris en Banchs, 1994, 2).

En referencia a estudios relacionados con la temática que hayan utilizado documentos escritos de carácter público, como podría ser una publicación para un congreso o jornada, de difusión masiva en distintos ámbitos y soportes de texto, se puede tomar como referencia en Argentina al trabajo de Murekian (2006 y 2009) donde específicamente se aborda la relación entre los media y las innovaciones en salud mental, analizando su intervención en la construcción social de la reforma psiquiátrica. Su diseño metodológico se fundamenta en una perspectiva comunicacional de las representaciones sociales: “*se les ha reconocido a las disciplinas en salud mental, cierto poder de formación de consensos, de representaciones acerca de la salud y la enfermedad mental. Dicho poder no sólo provendría del ámbito académico sino también potenciado por la difusión mediática*”. (Murekian, 2009, 6)

Entre los estudios de la autora (Murekian, 2009) es interesante recuperar las diferentes dimensiones: socio-simbólica; ética; jurídica; política; histórica, social y psicosocial; socio-sanitaria; terapéutica y disciplinaria; identificadas en su trabajo con los discursos valorativamente explícitos acerca de la desmanicomialización en otros ámbitos geográficos. Esas dimensiones podrían entrecruzarse con lo que expresan nuestros participantes respecto a las condiciones que operan en las prácticas de los trabajadores del campo, y los sentidos cristalizados. Sin que nuestra investigación se identifique teóricamente con las representaciones sociales lo que marcaría una diferencia respecto a las investigaciones de Murekian, no podemos dejar de reconocer su valiosa contribución por la proximidad con la temática.

La orientación metodológica por la que optamos, es la consideración de los documentos desde un estudio crítico, con una perspectiva arqueológica en el sentido foucaultiano: *“El documento es un conjunto de enunciados que relata algo. La lectura de documentos permite reconstruir (...) las formas de ver y de hablar propias de una cultura, de un período histórico (la episteme) vistas en sus semejanzas pero también en sus rupturas y dispersiones”* (Donda, 2005, apéndice, 1). Según Donda, un estudio arqueológico podría concatenarse con un propósito genealógico y /o ético como lo desarrolla el propio Foucault.

Respecto a la conexión entre documentos y testimonios, Pollak (2006) con su escrito acerca de la memoria, el olvido, el silencio, habilita a pensar que bajo ciertas condiciones el testimonio sobre la experiencia puede poner en juego a parte de la memoria a la reflexión sobre sí. *“Es por esto que los testimonios deben ser considerados como verdaderos instrumentos de reconstrucción de la identidad, y no solamente como relatos factuales, limitados a una función informativa.”* (Pollak, 2006, 55). Lo que se proyecta

en nuestro corpus armado a partir de testimonios, reunidos a través de narrativas escritas y orales de los trabajadores de la salud mental acerca de sus prácticas en el campo.

Dice Pollak (2006) acerca de su estudio con testimonios de sobrevivientes de campos de concentración “*Cada uno de esos documentos resulta del encuentro entre la disposición del sobreviviente a hablar y las posibilidades de ser escuchado. Entre aquel que está dispuesto a reconstruir su experiencia biográfica y, aquellos que le solicitan hacerlo o están dispuestos a interesarse por su historia, se establece una relación social que define los límites de lo que es efectivamente decible*” (56) lo que se establece por fuera de solicitudes oficiales de orden judicial, científico e histórico. Continúa: “*A esos casos raros de tentativas de liberación por la palabra, que depende por otra parte de las posibilidades objetivas de tornarla pública, se opone el silencio de la mayoría*” (ídem), sugiere una selección espontánea de la población y de los testimonios, y un trabajo previo de análisis del contexto de producción. La *muestra espontánea* limitada respecto a la población real, también limita posibilidades para su representación, pero a su vez viabiliza la profundidad y densidad de la tarea de análisis que amerita.

## 4.2 El trabajo de y en el campo

La búsqueda se orientó hacia:

- ✓ Relatos escritos y orales de trabajadores de salud mental
- ✓ Documentos de trabajo propios o de terceros que incluyen a sus relatos o su análisis
- ✓ Publicaciones que contienen o refieren a esos mismos relatos

El trabajo de campo incluyó encuentros personales y de intercambio con informantes claves entre los que destacan Gerlero<sup>19</sup> y Nabergoi<sup>20</sup>, seleccionadas intencionalmente por sus reconocidas trayectorias en las investigaciones en el campo de la salud mental.

Se participó activamente en talleres y conferencias, dentro de los que sobresalen la jornada de salud pública-salud mental “Avances, obstáculos y actores en la implementación de la ley nacional de Salud mental: desafíos para la formación de los profesionales en salud mental”, realizada el 17 de Mayo de 2014 en la ciudad de Buenos Aires, y organizada por la cátedra Prof. Stolkiner-Facultad de Psicología/UBA. También, el taller coordinado por la Lic. Natalia Da Silva<sup>21</sup> sobre la Ley Nacional de Salud Mental y adecuaciones curriculares destinado a docentes y/o investigadores y profesionales, en el mes de noviembre de 2014 en la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas-Escuela Superior de Sanidad de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe.

Allí mismo, en mayo de ese año asistimos a la charla-debate desarrollada por la Abogada Mussi<sup>22</sup>, acerca de la fundamentación de la legislación vigente en salud mental (LNSM y LPSM), las nuevas concepciones de salud mental y las implicancias para los trabajadores de la salud, participaron fiscales, profesionales de salud mental, médicos integrantes de equipos de salud, docentes e investigadores universitarios.

---

<sup>19</sup> Sandra Gerlero es Magister en salud mental, coordina la maestría en salud pública en la ciudad de Rosario, dicho posgrado depende de manera compartida de la municipalidad de esa ciudad santafesina y de la Universidad Nacional de Rosario. Sus investigaciones se citan como antecedentes dentro de esta tesis.

<sup>20</sup> Mariela Nabergoi es Doctora en salud mental comunitaria, ejerce como docente-investigadora en la UBA, sus tareas de investigación se relacionan con temáticas vinculadas a esta tesis. Su especialidad es el asesoramiento metodológico a equipos interdisciplinarios de investigación e intervención en salud.

<sup>21</sup> Docente de la Cátedra Salud Pública y Mental de la Facultad de Psicología -UBA- Área capacitación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y del Posgrado en Salud Social y Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación

<sup>22</sup> Cecilia Mussi, abogada de la Dirección de salud mental de la provincia de Santa Fe, brindó material de su propia autoría sobre el Marco normativo legal, incorporado a la tesis. Participa como colaboradora en una investigación de la Escuela Superior de Sanidad/UNL relacionada con la temática y su preocupación se centra en el consentimiento informado de los usuarios.

Estos encuentros con expertos nos permitieron afianzarnos en el campo y tomar contacto con sus trabajadores, algunos de ellos fueron intencionalmente seleccionados para que aportaran sus testimonios. Nuestra inclusión en estos espacios, nos introdujo en la mismísima *cocina* de la *reforma*, en las opiniones acerca de su impacto social e institucional, y en las repercusiones entre los trabajadores de la salud. Así, se pudo establecer la importancia de focalizar en los alcances y límites del marco normativo, y del lugar que le cabe a los actores.

Esta etapa de involucramiento tuvo un peso importante a la hora de definir los criterios para la selección de los testimonios que se reúnen en el corpus de análisis, así como para conceptualizaciones, que se volcaron en los apartados referidos a las políticas públicas de salud santafesinas, las comparaciones entre la LNSM Y LPSM, y la selección de categorías como la de *salud colectiva o emancipatoria* para ampliar nuestra inicial idea de salud mental.

Con la ayuda de Gerlero y Nabergoi se bosquejaron algunas definiciones metodológicas sobre criterios para la selección de las unidades de observación y se revisó la relevancia de los testimonios de los trabajadores. Se incluyó dentro del campo de prácticas en salud mental a una gran variedad de actores, y no solamente profesionales “psi”, como es tradición. Se puntualizaron características del campo respecto a la interdisciplina e intersectorialidad. Los equipos interdisciplinarios, a medio camino de constituirse, presentan discontinuidades en su integración, no se puede establecer con claridad o anticipación quiénes los conforman, cuáles son sus tareas, cuándo las realizan. Tampoco, es sencillo identificar aquellos trabajadores que reconocen a la APS como línea directriz, está presente aunque de manera difusa en tareas de los centros de salud.

Estos aportes contribuyeron a definir como unidades de análisis, los sentidos que los trabajadores de salud mental construyen sobre sus prácticas, en términos de lógicas manicomiales o anti-manicomiales, en tanto reproductoras o desarticuladoras de lo manicomial. A partir del supuesto de que si bien lo normativo puede llegar a funcionar como un marco que reconoce, habilita o ampara, se entiende no se inspira en una “necesariedad” ontológica sino que es dado a pensar en una contingencia. Cobra protagonismo la libertad que opera en cada decisión.

### ¿Quiénes y por qué prestaron su testimonio?: implicados

Los testimonios incluidos corresponden a trabajadores de la salud mental con ciertas particularidades a la hora de pensar su implicación<sup>23</sup> con el tema. En el caso de los Terapistas Ocupacionales y Psicólogos, se trata de profesionales que cumplen dobles funciones, por un lado, trabajan o han trabajado en la salud en el ámbito público en los últimos 10 años, algunos de ellos paralelamente se han desempeñado en el ámbito privado, dentro de la jurisdicción de la ciudad capital de Santa Fe, y por otro lado, participan activamente en la formación de otros profesionales en calidad de tutores o cumpliendo distintas funciones en actividades académicas de enseñanza, investigación y extensión dentro de la Universidad Nacional con sede local (UNL). Estas características son muy valiosas a la hora de dar cuenta de por qué se eligieron estos profesionales y no otros, tomando como referencia los lineamientos vigentes, se cita el art. 33 de la LNSM:

---

<sup>23</sup> La intervención entendida como dispositivo trae aparejada a la implicación, en este sentido el análisis institucional recupera los aportes de la psicología con respecto al modo de investigación y acción clínicas (Enríquez, 1994). Desde aquí, cabe cuestionar la posibilidad de una “pura” objetividad o neutralidad de quien investiga e interviene. Al mismo tiempo, se tienen en cuenta las contribuciones del socioanálisis (Lourau, 1988) así, “*el análisis de la implicación es lo que nos permite relativizar históricamente nuestras verdades abriendo, en el terreno mismo, la posibilidad de reflexión sobre nuestro propio entendimiento*” (Manero Brito, 1990, 8)

*“La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.”(LNSM N° 26657, art.33)*

¿Por qué estos trabajadores y no otros? Las personas elegidas para su testimonio han manifestado su interés por fortalecer con su participación propuestas de integración entre su práctica laboral y la academia. Está también allí la implicación de la autora de esta tesis como docente universitaria y maestranda en intervención e investigación psicosocial. Nuestra expectativa es consolidar una ida y vuelta entre investigación e intervención, que tenga lugar dentro de los espacios de formación de los profesionales, e involucre a distintos actores: futuros profesionales, formadores, trabajadores con desempeño en servicios.

El contacto con esos trabajadores, surgió de coincidir en circunstancias diferentes pero siempre ligadas a la participación en eventos donde se abordaba la temática (jornadas, reuniones académicas y extra-académicas, actividades de divulgación y muestras institucionales). Primero se propiciaron uno o más encuentros cara a cara, espontáneos, sin mediar ningún protocolo ni tecnicismo, en una charla libre sobre el tema. Una vez dada el consentimiento se les hizo llegar en forma escrita una guía orientativa con ejes temáticos a manera de sugerencia.

La guía solicitaba un relato que incluyera: a) una situación laboral en la que había participado recientemente o algún tiempo atrás (últimos 10 años)<sup>24</sup> b) datos personales (cargo, función o tarea, y jurisdicción o sector del organismo), c) ubicación temporal (años, fechas, período en que había transcurrido), d) descripción ¿Qué pasó? ¿Cuál fue la situación? ¿Quiénes participaron o se involucraron? (sin dar datos de identidad), e) Contexto socio-institucional (por ejemplo, cambio de gestión en una institución o en el gobierno, constitución de equipos, etc.) y todo dato complementario a la descripción f) modo de abordaje desplegado, y condiciones o lineamientos; g) resolución o resultado arribado, h) reflexión sobre lo que pasó (sentimientos, contrariedades, tensiones, valoraciones), i) por qué se había elegido esta experiencia y no otra.

El período demarcado por los últimos 10 años como criterio de inclusión obedece al tiempo en que las leyes LNSM y LPSM fueron sancionadas y reglamentadas, es decir, se tomó como parámetro al marco normativo para incluir las prácticas. Las referencias a las leyes son recurrentes en los relatos, encontramos alusiones directas a las gestiones políticas, a la letra de la ley, a lineamientos y modelos sanitarios, protocolos, modalidades de atención, estrategias y servicios que se relacionan con la puesta en vigencia del marco legal, así encontramos repetidamente decires sobre los derechos de los pacientes, APS, equipos interdisciplinarios, epidemiología y salud colectiva, desinstitucionalización y dispositivos alternativos

#### Unidades de observación: documentos que forman el corpus de análisis

Nuestra problematización se ubicaría en el reconocimiento de las particularidades dentro de cierta recurrencia. Se podría concebir a los documentos agrupados como “*conjuntos*

---

<sup>24</sup> Algunos de estos trabajadores superan los 10 años de antigüedad pero se sostuvo esta referencia temporal para tomar sus relatos.



*prácticos*”, según Foucault, al tomarlos como “*dominios homogéneos de referencia en función de lo que los hombres hacen y la manera en que lo hacen, esto es, las formas de racionalidad que organizan las maneras de obrar (su aspecto tecnológico) y la libertad con la que los sujetos actúan dentro de esos sistemas prácticos (su aspecto estratégico).*” (Donda, 2003, sexta lección, 8). Consideramos estos dos ejes señalados por Foucault, uno el de las relaciones de acción de los “*hombres*” sobre otros –se podría interpretar como la exclusión y vulnerabilización del *enfermo mental*-, y otro el de las relaciones de los sujetos consigo mismos –como las estrategias de los trabajadores confrontando lógicas burocráticas o corporativas- Ambos transitan entre las lógicas manicomiales-antimanicomiales.

El registro temporal define la siguiente seriación de los testimonios: 1) 2007- Equipo Interdisciplinario de Infancia, 2) 2008- Equipo del Hospital, 3) 2011- Terapeuta Ocupacional del Centro de Salud, 4) 2012/2013- Psicóloga de Centro de Salud, 5) 2013- Terapeuta Ocupacional Equipo del hospital y 6) 2013/ 2014- Terapeuta Ocupacional del Centro de Salud.

La implicación de los trabajadores se manifiesta en sus respuestas y comentarios. La mayoría de ellos -cuatro casos- incorporaron a sus narrativas otros documentos agregados destinados según su parecer a enriquecer, profundizar sus testimonios, o explayarse en las complejidades de su trabajo.

Se acumularon un conjunto de documentos ofrecidos por ellos mismos: textos, recortes, trabajos académicos, huellas de sus reflexiones sobre los sentidos que poblaban sus prácticas. Sobre este material se realizó una segunda selección para incorporarlo a nuestro corpus de análisis, el criterio aquí fue que se trataran de documentos que ya hubieran contado con alguna publicación anterior, para asegurarnos su carácter público de difusión

y divulgación; además, que aportaran una profundización de algo ya esbozado en los primeros relatos.

Así cada relato abre una red de referencias a otros documentos. Las terapistas ocupacionales del equipo interdisciplinario de infancias volcaron su testimonio a través de una escritura conjunta con sus compañeros, presentado en un congreso, incluyeron un escrito de su supervisora, y al mismo tiempo, un libro que habían compartido y recordaron en el momento de nuestra charla, *Historia y trauma. La locura de las guerras*<sup>25</sup> de Davoine y Gaudillière (2011). Mientras que, la terapeuta ocupacional del centro de salud, luego de la entrevista, envió un texto que resumía sus 25 años como trabajadora de la salud mental. Por otro lado, la psicóloga del centro de salud aportó además de su relato un trabajo que presentó en un congreso de salud, y un fragmento de su escrito académico, ambos sobre la misma experiencia. El psicólogo del equipo del hospital presentó como testimonio su texto sobre la asamblea en ese nosocomio, e invitó a la terapeuta ocupacional a que escribiera, ella lo hizo sobre su taller de cocina.

### Breve caracterización de los trabajadores de salud mental participantes<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> La obra trata sobre la visita en 1979 de investigadores franceses a un pequeño hospital psiquiátrico norteamericano *bastante original* de puertas abiertas, allí trabajaron con *microhistorias* de los profesionales acerca de su relación transferencial con sus pacientes sin pretender reproducir exactamente una sesión. “*Un protocolo de objetivación sería absurdo, cuando de lo que se trata es de captar la eficacia de la palabra en un dispositivo que antes que nada garantiza su libertad*” (Davoine y Gaudillière, 2011, 389). para ello los investigadores trabajan con relatos *deliberadamente cortos* sobre momentos decisivos en referencia a hechos de la guerra olvidados que aparecen en pequeña cantidad de sesiones. El aporte más significativo para esta tesis es lo que los autores expresan acerca de que “*Tales relatos no son tanto ejemplos de un esquema teórico y existente como instantes de descubrimiento atrapados en vivo (...) Tampoco los vuelve muy asimilables a un tratamiento estadístico, ni mensurables con la vara de las escalas estandarizadas, que los haría entrar en la fuerza en una apariencia de cientificidad*” (37)

<sup>26</sup> En adelante se usarán las siguientes referencias para referirnos a nuestras unidades de observación: CS (centro de salud) EH (equipo hospital) EII (equipo interdisciplinario infancias) Ab (Abogada/o) E (enfermera/o) M (mucamo/a) PEF (Profesor Educación Física) PM (Psicomotricista) Ps (Psicóloga/o), LE (Ludoeducador/a) TO (Terapeuta Ocupacional), TS (trabajador/a social) y S (supervisora)  
Al lado de cada inicial va año en que sucedió la situación que se relata.

a) **PS-CS** de un barrio de la zona noroeste de la ciudad, presenta su experiencia en un taller de fotos con jóvenes, acompaña su relato con dos documentos que ella entiende forman parte de su testimonio, se trata de un trabajo presentado a un congreso de salud en agosto de 2013, y un recorte de un trabajo académico donde retoma la experiencia reflexionada.

La particularidad del relato reside mostrar al testimonio como la puerta de acceso para decir lo que en otros espacios está censurado: “*En el Congreso de Salud al que fui con los chicos hablé de esto (dificultades con la gestión para llevar adelante la propuesta) y produjo un enorme malestar en mis autoridades. Más de uno de ellos vino a plantearme que por qué no concentraba mi exposición en los logros en vez de apuntar a las carencias.*” (Ps, CS, 2012/2013) esta confrontación no pretende poner en duda las políticas en términos de construcción de ciudadanía “*que el Estado garantice derechos es lo que nos sostiene en nuestros roles de trabajadores de la salud pública*”. (Ps, CS, tesina, 2014). La calidad de los aportes de esta profesional nos confirma en nuestra apuesta al testimonio, cabe destacar que la circulación de materiales de mucha “*pobreza teórica y de retrabajo*” (calificación de los propios trabajadores) con la supuesta intención de formar o capacitar, pone en valor *lo que producen* los propios trabajadores de la salud *y los produce*.

b) **T O de dos CS** de dos localidades de la costa este de la capital santafesina. Este testimonio fue tomado a partir de una entrevista grabada, y se acompaña por pedido de la propia entrevistada con una publicación de su autoría, en ambos documentos nos encontramos con registros de su transitar de 24 años como trabajadora de salud mental, por diversas instituciones y dispositivos, trayectoria que ella describe como un vaivén por

distintas lógicas por “*Las Prácticas que producimos y nos Producen*”<sup>27</sup> su contenido puede ser representado a través del siguiente recorte: “*Desde mi experiencia como TO en el campo de la salud mental y el ejercicio de la docencia universitaria (en la Lic. en TO/UNL) durante veinte años, intento compartir algunas reflexiones sobre los desafíos recorridos, contextualizados en los distintos enfoques y debates de la salud pública, un hospital con lógica manicomial, la terapia ocupacional y la impronta personal en dicho proceso*” (Publicación, TO,CS, 2011)

La diferencia entre el contenido de la publicación y la entrevista es que durante la entrevista la TO se refiere a su trabajo actual en dos Centros de Salud, en cambio en la publicación hace un resumen autobiográfico como trabajadora de la salud, en distintas instituciones, instancias y momentos históricos. Se tiene en cuenta la propuesta de la TO para articular ambos documentos en el análisis.

La profesional al ubicarse como trabajadora de este campo dice: “*yo pertenezco al colectivo de la salud mental, me paro desde ese lugar*” (TO,CS,2013/2014). Luego, aclara enfatizando una diferenciación: “*me paro desde la salud mental, tuve que borrar es mental y meterme en la mirada de la salud colectiva*” (TO, CS, 2013/2014). El relato recorre abordajes anclados en la APS y la concepción de salud comunitaria, salud colectiva, salud y *no* mental. Su amplia e intensa trayectoria como trabajadora en el campo y su desempeño como formadora de futuros trabajadores y como investigadora de proyectos de investigación sobre el tema, resultaron un aporte inspirador e invaluable para el desarrollo de diferentes momentos de la tesis: políticas de salud mental y debates acerca de salud/salud mental/salud colectiva.

---

<sup>27</sup> “*Las Prácticas que producimos y nos Producen*” es el título de la publicación presentada por la entrevistada en las jornadas de salud mental, forma parte del corpus de análisis de la investigación y el texto completo se encuentra en el apéndice.

c) **Equipo interdisciplinario infancia** (EII) Conformado por lo que podríamos denominar apropiadamente un equipo interdisciplinario e intersectorial por la variedad de trabajadores que lo componen: Ab, E, LE, M, PEF, Ps, PM y TO, en este caso se incluyen los llamados “recursos no convencionales” en Salud mental, y en su conformación intervienen distintos organismos: el ex -hospital psiquiátrico de Santa Fe y la secretaría provincial de la niñez, adolescencia y familia y el dispositivo alternativo<sup>28</sup> “PARAMI”<sup>29</sup> en el que funciona el equipo interdisciplinario de infancias, dependiente de la dirección provincial de salud mental de flamante creación. Si bien, el relato toma un caso atendido a principios de 2008, el dispositivo comienza a funcionar en el 2007, año de reglamentación de la LPSM, los equipos ya venían siendo puestos en valor por sus intervenciones durante la inundación del 2003<sup>30</sup>. El dispositivo dejó de funcionar en el 2009.

Se combinan dos documentos presentados en conjunto, el documento principal es el relato de los distintos integrantes del equipo de salud mental, enviado por una de sus integrantes con quien se hace contacto personal, ella decide acompañarlo con un escrito de su supervisora quien hace su lectura acerca de la intervención del equipo en esa situación, el aporte de este segundo documento permite recuperar una caracterización del

---

<sup>28</sup>La expresión “*sustitutivas o alternativas al manicomio*” para dispositivos o servicios, incorpora términos de la legislación referentes a esas modalidades de abordaje, también sugiere un debate entre: si deben ser sustitutivas o alternativas, diferencia que es tema de discusión entre los trabajadores y tiene como trasfondo el cambio de paradigma, bajo el supuesto de una producción real (cerrar el manicomio) o una producción simbólica (sustituir las lógicas más allá del manicomio). Esta diferenciación no es menor porque deja abierta su definición en uno u otro sentido, o en la combinación de ambos desde la decisión de los trabajadores en cada práctica

<sup>29</sup> PARAMI (Parador de Reintegración al Mundo Infantil): El Dispositivo Infancia depende de la Dirección Provincial de Salud Mental y, nació como una respuesta a una serie de acontecimientos ocurridos con adolescentes y el consumo de sustancias “*banda del poxi*”, funcionó en las ciudades de Santa Fe y Rosario, dentro de las tantas tareas (centro de día y tratamientos ambulatorios) que realiza el Equipo de Infancia de la Dirección, en el hospital Mira y López está la sala de internación para crisis subjetivas graves, inaugurada en marzo de 2007. Consistente en un dispositivo de cuatro camas para alojar niños en crisis subjetivas graves, con una internación lo más abreviada posible, situación que con algunos fue posible, y con otros resultó un poco más complicado y prolongándose el tiempo de internación: “*cuando, no hay afuera una familia u otra institución que lo pueda contener*”. (Información proporcionada por integrante del equipo).

<sup>30</sup> En Abril del 2003, ciudad de Santa Fe.

equipo como interdisciplinario y, además, es primordial para fundamentar la inclusión del testimonio del equipo dentro del corpus de análisis de esta investigación:

*“Se trata de un Equipo que conserva la polisemia de voces<sup>31</sup> y que desde allí intenta desplazar las “migajas identificatorias”. Pensamiento nuevo en acto, que no reconcilia contrarios sino que abre polémicas angustiantes, urgentes, y sin embargo al mismo tiempo, logra la recuperación de un “colectivo”, colectivo necesario para hacer trama y así alojar al niño de “la calle”. (...) El plural<sup>32</sup> respecto de las infancias...aquí es el plural del trabajo, y de la manera de pensarlo. Plural interdisciplinario, plural que rompe con los bordes de lo profesional y no profesional, plural que llama a todo otro para el cual el niño es un niño...y solicita a otros que los sigan siendo... (...) Hecha la ley...hay que hacer la trama<sup>33</sup>, hacer la trama o habitar la ley habla de una debilidad de la ley, ella no está legislando, hay que hacerla entrar. Viene de fuera, viene absolutamente de fuera. Esta heteronomía de la ley trae complicaciones para habitarla o para hacer la trama<sup>34</sup>(...)”*

*Los discursos sobre los niños, sobre la infancia y en particular los pedagógicos, médicos, psicoanalíticos, proyectan un deseo de la sociedad en su conjunto y ese deseo construye su objeto. Todo discurso tiene esta capacidad de inventar el objeto al mismo tiempo que lo está descubriendo. ¿Qué discurso inventa a estos niños? (...)*

*“(...) es (un aspecto relevante de las prácticas) el encuentro con el fracaso que obliga a repensar todo. Repensar el encuentro con la cara más injusta de la ley, de la sociedad,*

---

<sup>31</sup> Entre comillas pondremos las voces de abogada, mucamo, psicóloga...voces que muestran este modo de trabajar del equipo y de poner en práctica la interdisciplina.

<sup>32</sup> Impulsó el CEM una fuerte reflexión sobre este plural en el Seminario Internacional sobre infancias.

<sup>33</sup> “Hay otras intemperies, los que acallan tapándole la boca con objetos, y los ojos con pantallas y los oídos con grabadores....así no nos ven, no nos hablan, no nos escuchan...y no tienen a nadie tampoco...”

<sup>33</sup> Nota original de la autora: “Frase que tomo de una exposición de Hugo Fiamberti”

<sup>34</sup> Este punto exige una reflexión respecto de los modos de la legalidad en nuestra cultura.

con lo que hipócritamente<sup>35</sup> o no, se dice querer modificar y que sin embargo en las prácticas cotidianas se siguen convalidando, entre otras cosas, por no poder encontrar genuinamente el punto de Arquímedes desde el cual accionar. (...) Este diálogo sigue en la búsqueda de ese punto y de ahí la importancia de dar la palabra y dialogar con aquellos que ponen sus cuerpos y relatan sus experiencias. Cuerpos que pesan y duelen en demasía, al hablar<sup>36</sup>. También rendir un necesario reconocimiento a todos esos silenciados trabajadores de las trincheras.” (Supervisora EII, 2011)

**d) Equipo del hospital (EH): Ps y T O**, con ambos trabajadores se mantuvo un previo contacto personal, solo la TO actualmente sigue la institución, el ex-hospital psiquiátrico de la ciudad de Santa Fe<sup>37</sup>, ahora es general, aunque sigue teniendo pacientes *cronificados*. Ambos son autores del relato que enviaron sobre su práctica en sala de hombres, con la participación en la *asamblea* como dispositivo alternativo que funcionó<sup>38</sup> en dicho hospital.

**e) T O EH:** tiene a su cargo el taller de cocina, dispositivo alternativo que funciona en el mismo hospital ex-psiquiátrico pero cuenta con el aval de la dirección provincial de salud mental, tiene como propósito ampliar la autonomía de los *usuarios*<sup>39</sup>. Esta propuesta está destinada a adultos alojados en la institución en proceso de externación, y/o *usuarios*

---

<sup>35</sup> En el caso hipócrita es interesarse por el tema más que porque está en la agenda de lo políticamente correcto, lo que lo lleva a un lugar de más peligroso silenciamiento.

<sup>36</sup> Nota original de la autora: “*Ulyses llora cuando escucha el relato de sus desventuras, antes no*”.

<sup>37</sup> “*El Hospital Psiquiátrico “Dr. Mira y López” se encuentra en el norte de la ciudad de Santa Fe, es un Hospital polivalente y atiende a las demandas medicas de gran parte de la zona norte de nuestra ciudad; existe a nuestro entender una fuerte impronta psiquiátrica lo que lo convierte de hecho en un hospital monovalente, y así en una institución total*” (TO, EH, 2013)

<sup>38</sup> La “*asamblea*” en el hospital, a través de la publicación de otra de las trabajadoras entrevistada TO-CS, “*1991: ingreso al hospital, junto a otras dos egresadas en 1992 presentamos un proyecto a la Dirección del Hospital que denominamos “CAD” (Centro de actividades diurnas). Dicha propuesta tenía como objetivos; generar un espacio de circulación del hacer, donde se podía elegir y construir significados en las actividades elegidas, abierto a la comunidad hospitalaria y no- hospitalario, un lugar donde la circulación de la palabra tenga el valor de transformación (asambleas)*”. (en: “*Las prácticas que producimos y nos Producen*”, ver apéndice)

<sup>39</sup> El término “*usuario*” con referencia en la LNSM para denominar a quienes usan los servicios de salud mental, amparados en el reconocimiento de sus derechos y garantías.

dependientes de consultorios externos que requieran refuerzo para sus actividades de la vida diaria y aumentar las oportunidades de participación social (Familia, amigos, escuela, trabajo, etc.). Los relatos del EH asumen al *dispositivo alternativo* para promover la autonomía de los pacientes.

### Límites y alcances del estudio

A propósito de las limitaciones que conlleva la selección de fuentes, no se logró incorporar testimonios de trabajadores que fundamenten su trabajo desde un modelo de salud “convencional”, o en un enfoque clínico tradicional. Es difícil, hoy en día encontrar alguien que se presente así abiertamente, sin embargo son traídos por sus compañeros a través de los relatos. La posibilidad de conseguir los testimonios se basó en la confianza y disposición que mostraron los trabajadores participantes para *donarlos*, aún con los que ofrecieron narrativas de su autoría publicadas, tuvimos intercambios presenciales, y se preocuparon por agregar datos o realizar sugerencias para el tratamiento de sus textos, lo que contribuyó a dar profundidad al trabajo. No se halló esa predisposición en otros trabajadores dentro de los límites de tiempo establecidos para la tesis.

Si bien, se logró incluir algunos trabajadores no convencionales, fuera del predominio *psi*, como fue el caso de abogados y enfermeros, no se pudo incluir a médicos, señalamos la desintegración que produce discursivamente el agregado mental a salud (*salud convencional vs. epidemiología crítica latinoamericana*), como contraparte es lisa y llanamente salud. Los médicos dentro de los relatos aparecen incluidos, aunque no se menciona su participación activa en los abordajes en los centros de salud (Ps, TO), o en los equipos (interdisciplinario de infancia o del hospital). Sabemos que *están* –pero en los relatos son figuras de fondo- ¿no se incluyen o no logran ser incluidos? ¿Son indicios de relaciones intersectoriales y corporativas del campo?



Tampoco, aparece representado el sector privado. La mayoría de los profesionales entre los participantes realizan un ejercicio liberal de su profesión, en estudios, consultorios, centros, sin embargo todos eligieron hablar de experiencias ligadas a la salud dentro de una gestión oficial.

Nuestros registros sobre trabajadores del sector privado refleja a aquellos que participaron de algún encuentro que asistimos, según sus expresiones la legislación vigente les abre un campo de posibilidades para una mayor inserción, pero las prácticas *nomencladas* por las obras sociales se restringen a las tradicionales de atención en consultorio. Si bien, se amplía la mirada para incorporar en un equipo por ejemplo a un artista plástico, un profesor de música o informática; ellos no pueden *facturar* bajo dicho nomenclador, ni utilizarlo para recursos necesarios para su tarea. Al margen, la derivación del médico como profesional de cabecera sigue teniendo peso. Son algunas de las brechas que existen entre las propuestas innovadoras impulsadas desde la legislación y lo que en concreto se puede hacer desde una propuesta no oficial<sup>40</sup>. Lo que sí indica es la posibilidad de ampliar el círculo de trabajadores de la salud a nuevos integrantes.

Existen prácticas que ya se viene llevando a cabo informalmente, como talleres de *clowns* o *destrezas circenses, de teatro*, entre otros, en las que los organizadores o coordinadores son personas de oficio<sup>41</sup>. Esto genera una lista de potenciales participantes, nuevas formas

---

<sup>40</sup> Forma parte de la discusión la exigencia de las obras sociales de que el usuario presente una certificación de discapacidad para cubrir los honorarios profesionales, lo que remite otro campo de relaciones entre a gestores de salud pública o privada, prestadores y usuarios; no sin generar nuevos debates acerca de las concepciones hegemónicas y críticas sobre de la salud y la enfermedad, y probables puntos de beligerancia con la legislación vigente, debido a situaciones que quedan excluidas en las normativas o invisibilizadas en la cotidianeidad.

<sup>41</sup> Al definirse abordajes preventivos y situados, se podrían incluir nuevos actores que ya vienen desempeñándose en propuestas de capacitación o formación o en espacios de escucha, ámbitos de discusión y reflexión, como ser: docentes del sector formal o informal, referentes barriales, cuidadores y voluntarios, en tanto referentes comunitarios que intervienen en situaciones relacionadas con la discapacidad, el consumo excesivo o problemático de sustancias, situaciones de violencia familiar, escolar y de género.

de pensar el trabajo en salud mental, difícil se abarcar en un trabajo de investigación único.

Una salida posible para contemplar toda esa variedad y diversidad de situaciones surge de la propuesta de una TO Cs, acerca de realizar una *cartografía de espacios colectivos*<sup>42</sup> de salud existentes en la región<sup>43</sup>, un estudio de este tipo permitiría un registro de estos *nuevos* actores y una manera para establecer contacto.

### Procedimientos realizados para el análisis de los documentos

Como estrategia para el análisis de los datos se siguió un análisis de contenido centrado en el nivel semántico, comúnmente conocido como *análisis temático* desde los desarrollos de metodología cualitativa (Coffey y Atkinson, 2003).

Se trabajó con el contenido de los documentos reunidos como corpus para su análisis, siguiendo pasos que se podrían resumir de la siguiente manera:

- 1) en primera instancia se hizo una codificación abierta (Valles, 1999) de los datos reunidos para organizarlos en categorías y subcategorías surgidas de esa operación sobre los textos/relatos de los trabajadores, abarcando un sentido horizontal (intensivo al interior de cada documento) y vertical (extensivo recorriendo todos los documentos);
- 2) la finalidad de esa tarea fue ir *descubriendo* dentro del contenido ciertas temáticas, para reducir el material, agruparlo y ordenarlo bajo títulos;

---

<sup>42</sup> Se tratarían según la referencia de la TO de propuestas realizadas por trabajadores de la salud/salud mental bajo modalidad de taller, dispositivos, proyectos, programas, espacios intersectoriales, grupos, entre otros que pudieran aparecer. Ejemplos de algunos de los ya identificados: “*El taller de cocina a la siesta*”, “*Taller de Fotografía con los Pibes del Barrio*”, “*Programa de Radio –Programa La Zonal*” y “*Espacio de Prácticas de Crianza*”. La característica común de todos ellos es que los profesionales trabajan fuera del consultorio, intervienen con otros actores como el operador de radio, y se sale de una modalidad de atención tradicional.

<sup>43</sup>Según el Plan estratégico provincial (2012) “*En particular la de La Región 3, Nodo Santa Fe cuenta con una densa red de organizaciones de la sociedad civil, fortalecida por una tradición en trabajos comunitarios y un real compromiso ciudadano en la resolución de problemas sociales colectivos*”

3) retomamos nuestras categorías de análisis, a partir de interpretar entrecruzamientos, semejanzas o divergencias reconstruidas a partir de los datos (Coffey y Atkinson, 2003), es decir *conexiones* desde la concepción de *conocimiento situado*;

4) al mismo tiempo, atendimos lo *emergente* –*conexiones impensadas/impensables*- lo que se recuperó en expresiones literales de los trabajadores, con similitud a lo que desde la *teoría fundamentada* (Glaser y Strauss, 1967) denomina *códigos in vivo*.

En la escritura del informe se incluyeron numerosos fragmentos textuales seleccionados de los relatos de los trabajadores, recurrimos a sus formas particulares de significar las relaciones entre sus prácticas y las lógicas con las que las comprenden; apelamos a sus *saberes y reflexiones* acerca de dichas lógicas que atraviesan sus prácticas en salud mental, desandando el interjuego entre lo manicomial y lo antimanicomial.

## **5. Estudios previos acerca de la temática**

Nuestra preocupación recordemos, es indagar la desmanicomialización a partir de la mirada de los trabajadores de la salud mental de Santa Fe sobre la cotidianeidad de sus prácticas, esto es, el debate profundizado a partir de la legislación vigente.

Esta problemática se inscribe en un marco social más amplio, el de las luchas por la construcción de ciudadanía, el reconocimiento y respeto de los derechos, la inclusión de personas con vulnerabilidad social, así como, las propuestas y acciones *emancipatorias* ligadas a cambios en las políticas sociales y la salud pública (Chapela Mendoza, 2007; Stolkiner, 2010 y Bang y Stolkiner, 2013), y el campo de las producciones teóricas sobre dichos procesos. Entendemos que es significativo para el campo de la intervención e investigación psicosocial.

Los principales estudios<sup>44</sup> acerca del proceso de desmanicomialización, se podrían sintetizar en torno a dos coincidencias preponderantes: **a)** identifican como punto de partida los debates que surgen por la introducción de las obras de Goffman (a partir de los '60), Basaglia (1972) y Foucault (1976), como posturas críticas hacia las instituciones de encierro que abren una puerta a la desinstitucionalización; **b)** establecen una intensa relación del tema con el reconocimiento de los DD HH, su vulneración y los avances hacia su restitución (MDRI y CELS, 2007).

Se sientan allí los mojonos de distintas reformas propiciadas desde políticas de salud mental en diferentes lugares del mundo, también coinciden en la relevancia de la participación de los trabajadores de salud mental para la construcción de las políticas públicas de salud (en nuestro país en Galende, 2006 y 2008). Lo que nos habilita a circunscribirnos, fundamentando nuestro interés por visibilizar el protagonismo de los trabajadores (de nuestro entorno) para conocer las transformaciones que promueve la legislación vigente en el campo de la salud mental.

Para la descripción de las prácticas de los profesionales en relación a las lógicas de manicomialización-desmanicomialización encontramos en Galende (2008) referencias a teorías construidas sobre la *enfermedad mental* en términos de un imaginario social donde el paciente es ubicado como objeto.

El fundamento epistemológico núcleo del poder del psiquiatra encarna un problema ético, trasfondo de la institucionalización de los *enfermos mentales*, que llama la atención acerca de cómo las personas *piensan y se piensan* en relación a malestares psíquicos, se

---

<sup>44</sup> Dentro del campo temático, ubicamos: 1) referencias acerca del proceso de desmanicomialización dentro del contexto mundial (Cohen et al. (1994), Domenech, et al (1999), Galende (2008) y Ardila (2009)). 2) descripciones de lo ocurrido en Latinoamérica (Amarante (2006), Rovere (2004) y Paganizzi (2007)). 3) investigaciones nacionales relevantes especialmente se cita a Murekian (2006, 2007, 2009 y 2010), Stolkiner (1994 y 2010), MDRI y CELS (2007), Solitario, Garbus y Stolkiner (2007), Bang y Stolkiner (2013), Galende y Kraut (2006) y Alberdi (2003). 4) en la provincia de Santa Fe, estudios previos Faraone (2003), Rosendo (2011) y Faraone y Valero (2013), también se hallaron proyectos de investigación y trabajos de tesis, principalmente del sur de la provincia de Santa Fe, más precisamente la ciudad de Rosario: Mutazzi, Vismara y Coll (2002), y Gerlero y Augsburger (2012)

manifiesta en expresiones espontáneas: *está loco de atar, para encerrar*. La *desmanicomialización institucional* -cierre de los establecimientos- como la *subjetiva* -subjetividad afectada por la institucionalización-, lo que Galende (2008) designa como una *doble tarea* para dimensionar la manera en que los profesionales están comprometidos con expectativas o posicionamientos hacia las políticas públicas en salud mental.

Entre las investigaciones nacionales de envergadura están los aportes de Murekian (2006 y 2009) sobre la desmanicomialización, como tema candente (*topic*) dentro de la comunidad de profesionales de la salud mental (MDRI y CELS, 2007). Cabe recordar que, es su estudio alineado con la perspectiva de las representaciones sociales, el que permite localizar el origen del término desmanicomialización, dentro de la experiencia socio-sanitaria de Río Negro (Murekian, 2006; 2009). Desde este enfoque los tópicos permitirían acceder a las conceptualizaciones de un grupo social acerca de un objeto, así como establecer las factibles diferencias dentro de ese grupo o respecto a otros, teniendo en cuenta la distribución social de las representaciones. Murekian (2010) puntualiza “*La localización simbólica y concreta de la locura pareciera comportarse como thémata (Moscovici, Vigneaux, 1994) en la inacabada discusión acerca de las alternativas al enclaustramiento y marginación del enfermo mental*” (1). La autora señala la potencialidad del tema para abordar las tensiones entre las minorías activas y las mayorías hegemónicas en torno a los debates acerca de la salud mental en Argentina.

Carpintero y Vainner (2005) plantean la confrontación en torno a las concepciones de salud mental desde dos perspectivas, por un lado, una concepción individualista, adaptativa a un orden y centrada en lo patológico (Stolkiner, 1988) y, por otro lado, como recurso indispensable para la inclusión social a partir de promover la autonomía y prácticas libertarias (Stolkiner, 1994). La creación del conflicto se entiende como motor

de la innovación, que se proyecta en el neologismo “*desmanicomialización*”. El reconocimiento de las representaciones sociales acerca de los procesos de salud-enfermedad, se supone que podrían promover transformaciones de la salud pública (Fränkel, 2004). Las investigaciones citadas colaborarían en promover la identificación de *thématas* en el discurso de los profesionales acerca de la desmanicomialización, el reconocimiento de características propias de las *minorías activas* entre los profesionales de Salud mental y de indicios de un posible *cambio representacional* (Murekián, 2010).

Destacamos especialmente los aportes de Murekian (2006 y 2009), con su trabajo con documentos escritos de carácter público de difusión masiva y en distintos ámbitos y soportes de texto, coincidimos en considerar aquí un espacio fecundo para hallar relatos con testimonios de trabajadores de la salud mental como una vía para recuperar sus significaciones. Sus estudios abordan la relación entre los media y las innovaciones en salud mental, analizando su intervención en la construcción social de la reforma psiquiátrica. Su diseño metodológico se fundamenta en una perspectiva comunicacional de las representaciones sociales: “*se les ha reconocido a las disciplinas en salud mental, cierto poder de formación de consensos, de representaciones acerca de la salud y la enfermedad mental. Dicho poder no sólo provendría del ámbito académico sino también potenciado por la difusión mediática*”. (Murekian, 2009, 6).

Su trabajo con los discursos valorativamente explícitos acerca de la desmanicomialización, identifican diferentes dimensiones: socio-simbólica; ética; jurídica; política; histórica, social y psicosocial; socio-sanitaria; terapéutica y disciplinaria; situándose en ámbitos geográficos distintos al nuestro. Esas dimensiones podrían orientarnos sobre diversos carriles por donde circulan las prácticas de los trabajadores del campo, para identificar articulaciones con y entre sus significaciones.

Aunque, cabe aclarar, nuestro trabajo no se identifica teóricamente con las *representaciones sociales*, ya que nuestro interés por recuperar *formaciones discursivas* no es en términos de distinguir consensos construidos socialmente, sino, es el reconocimiento de las significaciones que atribuyen los trabajadores a las decisiones que toman cotidianamente desde sus prácticas como instancia de subjetivación (Foucault en Donda, 2003).

Pasando al territorio santafesino, Gerlero y Augsburger (2012) en su investigación acerca de la relación entre salud mental y políticas públicas desde los años '90 en la provincia de Santa Fe, se sitúa en el ámbito local y las coordenadas temporales que enmarcan nuestro estudio. Resulta inspirador por su demarcación como “*área sustantiva de conocimiento*” a los cambios normativos. El propósito de “*sistematizar tanto la dimensión enunciativa cuanto las acciones prácticas que garantizan las políticas vigentes en el sector*” (Gerlero y Augsburger, 2012, mimeo) abre una perspectiva sobre las modalidades y estrategias de atención de las personas con padecimiento subjetivo, las nuevas propuestas en sus líneas de intervención y las diversas transformaciones de las instituciones y servicios.

En el rumbo complejo de esas políticas, remarcan progresos y retracciones que se atribuyen a diferentes intereses y fuerzas presentes en cada coyuntura; y la brecha existente entre lo que los documentos establecen jurídicamente y aquello que efectivamente transcurre o hace efectivo el ejercicio de una política sanitaria. El entrecruzamiento entre la *dimensión formal* (ley) y la *dimensión sustantiva* (concepciones, supuestos, valoraciones, intereses y acciones de los actores) cimienta nuestro trabajo.

Una ley tanto puede visibilizar una situación como confirmar sentidos cristalizados, como caras de una moneda. La legislación funcionaría como un dispositivo que instala una

lógica de *doble banda*. Lo cual remite a las significaciones imaginarias para pensar las definiciones, estereotipos y rótulos condensados en la ley (Galende, 2008), y promueve atender las *lecturas* de los trabajadores de salud mental acerca de las lógicas que atraviesan el campo (Faraone y Valero, 2013)

A los fines de recomponer el contexto en el que nos situamos recuperamos el trabajo de Gerlero y Augsburger (2012) sus referencias acerca de la LPSM N° 10772/91 como una de las primeras del país, anterior a una ley nacional (la LNSM N° 26.657 sancionada a fines de 2010), se subraya que su reglamentación se da recién el día 21 de septiembre de 2007 por un decreto del gobierno provincial.

En ese momento organismos internacionales sanitarios y no sanitarios proclamaban y estimulaban las reformas de las instituciones de salud mental apuntando a la reestructuración de la atención psiquiátrica vigente, y exigiendo especificaciones sobre DD HH y civiles de los *enfermos mentales* en las legislaciones (declaración de Caracas de 1990-OPS/OMS). Esto se proyecta en la política provincial a través de lineamientos, modelos estratégicos y ejes organizadores del sistema sanitario (promoción de la salud, APS y decretos reglamentarios ministeriales).

Las investigadoras rosarinas adoptan un diseño cuali-cuantitativo, que toma dos jurisdicciones político-administrativas diferenciadas, por un lado el conjunto del territorio santafesino, y por otro lado, el municipio de Rosario (al sur de la provincia). Su propuesta metodológica busca los significados de los profesionales de la salud mental en sus trabajos de reflexión e investigación, utilizando como fuentes, por ejemplo, publicaciones con el resultado de esas investigaciones, así como, comunicaciones de capacitaciones, en jornadas o instancias de intercambio, entre los miembros de los equipos, inter y extra institucionales, o dirigidas a la comunidad.



Siguiendo con nuestra provincia, el proyecto de Mutazzi, Vismara y Coll (2002) ubicado la ciudad de Rosario, sistematiza publicaciones y comunicaciones científicas sobre abordajes clínicos–asistenciales, en centros de salud mental regionales, que asisten personas con largos períodos de internación, así como, espacios de discusión y teorización sobre la articulación entre el campo jurídico y la salud mental, para problematizar la intervención interdisciplinaria en torno a la *imputabilidad* y *peligrosidad*. Mutazzi et al. (2002) rescatan las *lecturas* de los equipos interdisciplinarios sobre los déficits de la ley, en publicaciones y comunicaciones científicas.

Estas investigaciones eligen una estrategia cualitativa para encontrarse con el punto de vista de los actores, utilizando técnicas tradicionales como las entrevistas, agregan el análisis de documentos públicos, específicamente publicaciones y comunicaciones científicas (Mutazzi et al. 2002 y Gerlero y Augsburger, 2012), y los medios de comunicación como fuentes donde captar expresiones de distintos actores del campo (Murekian, 2006 y 2009), así nos marcan una senda para recuperar las significaciones de los trabajadores.

Faraone y Valero (2013) analizan los procesos de transformación vividos en las instituciones psiquiátricas de la provincia de Santa Fe, dos instituciones monovalentes- el hospital Dr. Águdo Ávila de la ciudad de Rosario, y la colonia psiquiátrica Dr. Abelardo Irigoyen Freire de Oliveros-, y un hospital convertido en general –el hospital Mira y López en la ciudad de Santa Fe- y la sala psiquiátrica de la cárcel de Coronda.

Se muestra la complejidad de los procesos desinstitucionalizadores centrados en el desmantelamiento de la institución manicomial en contextos sociales y políticos que apuestan por la transformación a partir de la LPSM.

En sus entrevistas a trabajadores de salud mental de la provincia, particularmente de nuestra región, se problematiza a la institución manicomial como territorio de exclusión

y control al que están sometidas las personas con padecimiento subjetivo, y su reproducción en espacios extra-muros. Por un lado, se indica un cierto retroceso en las nuevas internaciones, sopesando aquí la influencia de la intervención de equipos interdisciplinarios para las admisiones; en relación a la cronificación se destaca el esfuerzo de un colectivo de profesionales que llevan a cabo tareas de inclusión social de los pacientes a partir de emprendimientos apoyados en la concepción de empresa social, dispositivos alternativos la mayoría de ellos surgidos intra-muros. Pero, también se señala un cierto detenimiento de los procesos de sustitución debido a conflictos intersectoriales y desacuerdos entre distintas lógicas intra e inter institucionales, por ejemplo con el ámbito judicial.

Atendiendo a los resultados obtenidos por ese estudio, nuestra investigación se propone realizar un aporte indagando cómo los trabajadores entienden sus prácticas respecto a la reproducción o autonomía de la exclusión y control que subyacen en la atención de personas con padecimiento subjetivo, ya sea intra o extra muro. Intentaríamos a través del testimonio de los trabajadores recuperar sus reflexiones acerca de cómo significan su participación dentro de los conflictos y las tensiones, identificando la manera como ellos comprenden que se articula con sus prácticas.

En esa misma investigación, Rosendo (2013) describe del contexto social, político, legal y sanitario del programa de sustitución de las lógicas manicomiales inscriptos en la LPSM; sugiere tener en cuenta que esta ley no solo instaure una discusión y una reforma técnicas, sino que también promueva una transformación ideológica y política, haciendo hincapié en la labilidad y dificultad de estas reformas de sostenerse en el tiempo. Con nuestra investigación intentamos indagar acerca de cómo los trabajadores describen la inscripción de sus prácticas dentro de esos vaivenes, destacando el lugar que le cabe a sus propias decisiones.

## 6. Un cambio de paradigma: la legislación vigente en salud mental

Para definir el marco normativo-legal primero hay que ubicar al paradigma de la salud mental desde el enfoque de DD HH. Cambia la concepción sobre la persona con padecimiento psíquico en salud mental, al cambiar la concepción misma de salud mental. Esta transformación se plasma en la LNSM sancionada en el 2010, y en leyes provinciales, entre ellas la LPSM de Santa Fe. Debiéndose comprender que esto va a tener una incidencia en las prácticas diarias de los trabajadores y equipos de salud, teniendo en cuenta diferenciar el orden jurídico como obligación en los procedimientos y los DDHH como principio sustantivo.

El derecho vigente en nuestro país, mantiene referencias con un marco normativo legal amplio *“el ordenamiento jurídico positivo se encuentra estructurado en un orden jerárquico. Ello supone que existen normas de mayor y menor jerarquía, que las superiores prevalecen en caso de conflictos normativos, y que las de inferior rango siempre deben adecuarse a aquéllas”* (Mussi, documento inédito)<sup>45</sup>. Este sistema jerárquico<sup>46</sup> incluye: 1) un rango constitucional<sup>47</sup>, donde hacemos hincapié en los

---

<sup>45</sup>La Abogada Cecilia Mussi egresó de la Facultad de Ciencias Jurídicas/ UNL, con estudios de posgrado en intervención interdisciplinaria sobre temas de familia y niñez y en salud mental. Ejerce su profesión en la Dirección Provincial de Salud Mental/Ministerio de Salud y en la Defensoría de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la pcia. de Santa Fe. Expuso en eventos internacionales, nacionales y provinciales, relacionados con el derecho y la salud mental. Fue entrevistada para la tesis, a partir de su participación en un proyecto de investigación de la UNL afin. Su escrito inédito acerca de *“La salud mental desde una perspectiva de derechos. Implicancias en las prácticas de los trabajadores de la salud”*, tiene como base su conferencia en la UNL, Santa Fe. El mismo, previo consentimiento y revisión conjunta, se retomó para la elaboración de este apartado.

<sup>46</sup>Se destaca la relación entre rangos superiores e inferiores dentro de la legislación y la necesidad de ubicar en cada caso cómo se da la relación entre cada rango. Por ejemplo, en un caso de un niño abusado por su padre la Patria potestad queda por debajo de los derechos de protección de la niñez.

<sup>47</sup>La Constitución Nacional misma, así como los Tratados Internacionales sobre DD HH con jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22 C.N) reconocen derechos tales como la salud - Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, art. 11 *“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales...”*, Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25 *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”*; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12: *“Los Estados Partes ...reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*-, la integridad personal - Pacto de San José de Costa Rica, art. 5 *“ Toda persona tiene derecho a que se respete*

artículos que refieren a los derechos a la vida, la salud y la integridad; 2) las convenciones de jurisdicción nacional<sup>48</sup> como la que atañe a la discapacidad, donde resaltamos la promoción de la autonomía; 3) las leyes nacionales<sup>49</sup> –donde se incluye a la LNSM-, la de protección de los derechos de los pacientes, interesa resaltar las referencias a la historia clínica, al respeto a la intimidad y el consentimiento informado. Aquí, también se podrían incluir a las leyes integral de niñez y adolescencia y la de género, 4) mientras que, en el plano provincial, la LPSM que fue sancionada en 1991, es decir casi 10 años antes que la nacional, y su Decreto Reglamentario Nro. 2155/07. *“Por debajo de este nivel se encuentran las normativas locales tales como las ordenanzas municipales, así como regulaciones emanadas de organismos administrativos que tienen facultad para dictarlas, por ejemplo, los Reglamentos de los Hospitales o Resoluciones Ministeriales. Por último y en el nivel inferior de esta jerarquía se encuentran los actos mismos de los trabajadores de la salud”*. (Mussi, documento inédito). A lo que cabe agregar, la serie normativa<sup>50</sup> dentro del derecho internacional, que funciona pautando el desarrollo de políticas públicas.

---

*su integridad física, psíquica y moral...”*-, y otros como la libertad, la intimidad, etc. (Mussi, documento inédito)

<sup>48</sup>La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad –en adelante CDPD- también goza actualmente de jerarquía constitucional y resulta aplicable a esta temática teniendo en cuenta que la misma establece que *“...Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”* (art. 1 Conv. Cit.). (Mussi, documento inédito)

<sup>49</sup>En el plano nacional: se incluye la Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26657 y la Ley Nacional de Derechos del Paciente Nro. 26529, y sus respectivos Decretos Reglamentarios. Asimismo ubicamos aquí a los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental Res. AG ONU 46/119 1991 –en adelante PPEMA- ya que la ley 26657 en su artículo 2 establece que estos se consideran parte integrante de la misma. (Mussi, documento inédito)

<sup>50</sup>Existe en el derecho internacional normativa que emana de organismos internacionales, que si bien no tiene carácter vinculante - técnicamente no obliga a su cumplimiento- sí funciona como una referencia importante que fija estándares mínimos que los Estados deberían respetar, y sirve como instrumento de interpretación de las normas vigentes y de orientación para la planificación de políticas públicas (véase art. 2 Ley 26657). La importancia de estas pautas llamadas *“soft law”* radica además en que en la especificidad del campo de la *salud mental*, en nuestro país la Corte Suprema de Justicia de la Nación las ha reconocido como estatuto básico de derechos para las personas con padecimientos mentales, que los Estados deben tener en cuenta (fallos *“Tufano”* del 27/12/2005, *“R.M.J”* del 19/02/2009 y *“Arriola”* del 25/08/2009). Entre estas regulaciones se pueden citar la Declaración de Caracas sobre la Reestructuración de la atención psiquiátrica (OPS/OMS 1990), los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención de

En lo que hace a la interrelación entre los distintos niveles, con respecto a la LPSM – que se anticipa en 10 años a la nacional- en términos comparativos es de destacar como diferencia que la ley de Santa Fe no plasma tan acabadamente el paradigma de DD HH como la LNSM, se entiende que pertenecen a momentos históricos distintos y que la provincial intentaba atender a la urgencia para frenar abusos que se venían cometiendo sobre los pacientes, y a la necesidad de limitar y ofrecer garantías sobre las internaciones. Fue acompañada de otras acciones complementarias como resoluciones ministeriales y reglamentos de los hospitales de la provincia. En sus intenciones ambas leyes, nacional y provincial se parecen.

### **Inclusiones: persona con padecimiento psíquico, concepción acerca de salud mental y modalidades de abordaje.**

a) La persona con padecimiento psíquico como rectificación del *enfermo mental*

Cuando se habla de un cambio de paradigma hay que tener en cuenta que incluye grandes temas y nuevas concepciones que entran en conflicto con anteriores tradiciones. Por ejemplo, pensar a la persona con padecimiento psíquico o discapacidad como un sujeto de derechos traza un cambio de paradigma que reúne a las leyes de salud mental con la de discapacidad.

Romper con la idea de que el *loco* es incapaz, que no puede tomar decisiones por sí mismo, choca respecto a medidas de carácter represivo que tuvieron fuerza a fines del siglo XIX y principios del XX, con un Estado colapsado por la inmigración y donde se demandaba segregar, aislar, reprimir, encerrar, es decir una concepción donde la carencia es lo que le falta a alguien para ser normal en función de regularizar la vida. Así, se comprende el surgimiento de leyes como la de residencia, defensa social y patronato de

---

Salud Mental en las Américas (1990), el Consenso de Panamá: 20 años después de la Declaración de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020 (OPS/OMS 2010) y otros. (Mussi, documento inédito)

la infancia. Se propicia la sustitución de la voluntad del *anormal* quien no tiene personalidad ni capacidad jurídica<sup>51</sup>, carece de aptitud para ser un sujeto de derechos y obligaciones. Entonces, desde una perspectiva histórica<sup>52</sup>, el forjamiento de cierta concepción de la salud mental y de la locura, y el surgimiento de instituciones de encierro como el manicomio, deben ser contempladas dentro de una compleja trama histórico-social, que nos remite a un marco de políticas represivas emprendidas por un Estado conservador.

En cambio, basada en la perspectiva de los DD HH<sup>53</sup>, la LNSM indica la presunción de capacidad de las personas (art. 3) y que no hay que presuponer ni riesgo ni daño ni peligrosidad (art. 5). Se tiene que tener en cuenta lo que la persona con padecimiento psíquico tiene para decir, y no de manera unilateral y absoluta la decisión de los profesionales. En clave comparativa, este sentido queda plasmado de manera más acabada en la ley nacional mientras que en la provincial queda insinuado. Aunque ambas leyes no se contradicen, la nacional se considera superadora.

Para profundizar en el paradigma, cabe agregar que al reconocimiento de la dignidad humana se suman el modelo social de la discapacidad y la autonomía de las personas. El modelo social indica que la desigualdad a la que están sometidas las personas con padecimiento psíquico no tiene un origen sustancial, sino que se trata de una condición socio-histórica. La salud no se trata de una carencia o falencia del sujeto sino de la imposibilidad de la sociedad para incluirlo. Mientras que, la autonomía *“entraña la apertura de un espacio sin restricciones para la acción voluntaria basada en la*

---

<sup>51</sup>La capacidad puede ser de hecho o de derecho, a veces ambas capacidades van juntas, y otras separadas.

<sup>52</sup>Esta perspectiva, afirma Mussi, *“sirve para tomar dimensión de que aquellas prácticas y discursos que la normativa apoyada en el paradigma de los derechos humanos intenta revertir, cuentan con muchos años de vigencia y se encuentran fuertemente arraigadas en la cultura de toda la comunidad y las instituciones. De allí que las transformaciones propuestas resultan dificultosas, complejas y no pueden ser inmediatas”*. (Mussi, documento inédito)

<sup>53</sup>La dignidad humana es una norma básica de los derechos humanos e implica que todo ser humano tiene un valor intrínseco e inestimable independientemente de toda utilidad económica o social.

*conciencia y las elecciones vitales adoptadas libremente por la persona*<sup>54</sup>... En este punto cobra importancia la cuestión del apoyo que necesariamente el Estado debe brindar mediante medidas efectivas que logren habilitar a quienes claramente cuentan con esa capacidad, para que puedan ejercer su derecho a la autodeterminación.” (Mussi, documento inédito)

Se supone que esta transformación de paradigma conduciría a otro modo de proceder dentro de las prácticas profesionales. Es importante señalar que los trabajadores de salud mental junto a los colegios profesionales de psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, otras asociaciones profesionales y civiles participaron activamente en la discusión y elaboración de documentos para la elaboración, sanción y reglamentación de las leyes de salud mental.

Siguiendo con las comparaciones, ambas leyes refieren a los derechos de los pacientes<sup>55</sup>, la LNSM en su art. 7 específicamente introduce la concepción de derechos de las personas con padecimiento mental y a las garantías, se hace hincapié en el principio de autonomía que implica a la dignidad humana y la independencia. Se incluye el concepto de consentimiento informado como declaración de voluntad para la aceptación o rechazo del tratamiento. Esto modifica el modo de intervención al considerarlo ya una intervención en sí misma. Mientras que, en la ley provincial se menciona el derecho al tratamiento, a

---

<sup>54</sup>Quinn, y Degener (2002) citados por Mussi (inédito).

<sup>55</sup>Estos derechos hacen referencia a: atención y tratamiento integral, humanizado, accesible, con acompañamiento de lazos y afectos, no discriminatorio ni estigmatizante, personalizado -estrategias complejas y singularizadas-, con fundamento científico y ajustado a principios éticos; la preservación de la identidad, grupos de pertenencia, historia, etc.; acceso a fichas e historias clínicas; a designar un abogado en caso de internación involuntaria y a que se lo proporcione el Estado si no lo hiciera; a recibir información y a tomar decisiones con respecto al tratamiento -consentimiento informado-; a ser informado y escuchado, y algunas garantías para el caso de las internaciones: contar con un representante, salidas, visitas, trabajo, resguardo de la integridad física y psíquica, etc. (Conf. Arts. 1, 2, 10, 13 y 14 Ley 10772 y Arts. 7 y 10 Ley 26657).

El objeto mismo de la ley 26657 es el de asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental (art 1 Ley 26657).

la intimidad y a ser escuchado, lo que se considera todo un avance que empieza a plantear de manera incipiente el consentimiento informado.

**b) Cambios que se introducen en la concepción misma de salud mental**

Entonces, se consideran como dos grandes transformaciones que estas leyes enuncian, como veníamos diciendo a la concepción del Sujeto con padecimiento mental, ahora agregamos la salud mental en sí misma, al enténdersela como un proceso a construir, es decir de manera dinámica, con varios componentes (art. 3 LNSM)<sup>56</sup>.

Lo que sustenta una modalidad de abordaje interdisciplinario, con un corrimiento respecto del modelo *biologicista* -base de la hegemonía médica-, o una lectura *psicologista* dominante (art. 13 LNSM)<sup>57</sup>, habilitando que distintos profesionales gestionen servicios y dispositivos y, que acciones como altas, externaciones, permisos queden a cargo de equipos y no de una decisión unilateral de un profesional<sup>58</sup>. Esto interesa a nuestra tesis ya que implica una modificación en las condiciones y encuadre de trabajo.

El abordaje de la salud mental integra la concreción de los derechos sociales y humanos de toda persona, legitimándose lo que ya se venía haciendo de una manera *intuitiva*, voluntariamente desde algunos abordajes, pero que la ley ayuda a formalizar y legalizar.

---

<sup>56</sup> El art. 3 de la Ley 26657 define a la salud mental como “...un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

<sup>57</sup> Cabe destacar que la ley 26657 dice al respecto que todos los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios e instituciones, debiendo valorarse primordialmente la idoneidad y la capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental (art. 13 Ley cit.).

<sup>58</sup> La reglamentación de la ley provincial de salud mental refuerza el protagonismo de los equipos en varios puntos, a saber: los comités de admisión de los establecimientos de salud mental deberán conformarse en forma interdisciplinaria (art. 2 Decr. Regl. 2155/2007); deben registrarse en las historias clínicas cada una de las distintas intervenciones interdisciplinarias (art. 9 Decr. Cit.). Asimismo se menciona que los equipos interdisciplinarios serán el núcleo de la transformación de los establecimientos de internación en salud mental, tanto como instrumentos de gestión como en su calidad de dispositivos clínicos fundamentales, y que estos equipos estarán abocados a viabilizar la externación no expulsiva de los pacientes institucionalizados, la asistencia de las crisis subjetivas que requieran internación y la implementación de dispositivos sustitutivos de lógicas manicomiales (art. 18 Decr. Cit.). Por otra parte, tanto los Departamentos de salud mental en el ámbito penitenciario provincial, como las Juntas Especiales de salud mental (art. 22 ley 10772) tendrán conformación interdisciplinaria.



### c) Incidencias en las modalidades de abordaje

Entonces, junto a la concepción de sujeto y a la de salud mental, se une como otro cambio de concepción: la modalidad de abordaje apoyada por la ley, en sentido disciplinario y APS<sup>59</sup>. Se unen al trabajo interdisciplinario<sup>60</sup> nuevas disciplinas a las de corte más *tradicional*, y aparecen figuras inéditas, provenientes de otros ámbitos, por ejemplo artistas plásticos o profesores de música, entre otros.

La otra propuesta que avanza sobre cambios en la modalidad de abordaje es la transformación de los hospitales psiquiátricos de monovalentes en polivalentes o generales<sup>61</sup>, y la conformación de equipos interdisciplinarios dentro de estas instituciones (art. 18 Decr. Regl. 2155/07 de la LPSM y art. 11 y 27 LNSM)

Estos cambios son focos de fuertes tensiones, señalan lugares donde la ley es resistida, los hospitales psiquiátricos siguen teniendo pacientes cronificados, si bien el Mira y López es un hospital general, continúa llamándose *el psiquiátrico* para el común de la

---

<sup>59</sup>“*Toda persona que padezca una enfermedad mental tiene derecho a vivir y trabajar en la comunidad*” (art. 3, LNSM)

<sup>60</sup>El Decr. Regl. 2155/07 de la ley 10772 establece que quienes están legalmente habilitados para disponer las estrategias de intervención clínica y su direccionalidad son precisamente los equipos interdisciplinarios (art. 1) y agrega que “...*los mismos estarán integrados por enfermeros, psicólogos, psiquiatras, abogados, trabajadores sociales, médicos generalistas, psicopedagogos, terapistas ocupacionales, pediatras, estimuladores tempranos, sin perjuicio de la participación activa de otras profesiones, tecnicaturas u oficios vinculados a la producción de salud*”, aclarando luego que esa enumeración no es taxativa. También, la LNSM privilegia el trabajo de equipos interdisciplinarios, que incluyan profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados.

<sup>61</sup>La Ley 10772, en 1991 instaba a la transformación de los establecimientos de internación en salud mental y la implementación de medidas asistenciales alternativas con anclaje en la comunidad (art. 18). En la reglamentación de ese artículo (art. 18 Decr. Regl. 2155/07) se desarrolla ampliamente la modalidad y objetivos de la mentada transformación, y la organización y modo de funcionamiento de los llamados hospitales interdisciplinarios, en los que se pretende devendrán los hospitales psiquiátricos. Además se define a los Servicios Alternativos como “...*dispositivos institucionales y comunitarios, clínicos, productivos, educativos y culturales que se orienten al sostenimiento de prácticas de asistencia al sufrimiento psíquico, que no sean expulsivas ni generen exclusión ni encierro de las personas, no atenten contra sus derechos humanos y permitan el desarrollo de sus capacidades y su inclusión en el ámbito comunitario.*”, luego de lo cual se los enumera y describe.

En el mismo sentido, el art. 11 de la Ley 26657 establece que desde el área de salud, en coordinación con otras áreas del Estado, deberá promoverse la implementación de acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitarias. Se aspira así al desarrollo de dispositivos –ver enumeración en el artículo mencionado- que refuercen el modelo asistencial comunitario.

Asimismo, prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, debiendo los existentes adaptarse a los objetivos y principios de la ley hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (art. 27 Ley 26657).

gente y es demandado en ese sentido, entendemos que estos componentes develan la lucha dentro del campo.

La sustitución de las lógicas manicomiales designa al ámbito extra-hospitalario para la atención de las personas con padecimiento psíquico, propone la internación para casos extremos<sup>62</sup>, cuando se hayan agotado el resto de los recursos, lo más breve posible, y con revisión periódica para evitar la cronificación (art. 14, 15 y 18 LNSM). La insistencia en la APS remite a la preservación de los lazos sociales, y al derecho a vivir en comunidad poniendo fin a la cultura asilar. Este punto aparece muy desarrollado en la ley provincial que intenta correr el eje de la atención del hospital psiquiátrico con la creación de los servicios alternativos.

El tema de la medicación aparece invisibilizado desde una concepción médico hegemónica (art. 12 de la LNSM<sup>63</sup>), si bien, se destaca el respeto por las incumbencias profesionales, por ejemplo, cualquier profesional no puede recetar o decidir las suspensión de una medicación, eso es conocimiento de dominio médico, sí se dispone desde la ley que la medicación no debe reemplazar la búsqueda de alternativas, y debe contemplarse en el marco de un trabajo interdisciplinario, sin la predominancia de una práctica sobre otra, sino como una construcción colectiva.

---

<sup>62</sup>La ley establece expresamente que estas internaciones deben realizarse en hospitales generales, debiendo los mismos contar con los recursos a tal fin. Agrega que el rechazo de los pacientes en tratamiento ambulatorio o internación, por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23592 (art. 28 Ley cit.).

<sup>63</sup>La medicación en el marco de estos abordajes, se encuentra regulada en el art. 12 de la Ley 26657 y el art. 10 de los PPEMA. Se establece que la prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona, se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales, y que nunca se renovará de manera automática. Además, la medicación deberá ser prescripta por un profesional de salud mental legalmente autorizado, a partir de evaluaciones pertinentes. Finalmente, se promueve que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios. Esto no supone dejar de lado el respeto de las incumbencias disciplinares, ya que el abordaje interdisciplinario constituye el marco, el espacio de discusión y elección de estrategias, pero la prescripción medicamentosa propiamente dicha queda en manos exclusivamente de quien se encuentra legalmente habilitado para hacerlo.

Las internaciones involuntarias o la medicalización nos confrontan con las situaciones de *cierto riesgo* para la vida<sup>64</sup>. Con el cambio de paradigma hay una modificación importante, aunque puede parecer sutil, no se toma como punto de partida la presunción de peligrosidad para adoptar medidas extremas sino la de protección del derecho a la vida. En este sentido, Mussi precisa: *“La noción de riesgo hace foco en la situación, que es actual –al momento de la evaluación- y que por lo tanto puede modificarse. Contrasta con aquella que justifica la internación compulsiva por la peligrosidad<sup>65</sup> del sujeto, porque ésta no pone la mira en la situación sino en la persona –sujeto peligroso- a quien de este modo se etiqueta con ese mote, el que resulta casi imposible de quitar en el futuro”*. En los testimonios aparece esta diversidad de situaciones y los sentidos de los trabajadores acerca de lo que ponen en juego en cada decisión.

## 7. Análisis

### 7.1 Sentidos sobre las prácticas y formaciones discursivas. Los documentos como corpus de análisis

---

<sup>64</sup> Excepcionalmente podrá prescindirse del consentimiento de la persona internada cuando se encuentren en juego derechos e intereses que en nuestro ordenamiento jurídico se ubican por encima de la autonomía de la voluntad y la libertad de decisión. Tal es el caso de las internaciones involuntarias (arts. 20 y ssgtes.), las que solo podrán realizarse cuando exista riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Este concepto ha sido explicitado en la reglamentación de la ley de este modo: *“Entiéndase por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros...”* (art. 20 Decr. Regl. 603/13). Este riesgo es considerada una situación presumiblemente transitoria. La ley exige como recaudos, además de los requisitos comunes a todas las internaciones, los siguientes: dictamen del servicio que realiza la internación que determine la situación de riesgo cierto e inminente, ausencia de otra alternativa eficaz para el tratamiento, e informe de las instancias previas implementadas si las hubiera. (conf. Art. 20 Ley cit.)

<sup>65</sup> La relación enfermedad mental-peligrosidad-patologización del delito se articula con la lógica manicomial y pervive a *nivel intuitivo-idelológico* dentro de dispositivos de intervención para personas privadas de su libertad. Concepciones *positivas, racionalistas y aristotélicas* acerca de la salud mental responden a supuestos sobre la interpretación de la peligrosidad y el delito. (Demichelis, documento inédito)

Desde un principio apostamos a que incluir la perspectiva subjetiva de los trabajadores de salud mental sea una ayuda para pensar los alcances efectivos y también los límites de la ley, tanto las transformaciones, como los obstáculos y las fragilidades.

Partimos del hecho que la legislación es un logro relevante para promover cambios, pero nos interesa conocer otras dimensiones que habría tener en cuenta, en este sentido se suman los saberes y las reflexiones de los trabajadores acerca de cómo se define a una práctica en sentido manicomial o antimanicomial

La idea de trabajar en esta investigación con testimonios de trabajadores de la salud mental, y así reunir una serie de documentos como corpus de análisis, responde al objetivo de describir sus significaciones acerca de sus prácticas y sentidos en relación a lógicas manicomiales y anti-manicomiales. Para ello apelamos a una serie de constructos conceptuales para vincular las significaciones, con las prácticas y la subjetividad, es así que se incorporan como categorías teóricas a las de *sentidos de las prácticas* y *formaciones discursivas*. Las que conectamos con la *producción de subjetividades* y la *libertad* desde una perspectiva ética.

Se entiende que *“El discurso es una serie de procedimientos mediante los cuales se establecen líneas divisorias entre lo admitido y lo no admitido. El discurso (o los discursos) se refiere a lo que puede ser dicho y pensado, pero también a quién puede hablar, cuándo y con qué autoridad. Los discursos llevan consigo un significado y ciertas relaciones sociales; constituyen la subjetividad como las relaciones de poder. Son prácticas que configuran los objetos de que hablan. No se refieren a objetos; no identifican objetos, los construyen y al hacerlo ocultan su propia invención. El discurso es el dominio general de todos los enunciados.”* (Foucault en Donda, 2005, apéndice)

Las formaciones discursivas son conjuntos de enunciados, articulados con prácticas concretas, que no forman un sistema homogéneo, sino que se articulan en la dispersión,

la diferencia. Sistema de dispersión reglamentado, suerte de capacidad “*asubjetiva*” de generar discursos. Analizar una formación discursiva es tratar un conjunto de actuaciones verbales al nivel de los enunciados y de la forma de positividad que los caracteriza; o, más brevemente, dice Foucault, es definir el tipo de positividad de un discurso. (Donda 2005)

Las reglas de formación son las condiciones a que están sometidos los elementos de una repartición (objetos, modalidad de enunciación, conceptos, elecciones temáticas). Las reglas de formación son condiciones de existencia (pero también de coexistencia, de conservación, de modificación y de desaparición) en una repartición discursiva determinada. (Donda, 2005)

La positividad de un discurso no hace referencia a la interioridad de una intención, de un pensamiento o de un sujeto; no alude a ningún rastro u origen; no trata de poner al día una interpretación ni descubrir un fundamento, ni de liberar actos constituyentes, ni decidir en cuanto a una racionalidad, ni recorrer una teleología. La positividad puede asimilarse al *a priori* histórico. Éste no es condición de validez de unos juicios, sino condición de realidad para unos enunciados. El *a priori* ha de dar cuenta del hecho de que el discurso no tiene únicamente un sentido o una verdad, sino una historia, y una historia específica que no lo lleva a depender de las leyes de un devenir ajeno. En suma, una supuesto anticipativo, no de verdades que podrían no ser jamás dichas ni realmente dadas a la experiencia, sino de una historia que está dada, ya que es la historia de las cosas efectivamente dichas. (Donda, 2005)

Las prácticas discursivas son prácticas específicas que no reducen todos los otros regímenes de prácticas a sus estrategias, regularidades y razones. Según esta perspectiva teórica, hay fenómenos discursivos y no discursivos. Entre los discursos y los regímenes de las prácticas, no hay continuidad ni necesidad. Si hay articulación no es por causalidad

o equivalencia. Distinguir entre prácticas discursivas y no discursivas no significa que sólo éstas pertenezcan a la "realidad". "*Una práctica discursiva produce enunciados, delimita un campo de conocimiento, fija la perspectiva "legítima" para el agente de conocimiento, establece normas para la elaboración de conceptos y teorías*" (Donda, 2005, apéndice) Esta distinción es sumamente importante teniendo en cuenta que hay otras perspectivas que no hacen esta distinción entre discursiva y no discursiva<sup>66</sup>.

Una indagación acerca de las formaciones discursivas podría enmarcarse en torno a una pregunta de carácter arqueológico: ¿qué sistemas de conocimientos, qué campos de saber, qué prácticas discursivas, qué juegos de prescripciones -con sus opciones y exclusiones- constituyen al sujeto como objeto de conocimiento? En nuestro caso en torno a la desmanicomialización.

Esta perspectiva implica una serie de presupuestos metodológicos que se basan en un *escepticismo sistemático y metódico* hacia todos los universales antropológicos, trata de *descender* dice Donda (2005) hacia el estudio de prácticas concretas por las que el sujeto se constituye dentro de un campo de conocimiento, para dirigirse a las prácticas como modos de actuar y de pensar en los que se puede encontrar la clave de inteligibilidad para la constitución correlativa del sujeto y del objeto.

El trabajo crítico tiene su homogeneidad en el sentido que conduce al estudio de *conjuntos prácticos*. Foucault interroga conjuntos prácticos que toma como dominios homogéneos de referencia en un aspecto tecnológico -racionalidad- y otro aspecto estratégico -libertad-.

La generalidad que Foucault atribuye a sus investigaciones está referida al modo como opera una investigación histórico-crítica así como él la concibe: se trata de investigaciones particulares en el sentido en que se refieren siempre a unos materiales, a

---

<sup>66</sup> Derrida (En Banchs, 1994) entiende que todo es discurso.

una época, un cuerpo de prácticas y discursos determinados. Pero –agrega Foucault- en la escala de las sociedades occidentales de las que derivamos, tienen su generalidad y su recurrencia, las que posibilitan percibir en qué medida lo que sabemos de esa sociedad, las formas de poder que se ejercen en ella, la experiencia que tenemos de nosotros mismos, no constituyen sino figuras históricas determinadas por ciertas formas de problematización. (Donda, 2005)

Lo que intentamos recuperar a través de los testimonios de los trabajadores es cómo interjuegan esos aspectos técnicos y estratégicos en cada abordaje, en cada decisión actuada en sus prácticas.

*“La investigación crítica del presente y de nosotros mismos es, para Foucault, una manera de filosofar que no habría dejado de tener eficacia desde los dos últimos siglos. Hay que concebirla como ethos, como “actitud”, modo a través del cual la crítica de lo que somos es a la vez análisis histórico de los límites que se nos plantean y la prueba de su franqueamiento posible. Ethos crítico que consistirá en “pensar de otro modo”; su forma, el ensayo”.* (Donda, 2005, sexta lección, 9) En este sentido, esta investigación encarnaría un intento de intervención desde una actitud transformadora.

## **7.2 Saberes y reflexiones de trabajadores de la salud mental**

### **¿Salud mental o Salud a secas? Aspectos técnicos y estratégicos**

Incluimos aquí la discusión sobre evadir el apelativo *mental* para hablar simplemente de salud, ¿qué implicancias tiene este cambio de concepción para los trabajadores de la salud? ¿Cómo podría modificar sus prácticas? ¿Cuáles son los fundamentos de esta discusión?

El aporte de los trabajadores es, por un lado, la identificación de las tradiciones heredadas desde una lógica bio-médica hegemónica con respecto a las concepciones acerca de la salud y la salud pública, trasfondo en esta discusión; y por el otro lado, el reconocimiento de las contribuciones de la epidemiología crítica latinoamericana<sup>67</sup> a través de la salud colectiva y el análisis de las lógicas hegemónicas que atraviesan a la salud pública “convencional” (Granda, 2000).

La atención de la salud mental desde un enfoque *tradicional* de salud pública está impregnada del modelo médico hegemónico, lo que se inscribe de manera más amplia con lo que caracteriza este campo, según Granda (2004): “*en América Latina se basó en una metáfora dominada por el presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte, el método positivista, el estructural funcionalismo y el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad*” (1).

Introducir la salud como construcción colectiva genera una tensión dentro de la salud pública, al incluirse el concepto de salud como capacidad humana (Chapela Mendoza, 2007), y la salud colectiva (Silva Paim, 2011) como formas de su organización, y como estructura que la aloja. Estas definiciones apuestan a superar las dicotomías entre: salud/salud mental, y lo individual/lo colectivo y avanzan hacia una “*producción social de salud*”

---

<sup>67</sup> Se ubica sus comienzos a mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana. “*El punto de partida de esta construcción teórica se fundamenta en una relectura -desde el realismo crítico- de dos vertientes epistemológicas encabezadas por Kuhn y Bourdieu. Del primero para rescatar la visión dialéctica del pensamiento científico, su naturaleza social, transformabilidad y el carácter “revolucionario” dado por la oposición de ideas innovadoras frente a los aspectos “normales”, lo que abre puertas a una aproximación socio-política de la determinación comunitaria de la ciencia, sus modelos e instrumentos (...). Y el segundo, porque analiza “...la teoría como un modus operandi que orienta y organiza la práctica científica... (y las) ...capacidades creadoras, activas, inventivas del habitus...” y el lado activo del conocimiento científico como “...el capital de un sujeto trascendente...de un agente en acción” (Bourdieu, 1998)*”. (Breihl, 2013, p 13). Con referencias en la medicina social de América Latina.



El concepto de salud colectiva aparece ligado al de salud *emancipatoria*. Breihl (2011) señala que la salud colectiva latinoamericana eslabona “*la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación*” (Breihl, 2011, 32) aludiendo a la salud como derecho individual y colectivo, que se liga con una sumatoria de derechos que hacen al “*vivir saludable*”. Si nos fijamos en la LNSM (art. 3) sostiene la presunción de *capacidad* de la personas con padecimiento psíquico como uno de los cambios sustantivos que impulsa la ley con impacto en el código civil.

En su testimonio encontramos que la TO (CS) opta por resistirse a las lógicas hegemónicas en salud pública y elige hablar de salud, y no de salud mental: “*Desde este colectivo Salud mental ¿cómo incluirme en la salud y borrar lo mental?, si bien la perspectiva la tengo, ese es el primer desafío*”. La profesional se refiere a su *salida* del psiquiátrico y a su actual trabajo en centros de salud de la costa santafesina, como un paso necesario para encarnar propuestas de salud colectiva. Trabajar para *producir salud* en lugar de focalizarse en la enfermedad.

Ese propósito lo justifica en su posicionamiento teórico y político para su trabajo: concebir la salud como capacidad humana remite a la promoción de salud *emancipatoria*, implica reconocer que cada ser humano es constructor de su futuro, reconstructor de su pasado y organizador de su presente, allí se focaliza la dimensión política al situar al sujeto en la elección de salidas alternativas desde lo individual a lo colectivo, desde lo hegemónico a lo emancipatorio. Solidaridad, cooperación, decisión, transformación son propiedades de una dimensión ético-política de la salud para acentuar lo comunitario. Para la profesional ahí surge la relevancia de su actual objeto de estudio: los *espacios colectivos* como formas de organización de los sujetos por fuera de las instituciones tradicionales, sino más bien “*pautadas en el afecto, en la solidaridad, en la libertad y en*

*la justicia*” (Almeida Filho, 1997) siendo este el gran desafío para la praxis de la salud colectiva.

La concepción de salud colectiva involucra el sentido político de las prácticas en salud, al mismo tiempo que permite establecer su proyección en la definición y formulación de políticas públicas con un compromiso ético hacia la promoción de la salud *emancipatoria*, necesariamente ligada la construcción colectiva de valores, conocimientos y habilidades para *cuidar* de la salud en forma conjunta entre profesionales y miembros de la comunidad.

Esta postura, según la TO (CS) avala su propuesta metodológica de escuchar los climas locales, en relación a tiempos, espacios, políticas, actores, y maneras o modos de vida que tienen para diseñar y decidir acerca de su vínculo con la salud. Esto la hace identificarse con una caracterización de Almeida Filho (1997) sobre los trabajadores de la salud, cuando dice que deben transformarse en “*anfibia*”, es decir, persistir en todos los terrenos: en lo singular y lo colectivo, en lo comunitario y lo experto.

La autora Chapeló Mendoza (2007) plantea ese sentido emancipatorio al propulsar la promoción de la salud; ella distingue entre *empoderamiento* y *apoderamiento*, y muestra a lo emancipatorio como un proceso de deconstrucción, reconstrucción y construcción del que se “*apoderan los sujetos saludables*”. Mientras que, el *empoderamiento* podría quedar pegado a la idea de un poder que es entregado por otro para empoderar a alguien en situación desventajosa o de vulnerabilidad. Siendo estas dos maneras posibles de establecer las articulaciones entre el conocimiento de los expertos y los saberes de las comunidades. Entre aspectos técnicos y estratégicos.

Al respecto la TO (CS) señala que existe una amplia diversidad de significados acerca de promoción de salud cuando comparamos lo que se dice de ella y cómo eso que se dice se

lleva a la práctica. Esto se hace evidente cuando se diseñan y se revisan proyectos y programas de promoción de la salud ya sean gubernamentales y no gubernamentales.

En relación a proponer una definición actualizada de salud/salud mental hay que incluir una sumatoria compleja de componentes: *históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos* apuntalada en una perspectiva de concreción de DD HH y sociales. Lo que respalda modalidades de abordajes sostenidos en una trama social enlazadas con estrategias basadas en los principios de la atención primaria de la salud<sup>68</sup> (Stolkiner, 2007) esto es lo que desde el marco normativo legal se indica para pensar alternativas a la lógica dominante en referencia a la manicomial, entre sus aportes sustanciales.

Entonces, encontramos en las reflexiones sobre las prácticas una oportunidad de establecer entrecruzamientos entre el marco normativo legal como habilitante, la modalidad APS como organización estratégica y la postura teórica, en donde se recorta la categoría de salud colectiva, como respaldo técnico.

La TO (CS) recuerda “*Salud para todos para el año 2000*”<sup>69</sup> así versaba un gran Mural en el Hospital Psiquiátrico de Santa Fe en los años ‘90. La Atención Primaria de la Salud cobró fuerza como consigna de esa época. A 14 años actualizar ese discurso implica plantear tensiones, lógicas y prácticas contando con un marco normativo legal que tiene a la LNSM N° 26.657 y LPSM N° 10772 como sus estandartes.

---

<sup>68</sup> Impulsadas por la OMS y la OPS

<sup>69</sup> El lema de Alma-ata en 1978 en consonancia con la “*declaración del milenio*” (Resolución 55/02 del Programa de las Naciones Unidas en el Desarrollo) donde se pone en agenda el problema de la inequidad y la pobreza, y orienta los objetivos de las políticas de los países miembro a atender lo que la desigualdad y la inequidad han generado, a partir de lo cual la salud mental cobra importancia (declaración de Caracas, 1990) y se refleja en la legislación vigente. (Stolkiner, et al., 2007)

En Santa Fe, ya la LPSM promovió la transformación de los hospitales psiquiátricos (Mira y López y Oliveros) de monovalentes a generales, y se comenzaron a esbozar los nuevos dispositivos para el trabajo inter y extra institucional, siendo la creatividad, el compromiso y la promoción de participación social, atributos deseables de quienes debían llevar adelante esa tarea. Se pone el acento en la incorporación de la dimensión subjetivo-social y el respeto por las particularidades culturales locales característicos de la atención primaria.

La interdisciplinariedad también forma parte de la propuesta como un tipo de abordaje que permite entender a las disciplinas como construcciones históricas de saberes, poniendo en cuestión los espacios de poder ejercidos por las disciplinas hegemónicas o *reinas*, las tradiciones en las formaciones académicas y profesionales, las jerarquías *preestablecidas* entre profesiones, así como, las acciones corporativas.

¿Cómo analizan los trabajadores sus prácticas desde esta propuesta para la interdisciplina? Entendemos que aún como una deuda pendiente, hay relatos como el del equipo interdisciplinario de infancias que proyecta una participación conjunta de trabajadores de distintas disciplinas y sectores pero lo inter no queda claro, los relatos donde se desarrollan tareas con otros profesionales como la Ps (CS), la TO (CS) y el equipo del hospital que incluye a una TO y un PS, muestran una complementación para atender la complejidad.

En la cotidianeidad de los trabajadores de salud mental, los conceptos de APS no significan nada nuevo, aunque en términos concretos de abordaje para los equipos de salud mental -primer nivel de atención- el panorama es cada vez más complejo.

Dentro de ese panorama se encuentran: las re-construcciones posibles de las interacciones entre el discurso y las propuestas; la convivencia entre prácticas de promoción que se

identifican con las de salud *emancipatoria* y otras que no lo son, sin que queden claras las diferencias; el lugar que se le da a la capacidad humana de corporizar; la identificación de formas organizadas dentro de la sociedad que se puedan incluir en programas y proyectos de salud en un sentido amplio, es decir con aportes interdisciplinarios y de disciplinas no tradicionales (las artísticas, por ejemplo).

Esa complejidad que quedó plasmada en los testimonios de los trabajadores, son discusiones que quedan abiertas dentro del campo de la salud y en las que se reconocen tensiones, reclamos, e idas y vueltas. Stolkiner et al. (2007), por ejemplo, plantea el resurgimiento del “*neobiologismo*” extremo, y el protagonismo que han ganado la genética y las neurociencias para los diagnósticos y tratamientos de la salud mental, y advierte sobre los riesgos de caer en reduccionismos.

### **Climas locales y problemática en foco**

Los testimonios hacen foco en dos problemáticas que hablan de la particularidad del contexto santafesino, una es la inundación sufrida en el año 2003, y otra la presencia del narcotráfico como problemática a la que nuestra provincia aparece fuertemente asociada, lo que se ha acentuado en estos últimos tiempos.

Ps-Cs, coordina un taller grupal de adolescentes y jóvenes de un barrio de Santa Fe ubicado en las periferias de la ciudad de Santa Fe que sufrió la inundación del 2003, con habitantes de muy bajos recursos, parte de la población es una comunidad toba, muchos de los adolescentes y jóvenes con los que trabaja tienen problemas de consumo, algunos involucrados en circuitos delictivos. La atención de adicciones, está contemplada desde los marcos normativos<sup>70</sup> como una problemática de la salud mental. El marco normativo

---

<sup>70</sup> Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. (LNSM, art. 4)

de las leyes de salud mental abarca la de protección integral de niños, niñas y adolescentes, población a la que se refiere Ps-CS desde su práctica. Todo esto justifica la pertinencia de su relato.

Si tomamos las narrativas de los integrantes del EII como dispositivo alternativo para infancia, la relación entre la salud mental y la protección de la niñez muestra otro abordaje, al ser interdisciplinario se recuperan las múltiples lecturas que permiten delinear una misma situación, la del adolescente A., desde una intervención que convoca a distintas disciplinas, sectores, y funciones:

*“Siempre me planteé mi trabajo en un equipo interdisciplinario de salud y de infancia como una labor de restitución de derechos vulnerados” (...) “A. llegó al Hospital siendo un adolescente. A esa altura de su vida ya había sido decepcionado gravemente por los adultos y en reiteradas oportunidades. Tenía razones para desconfiar” (Ab, EII, 2007)*

*“(...) empezamos a darnos cuenta que si bien estaba internado como paciente en la sala de adultos solo se trataba de un niño, (...) en esta su particular historia de desamparo e institucionalización, contaba con un nudo más que era la de haber estado internado en una sala de adultos de un Hospital Psiquiátrico. (...) descubrimos su edad, apenas 15 años recién cumplidos y que había venido de un hogar del norte (de la provincia, con características predominantemente rurales)”. (Ps, EII, 2007/2008)*

*“(...) costaba mucho encontrar algún interés y motivación en él, prefería estar sentado mirando lo que tenía enfrente de sus ojos (...) Su cuerpo era fiel reflejo de lo que le sucedía, las marcas realizadas en diferentes partes del mismo (cortes, quemaduras, escritos) quedaban como huellas literalmente imposibles de borrar. Todas las mañanas aparecía una lucha constante contra el deseo de muerte (...) Anecdótico y hasta vergonzoso por parte de la intervención de los adultos. Recién después que aparecieran*

*reiterados inconvenientes y dificultades en sala de adultos, lugar donde nunca debería haber estado, surge la posibilidad de trasladarlo”* (PM, acompañante terapéutico de la Subsecretaría provincial de la niñez, adolescencia y familia, relato incluido en el EII, 2007/2008) Luego, A. fue recibido en el dispositivo de internación del equipo de infancias.

La legislación prioriza la atención a través de equipos interdisciplinarios y APS, lo que da pie al pedido de traslado que TO-CS autogestiona desde el hospital psiquiátrico donde había trabajado más de 20 años hacia Centros de Salud *“Llego a la costa y trato de incluirme en los centros de salud, no había equipos, busco asociarme con otros compañeros que tengan ganas y elegir con quién. Empiezo con la presentación de lo que uno cree o puede hacer ... El primer objetivo es lo rico es cómo me incluí en este lugar viniendo de 23 años desde otra lógica de 2do nivel o 3er nivel, cómo incluirme en APS que es mi lógica ... Cosas complejas que tuve que atender demandadas de la salud mental: “si Uds. no hacen algo me voy a matar...”, o “yo me quiero morir, yo no puedo seguir así ...”* (repetiendo expresiones escuchadas de los pacientes) *Donde en un primer nivel de atención, lo que se piensa desde la mirada de salud mental, cómo alojar este pedido que en algún lugar está y cómo gestionar desde la ley de salud mental en ambas situaciones un tratamiento en otro nivel”* (TO, CS, 2013/2014) Su problemática es la de una trabajadora que decide salir de una *institución total* con la idea de que el manicomio no coincide necesariamente con el hospital, lo que se refleja en su reflexión *“si ofrecemos manicomio nos van a demandar manicomio”*

### **¿Vulnerabilidad de quiénes?**

*“Nosotros trabajamos desde la noción de vulnerabilidad, ubicando que, allí donde se supone a alguien peligroso, es posible leer determinantes que marcan el carácter*

*vulnerable en que se encuentran los jóvenes” (...) “fuimos encontrando algunas cuestiones a repensar (...) el momento de la vida en que se encuentran los chicos y el modo en que este momento de la vida se ve atravesado por las situaciones de riesgo vital a las que se encuentran enfrentados cotidianamente” (Ps, CS, congreso de salud, 2013)*

Ps-CS afirma en su trabajo final de especialización en el tema *“la exclusión del sufrimiento de los varones ancla en las formas de registro y ausencia de inscripción institucional, y no en una especie de posición subjetiva masculina dada a priori, reticente a hablar del propio sufrimiento”* y su práctica se alimenta de su *reflexividad*, no solo se aprecia un desarrollo teórico crítico a partir del cual discute con concepciones apolíticas de la subjetividad, si no que al mismo tiempo propone transformaciones para y desde su práctica. La posición subjetiva se identifica en su hacer estratégico.

*“En octubre de 2014 la resolución de la municipalidad para reprimir y desplazar a los limpiavidrios se hizo efectiva. Tanto el muchacho citado (en párrafos anteriores cuenta cuando la policía “se queda” con su recaudación), como los dos que habitualmente estaban en esa esquina con él, fueron detenidos desde las 15,30 hasta las 21,30 hs. Luego de ese episodio, cada tarde, empleados municipales o efectivos de la policía provincial se presentan para echarlos. Además de arrojarles las monedas recaudadas al piso, sin permitirles recogerlas, más de una vez refieren haber sido “cacheteados” (Ps, CS, 2014, extraído de su tesis) Ps-Cs piensa en una práctica que permita a los jóvenes un corrimiento de lo que advertido como culpabilización individual por el delito, así como de la empresa *criminalizante* tanto de los agentes del Estado como de los *narcotraficantes*. A partir de la experiencia reflexionada de su práctica no concibe a la relación profesional-paciente, con una estructura *confesional* típica en una clínica tradicional, una oportunidad para la transformación, entonces, apuesta a un encuadre colectivo porque considera que este*



permite desplegar un entramado que favorece la atención de las determinaciones históricas, culturales y de clase.

¿Vulnerabilidad de quienes padecen sufrimiento mental o de las prácticas de quienes trabajan en el campo? Butler (2006) en su afán de hacer relucir la potencialidad crítica cultural de las humanidades, intenta dar sentido a lo humano llamando la atención acerca de su fragilidad y su límite. Los acontecimientos de septiembre de 2001 en EEUU, desencadenan entre los intelectuales la necesidad de dar lugar a categorías que le permitan dar cuenta de lo que estaba ocurriendo, entonces surge la idea de precariedad de la vida, su vulnerabilidad, y en este sentido la fragilidad y limitación. Butler (2006) inspirándose en la expresión de Levinás del “*rostro del Otro*” que implica un registro del sufrimiento del semejante y en eso un reconocimiento de nuestros límites. Al mismo tiempo, esto nos recuerda la frase de Davoine y Gaudillière (2011) “*Todos somos más humanos que otra cosa*” al manifestarse sobre el padecimiento de los pacientes psicóticos del hospital que visitaban.

*“A.: un rostro... una imagen... ¿un paciente? De 14, 15, 16, 17,18 años: mucho tiempo para privar de ciertas cosas de la vida cotidiana, poco tiempo para revertir el destino de una vida, ¿es posible esto?” (...)* “*Lo que yo sentí por él (que nunca me ocasionó un problema) fue mucha angustia a veces y otras, indecisión por indicaciones que creía no necesarias. Pero eran órdenes quizá de la sociedad y nosotros los cuerdos (...)* “*tratar de rescatar de él la beta de todo ser humano: autoestima, respeto y crecimiento personal que en definitiva nos hará sentir buenos profesionales y mejores personas.*” (E, EII, 2007)

*“Por teléfono (A.) ya tenía otra voz. Viajó por 20 días, la primera semana vino a control. Hubo que bajar su medicación. El hospital lo quería dormido. Afuera no podía mantenerse despierto” (Ps, EII, 2007/2008)*

*“La relación comenzó a resentirse. El manicomio hacía mella en nosotros. Me había topado con un límite. Compartí con A. un año y medio en un servicio en un hospital psiquiátrico. La experiencia me hizo pensar respecto de qué legítimo con mi práctica y me convencí que ese lugar, con esa lógica, no debe existir. Va a contramano de mi posición ética respecto de la práctica con niños y adolescentes.” (Ps. EII, 2007/2008)*

Galende (2006) también cita a Levinás para fundamentar que la ética en salud mental es un mojón ineludible para todo conocimiento e intervención terapéutica, ya que la objetivación no puede mediar allí, si no la relación de alteridad en un encuentro uno por uno, donde se ponen en juego las propias valoraciones, modos de ver, pensar y sentir. La sensibilidad ante el sufrimiento del otro está por encima de la racionalidad tecnológica.

TO-CS, 2014 introduce una denominación que la moviliza “maltratados”, sucede al referirse en su relato oral a algo que le “hace mal” decir “Situaciones que fueron demandadas desde la salud mental pero no me fueron bien no tuvieron el desenlace esperado. Se me demanda desde los equipos de fortalecimiento de salud mental lo que se llama “casos complejos” a lo que yo traduzco “situaciones crónicas complejas” y a lo que en alguno escrito que alguna vez voy a presentar voy a llamar “maltratados” (...) “no quiero decir esto pero “te tiran el muerto”, no quiero decirlo así pero es así, tendría que decir “te tiran el loco”, me hace mal porque las dos personas se murieron. Se llega siempre un paso atrás” (...) La conclusión es el maltrato, la cronificación. Siempre se llega tarde, se llega un paso atrás. No responsabilizar a un profesional sino a los modos de gestión a otro nivel” (TO, CS, 2014)

## ¿Sustituir el manicomio? o ¿crear alternativas?

Los trabajadores se refieren al hospital donde se delimita geográficamente el funcionamiento del manicomio, ¿hay que cerrarlo como la propuesta *basagliana*? O ¿lo que hay que empezar por sustituir es la lógica manicomial? ¿Cuáles son las alternativas? Y también los disfraces...

*“Trabajamos desde 1992 a 1999 en un contexto institucional obstaculizado en diferentes dimensiones; por un lado el discurso de la APS como el ideal de un movimiento democratizador de la salud con lo cual el hospital se transformó en un gran área programática y pasa de ser hospital psiquiátrico a hospital general de prestaciones básicas. La descentralización al mismo tiempo por un lado otorga autonomía, pero por otro la obstaculiza, dejando librado el sostén, mantenimiento y funcionamiento del proyecto (alternativo al manicomio) a quienes en ese momento recién nos empezábamos a incluir en la institución; de ese manera se desentendían de los sectores que no generaban recursos genuinos para el hospital que pasaba ser de “autogestión”. (...) “La lógica que tensaba nuestra práctica no era la de cerrar el hospital psiquiátrico sino la de construir procesos de sustitución de las lógicas implícitas en las prácticas que justificaban la existencia del manicomio. De esta manera la transformación anclaba en la idea que lo nuevo no surge de la nada, al contrario se asienta en lo viejo que se pretende superar.” (TO, CS, publicación 2011)*

*“En cuanto a los hechos que fueron sucediendo en las diferentes asambleas los hemos ido convirtiendo en función de reflexión respecto de las posibilidades y resistencias de prácticas alternativas al interior de una institución Total”. (Ps y TO, EH, 2008)*

*“La expectativa por otro lugar para vivir que no sea el hospital lo desesperaba. Por momentos el equipo también se desesperaba. La búsqueda de instituciones, hogares,*

*pensiones o lugares de atención ambulatoria era decepcionante. Ninguna institución tenía el perfil para recibir a A. Y entre un movimiento y otro, entre las notas de denuncia de la situación y los nuevos impulsos para concretar el egreso, se acercaba su cumpleaños número dieciocho. Apareció entonces el fantasma de la sala de internación para adultos como destino de vida, me dijeron que yo me voy a quedar ahí (les decía A.)”* (TO, EII, 2007)

Lo que creemos ver aquí como parte del conocimiento que aportan los trabajadores es como las etiquetas que se le ponen a sus trabajos, a veces como una resolución administrativa, se los nombra como *talleres, proyecto, actividad* o *dispositivo*, lo que genera confusiones, pero lo que más nos interesa resaltar es que se los llame como se los llame, lo que conservan es esa propiedad que Agamben (2007) señala, retomando al dispositivo foucaultiano, sobre la posibilidad de provocar consecuencias indeseables. Cualquier iniciativa anti-manicomial puede terminar en lo contrario, y a veces dentro de los muros del manicomio habita la posibilidad de una transformación.

### **Lo manicomial y lo antimanicomial anverso y reverso de una misma hoja: acerca del pensamiento mestizo**

Para describir las propuestas es importante enfocar bajo qué lógica se inscriben, recuperamos aquí el aporte de la supervisión del EII acerca del “pensamiento mestizo”:  
*“En el pensamiento mestizo es imposible plantear la reconciliación de los contrarios y la conformación de una totalidad estable. En este pensamiento no existe un plan, ni un programa, en realidad está regido por los encuentros, es por consiguiente inesperado e intempestivo”* (Méndez en Barbagelatta, 2011)

Este *pensamiento mestizo* nos permite entender que un intento por identificar *contradicciones* es propio de una persistencia conservadora, mientras que pensar en un

inter-juego entre una lógica y otra nos advierte sobre la posibilidad de transformaciones. Al interior de cada relato, se presenta el discurrir entre ambas lógicas, que a veces aparece como una tensión al interior de la práctica misma, otras veces como confrontaciones con algún otro actor (instituciones o representantes de una gestión) o con otras lógicas dominantes dentro la salud *convencional* como las que ya describimos.

En los testimonios surgen matices de esta relación que se intenta describir entre las prácticas y las lógicas manicomiales y antimanicomiales, esto da continuidad al planteo anterior de la diferenciación entre sustituciones totales o búsquedas de alternativas, pero también permite acceder a la lectura que hacen los profesionales de sus condiciones de trabajo (cargos que no llegan, equipos que no se arman, agentes que enferman, instituciones que colapsan).

Al sistematizar los relatos en tanto formaciones discursivas, se tiene en cuenta lo que Laclau y Mouffe (2004) llaman la *esencia negativa* de lo existente, mientras que, las pretensiones de ordenamiento son intentos fallidos de *domesticar* la inabordable multiplicidad de las diferencias. Nos queda aceptar la posibilidad de capturar la *multiformidad de lo social* a partir de articulaciones siempre precarias, limitadas, parciales desde donde se define el alcance y el límite de nuestro análisis para reflejar los matices de un *pensamiento mestizo*.

Ps-CS (2012/2013), resalta la importancia del trabajo interdisciplinario en su tarea, al mismo tiempo que indica como este se ve totalmente desarticulado “*Fue gestado* (el taller grupal de fotografía con adolescentes y jóvenes) *con el propósito de continuar el trabajo con ese grupo que se había iniciado dos años atrás. Pero fue un año muy difícil para mí, porque pasé de contar con un equipo de trabajo de cinco personas (incluyéndome) a estar sola en el barrio con la exigencia de sostener un trabajo grupal muy exigente. Fue en el*

*marco del Centro de Salud, desempeñando mi función de psicóloga, como parte de un Dispositivo de la Dirección provincial de salud mental. Yo formo parte de un equipo de salud que es el del centro de salud, pero sólo articulo mi trabajo con la Trabajadora social. El resto de los integrantes están absorbidos por la exigencia de las tareas asistenciales y no se interesan en construir modalidades de trabajo comunitarias.”*

Algunos de los trabajadores que compartían tareas: una TS, una TO que dependía de desarrollo social, y un grupo de jóvenes que era personal de la Secretaría de Cultura, por distintas razones se habían apartado del trabajo pero no fueron reemplazadas es importante destacar que en el caso de la TO *“había pedido el traslado a otra área después de que se le negara la inclusión permanente en el equipo de salud”*. Ante este panorama Ps-CS manifiesta que se encontraba *“sola con la exigencia de responder a una demanda que nosotros mismos habíamos creado en los jóvenes, que ansiaban e insistían en iniciar el trabajo grupal ese año”*(...) *“El diagnóstico más claro es que el vaciamiento del territorio por las políticas del gobierno es ostensible y los efectos se sienten en quienes intentan sostener espacios alternativos, que no están contemplados en los presupuestos de la gestión”* (...) *“Se siguen fortaleciendo los espacios centrales de atención (las oficinas del centro, los hospitales) y se sigue vaciando el territorio”*. (Ps, CS, 2012/2013)

Desde el marco normativo se dispone la creación de dispositivos alternativos como propuestas que formen parte del proceso de desinstitucionalización. La APS y la salud colectiva se retoman como concepciones que introducen un nuevo paradigma en salud, que se distingue de concepciones hegemónicas y parcializadas acerca de la salud mental. Ps-CS se esfuerza en no desgastarse por el tironeo entre dos lógicas contradictorias: *“Por un lado se plantea que la lógica de trabajo debe ser de inclusión comunitaria, pero por otro la dificultad para sostener estos espacios produce un desgaste tan grande que quienes tienen la capacidad y la disposición terminan perdiéndola. Se siguen*

*fortaleciendo los espacios centrales de atención (las oficinas del centro, los hospitales)”*

Ps-CS también se ve ante la brecha de elegir entre uno u otro posicionamiento para su trabajo: *“al inicio de ese año se me presentó una disyuntiva que me obligó a decidir entre sostener una práctica análoga a la del resto de los trabajadores del Centro de Salud, con eje en la atención de consultorio, o hacer el esfuerzo de encontrar el modo de sostener el espacio grupal”*. (Ps, CS, 2012/2013)

La tirantez ante la disyuntiva y la búsqueda de alternativas para resistir una vez tomada la decisión instituyen: *“Para resolverlo convoqué a una colega que nada tiene que ver con las instituciones nombradas, pero que es una gran profesional y había sostenido un trabajo barrial muy interesante con talleres de fotos para niños. replanteamos el proyecto en función de la población con la que yo estaba trabajando, y lo presenté en la Dirección provincial de Salud Mental, planteando mi situación y solicitando se financie y se pague a talleristas externos para dar continuidad a lo que yo entendía como un espacio productor de una subjetividad diferente. Se aprobó y convoqué además a un fotógrafo. Pautamos los encuentros con mucha claridad, organizando también salidas.”* (...) *“El taller fue muy productivo, organizamos muestras de fotos sumamente convocantes, hicimos con todos los chicos un viaje a Rosario para llevar la muestra a un Congreso de salud. El taller fue muy expuesto por las autoridades como un logro de un dispositivo alternativo”*. (Ps, CS, 2012/2013)

La concepción de salud respaldada desde un encuadre colectivo también atraviesa la propuesta de la TO-CS, su recomposición teórica del concepto de salud mental a través del de salud *colectiva/emancipatoria*, cobra reflexividad en tanto transformación de su práctica una vez que *se libera del encierro en el manicomio*.

*“(…) un tratamiento serio (…) Para uno sería la internación involuntaria y la contención de ese equipo como tratamiento serio, ético y responsable, no es: el loco, el borracho, la histérica. Cómo me ubico yo como profesional, trabajadora de la salud, dentro de lo colectivo de salud y la otra cuáles eran las demandas que me hacían por pertenecer al colectivo de la salud mental y cómo dar respuesta desde la APS, son como dos dimensiones.” (TO, CS, 2014) “La idea es comprender que el manicomio no está delimitado por lugares y espacios físicos, sino que es la expresión de aquellas lógicas implícitas en nuestras prácticas, el tema es saber identificarlas para no reproducir el silenciamiento y la exclusión social de los padecimientos subjetivos.” (TO, CS, publicación 2011)*

Lo implícito en las prácticas, el silenciamiento y la exclusión. La salida de lo manicomial implica el compromiso de otros y con otros, más tarde introduciremos desde Lewcowicz (2004) el “nosotros”.

*“A. podía mantenerse en el hospital si lo pensaba como un “entre viaje y viaje”. Se propuso, antes de definir su alojamiento en lo de su prima, probar en Santa Fe, como lugar intermedio y cercano al Equipo.” (Ps, EII, 2007/2008)*

Al igual que el taller de fotos con jóvenes y adolescentes, en la propuesta de la TO de los CS de la costa, como en el taller de cocina instalado en el *ex-psiquiátrico* y la *asamblea* dentro del mismo hospital, todos apuestan a propuestas grupales, que buscan constituirse en proyectos de *autonomía*.

Dentro del manicomio instituido, cristalizado en el hospital, se instituye un abordaje que le resiste, ambas fuerzas conviven, se superponen, se solapan, pujan en los sujetos y su *institucionalización interiorizada*. “El Dr. Juan Vasen define Hospital, como manicomio o asilo lo cual hace tabla rasa con las diferentes prácticas que lo habitan y con las



*conceptualizaciones que las sustentan, sea de modo explícito o no. Que no sustentan ser homogéneas con una modalidad asilar de asistencia (...) Marcelo Percia diría (...) toda institución tendrá diferentes historias. Una historia oficial y otra marginal” (...) “En sucesivas asambleas comienzan a aparecer, entre otras cosas, chistes, humor, recuerdos (...) Surge entonces la idea de ir al cine (...) se discute la significación de haber finalmente elegido y visto un dibujo animado (...)¿es la era del hielo cualquier dibujo?, ¿se relaciona con la representación de la locura en términos de infantilización?(...) Ansiosos por retribujar en la próxima asamblea estas cuestiones, ingenuamente de nuestra parte nos sorprenden diciendo que estuvo “bárbaro”, ¿no es acaso esto otro indicador del proceso de institucionalización de las personas?” (Ps y TO, EH, 2008)*

Nos preocupa particularmente poner el acento en la creatividad de los trabajadores, la singularidad para afrontar y resolver las situaciones que cotidianamente se les presentan. Destacamos aquí la creatividad a partir de la concepción de producción de subjetividad de Antonio Negri (2008) quien al retomar desde la perspectiva de Foucault y Deleuze las categorías de *biopoder* y *biopolítica*, resalta la constitución del sujeto en su *concreción histórica y productiva*: “El sujeto es productivo; la producción de subjetividad es pues una subjetividad que produce” (Negri, 2008, 47). Negri (2008)

Al asumir el concepto de “*relaciones de poder*” desde Foucault define a la *biopolítica* en su constante atravesamiento por la “*emergencia de la singularización de las resistencias*” en antagonismo con el *biopoder*. El autor advierte que el enlace entre resistencia al poder y producción de subjetividad es “*absolutamente ateleológico*”, de esta manera “*la singularidad y la resistencia quedan expuestas al riesgo, a la posibilidad del fracaso*” (Negri, 2008, 48), sin restringir a la producción de subjetividad de la posibilidad, de la potencia, del empuje de ese deseo de vida, de darse en una expresión de excedencia (un

algo más) que Negri (2008) denomina “*desmesura*”<sup>71</sup>. El autor redefine la actividad social y productiva incorporando los productos de la libertad y la imaginación.

Cada documento permite capturar esas singularidades, y al mismo tiempo las lógicas hegemónicas que atraviesan nuestra temática, Laclau y Mouffe (2004) al definir la hegemonía mencionan “*la exterioridad existente entre posiciones de sujeto situadas en el interior de ciertas formaciones discursivas, y "elementos" que carecen de una articulación discursiva precisa. Es esta ambigüedad la que hace posible a la articulación como institución de puntos nodales que fijan parcialmente el sentido de lo social en un sistema organizado de diferencias*”. (Laclau y Mouffe, 2004, 179). La *multiformidad de lo social* sería *aprehendido* a partir de las articulaciones.

Desde nuestros supuestos iniciales delimitamos el propósito de recuperar los intersticios donde cotidianamente se resuelven los posicionamientos subjetivos como modos de entender la libertad donde se juegan las decisiones (Foucault, 2001) comprometiendo las prácticas discursivas como espacios donde se presentan estas luchas.

La oportunidad o posibilidad que se tiene de preguntar ante cada caso, en cada ocasión *¿qué está ocurriendo ahora?, ¿qué somos nosotros?*, da cuenta de la conexión entre libertad y subjetividad; es el fundamento de una capacidad crítica y de una responsabilidad ética. Se trata de un intento por ocuparse de lo que nos sujeta, de las posibilidades de libertad, las condiciones del acto libre, sin que esto suponga de antemano *ilusorias* ideas de libertad absoluta, sino como prácticas de libertad. Hablar del

---

<sup>71</sup> “*Dos palabras sobre este concepto de excedencia o, como a veces lo hemos llamado, sobre la noción de desmesura. La idea nace dentro de un **nuevo análisis de la organización del trabajo**, cuando el valor se convierte en el producto cognitivo e inmaterial de una acción creativa (el subrayado es nuestro), y escapa por lo mismo a la ley del valor-trabajo (si entendemos a esta última de manera estrictamente objetiva y economista). La misma idea se encuentra, en un nivel diferente, en la localización de la **disimetría ontológica** que existe entre el funcionamiento de los biopoderes y la potencia de la resistencia biopolítica (...) **la potencia es (...) lo no mensurable, la expresión para las diferencias no reductibles.** (Negri, 2008, 50)*

sometimiento y de la sujeción de la libertad implica reconocer que somos más libres de lo que nosotros pensamos y ver a la libertad en su modalidad estratégica para la subjetividad de nuestra época. (Foucault, 2001)

Nos interesa detenernos en señalar la ubicación de ese sentido estratégico de las prácticas, en lo que decidimos llamar *sostener la decisión*, pensamos que esta expresión que emerge de los testimonios, es la forma más elocuente que encontramos para nombrar el compromiso psicosocial como *subjetivante*, ya que para significar lo estratégico aludimos a prácticas de libertad y de resistencia o apoderamiento, retomando el concepto de relaciones de poder de Foucault.

Lo que llamamos *sostener la decisión* aparece como una modalidad de los trabajadores - con sus particularidades al interior de cada relato- para transitar entre las lógicas manicomiales y antimanicomiales, y a partir de allí dar sentidos a sus prácticas. Estos sentidos alcanzan a visibilizarse en la interrelación entre saberes teóricos, prácticos y reflexiones que ofrecen sobre una situación elegida por ellos para relatar; el contenido de sus testimonios permite vislumbrar reflexividad<sup>72</sup>, es decir una posibilidad de transformación que se reconstruye al mismo tiempo que van diciendo y que conectamos con el término de Negri (2008) de *desmesura*.

Para ilustrar esa categoría seleccionamos algunos fragmentos de los testimonios, y los agrupamos bajo una serie de subtítulos: a) generar demandas y construir respuestas, b) disponer recursos, c) desafíos a la autoridad y d) poner el cuerpo. Cada selección, según nuestra interpretación, refleja *emergentes* dentro de los relatos que permiten conocer

---

<sup>72</sup> Recordamos que Guber (2001) destaca acerca de la definición de este término que “*Describir una situación es, pues, construirla y definirla*” (17) señalando una íntima conexión entre la comprensión y la expresión de dicha comprensión. Un relato no solo transmite información sino también el contexto donde esta se produce, lo que permite al sujeto una comprensión de sus propias acciones dentro de ese contexto transformándolo en inteligible. Guber (2001) resalta que la reflexividad es tanto del investigador como del sujeto investigado. Siendo para el investigador una herramienta para la conciencia acerca de sus condicionamientos al realizar la investigación (sociales y epistemológicos)

cómo desde la intimidad de las prácticas se hace presente el *compromiso psicosocial* de los trabajadores, donde se mixturán las distinciones sobre los aspectos técnicos y estratégicos (modalidades y lineamientos), los posicionamientos ideológicos y políticos (cambio de paradigma), el pensamiento mestizo al que antes nos referimos, así como, las vulnerabilidades y resistencias.

### **Sostener la decisión: prácticas de libertad y producción de subjetividad<sup>73</sup>**

#### **a) Generar demandas y construir respuestas**

Distinguir entre un pedido y una demanda, identifica el pedido más ligado al mandato de la lógica del manicomio, mientras que la demanda reconoce una construcción que no excluye internar, medicar, es decir, acciones típicas en los tratamientos tradicionales, pero que se fundamentan en un nuevo paradigma, tiene en cuenta la búsqueda de alternativas: otros espacios de atención, de circulación del hacer con otros, de la palabra, de respeto de las elecciones y tomar decisiones.

*“Yo me encontraba sola con la exigencia de responder a una demanda que nosotros mismos habíamos creado en los jóvenes, que ansiaban e insistían en iniciar el trabajo grupal ese año”. (...) “me obligó a decidir entre sostener una práctica análoga a la del resto de los trabajadores del Centro de Salud, con eje en la atención de consultorio, o hacer el esfuerzo de encontrar el modo de sostener el espacio grupal”. (Ps, CS, 2012/2013)*

*“1992 presentamos un proyecto a la Dirección del Hospital que denominamos “CAD” (Centro de actividades diurnas). Dicha propuesta tenía como objetivos; generar un espacio de circulación del hacer, donde se podía elegir y construir significados en las*

---

<sup>73</sup> Lo que podría ser asimilada a la “*experiencia subjetivante*” como oposición a la “*objetivación*” del sujeto.

*actividades elegidas, abierto a la comunidad hospitalaria y no- hospitalario, un lugar donde la circulación de la palabra tenga el valor de transformación (asambleas) (...) pasa de ser hospital psiquiátrico a hospital general de prestaciones básicas. (Aparecen) la “descentralización”, la “autogestión”. Sin comprar los objetivos de esta transformación basada en un modelo neoliberal, se me “asignan” nuevas funciones (...) Las políticas públicas de desmanicomialización generaban desconciertos, incertidumbre pero a su vez nos provocaban la creatividad para asumir nuevos riesgos a acordes a nuestras posiciones.” (TO, CS, publicación 2011)*

*“Mi estrategia era ir a conocer cuál era la situación, los sujetos implicados junto con otros, y construir si había una demanda, para construir e instalar otra lógica de trabajo. (...) Cuando llegaban demandas confusas de las que yo sospechaba, iba identificando cómo se manejan las instituciones, para ir, conocer la comunidad y a una situación compleja tomarla para conocer la complejidad de la comunidad. (...) “lo que yo intentaba era poder construir con las personas esa respuesta.” (TO, CS, 2014)*

*“Hubo en el mes de enero un cambio de coyuntura institucional, producto de ella se cambia la jefatura de sala; si bien, esto no implica que lo viejo sea derribado; sí permite pensar que las condiciones para un trabajo en salud mental fueron más propicias.” (...) (Esto les hace recordar la expresión de Galende sobre doble pertenencia de la salud mental) “Tras esto también venia la posibilidad de correrse de la demanda del jefe de sala de hacer clínica individual a no más poder...” (...) “Nos increpaban con preguntas del tenor ¿qué es que los pacientes votan?, ¿desde cuándo? Entretanto traducíamos ¿desde cuándo son ciudadanos?, ¿desde cuándo tienen derechos y obligaciones? ¿Qué es eso que pueden ejercerlos?, ¿otro modo de resistencia?” (Ps y TO, EH, 2008)*

*“Presentamos propuestas. Fuimos a tantas reuniones con tantas personas, en Santa Fe, en su pueblo, en el hospital, fuera de él. (Comunidades terapéuticas, Hogares del Estado, Albergues, pensiones privadas). Advertimos que el tiempo para A. se agotaba. No fuimos oídos.” (Ps, EII, 2007/2008)*

*“- ¡A.! ¡Feliz cumpleaños!*

*- ¡Hola! ¡Te acordaste y me llamaste hoy que es sábado! ¡Gracias! Los enfermeros me hicieron un asado, estamos festejando mis dieciocho y también que me voy de acá (institución que lo había alojado, como alternativa al hospital psiquiátrico, antes de salir para vivir con una prima)” (TO, EII, 2007)*

En los siguientes ítems este proceso de demandas y respuestas involucra disponer de recursos, desafiar autoridad/es-lo instituido y poner el cuerpo.

**b) Disponer recursos:**

Desde dinero del propio bolsillo, un trámite personal, instrumentos tecnológicos, apoyo técnico, todos ellos son recursos que los trabajadores tienen que disponer o procurarse para sostener el compromiso con su práctica y la decisión por defender una posición, generar demandas y co-construir respuestas con quienes debe asistir. ¿Qué pasaría si ellos decidieran no prestarse? ¿Cuánto suma esta decisión a la transformación de la salud mental? Por ahora, sostenemos la posibilidad de visibilizarlo.

*“Se aprobó (el proyecto de un taller de fotografía) y convoqué además a un fotógrafo. Pautamos los encuentros con mucha claridad, organizando también salidas. Fui pagando de mi bolsillo muchos de los gastos con la idea de que después se me devolviera el dinero, lo cual sucedió parcialmente” (Ps, CS, 2012/2013)*

*“Finalmente, fue un solo paciente a votar y no lo pudo hacer porque su DNI no había llegado aún” (Ps y TO, EH, 2008)*

*“Vos anotá, anotá. La canción dice así... no, no, mejor así (le decía A.). Pasamos del dictado de las letras a la grabación del audio, y de allí a las filmaciones. Ey! Para la próxima traete la cámara! (le decía A.) Los meses transcurrían. Las canciones que estaban escritas en papel llenaban dos carpetas, y los videos, varios DVD”. (TO, EII, 2007)*

*“(...) una persona que ayer te demandaba estimulación temprana hoy me pide cómo redactar juntas una nota para pedir cloacas, que la ayuden económicamente para armar su pozo negro. Es fantástico cómo se construye esa demanda. (...) “muchas veces lo que uno hace es acompañar a que logren lo que quieren, eso es salud para mí, que reconozcan ellos sus recursos, que los tienen y mucho” (TO, CS, 2014)*

En el siguiente ítem podemos retomar estas actitudes en términos de *“relaciones de cuidado”* (Lewcowicz, 2004) para pensarlas no solo como manifestaciones de *buena voluntad* sino de creatividad subjetiva.

### c) Desafíos a la autoridad

Se plantea el desafío en el vaivén de las marchas y contramarchas de las autoridades de gestión o institucionales: *“Ninguno de los trabajadores mencionados tuvo reemplazo ni nadie se preocupó por los efectos que tendría en el trabajo barrial su ausencia. En el Congreso de Salud al que fui con los chicos hablé de esto y produjo un enorme malestar en mis autoridades. Más de uno de ellos vino a plantearme que por qué no concentraba mi exposición en los logros en vez de apuntar a las carencias.” (Ps, CS, 2012/2013)*

La singularidad en términos de *liberación* se expresa en el cuestionamiento a la autoridad de un discurso hegemónico a manera de “*resistencia*” (Negri, 2008) “*Dependen (los Centros de Salud) del ministerio de salud, qué se yo... yo pertenezco al colectivo de la salud mental (remarcando las palabras y elevando la voz), me paro desde ese lugar (...)* “*Desde este colectivo Salud mental cómo me incluyo en la salud y borrar lo mental, si bien la perspectiva la tengo, ese es el primer desafío*”. (TO, Cs, 2014)

La lógica manicomial, puede plantearse como intentos conservadores justificados por un discurso hegemónico acerca de la salud “*convencional*” (Granda, 2000), o bien, como los sentidos naturalizados dentro de las “*instituciones totales*” (Faraone, 2013), en el siguiente párrafo ambos elementos arman un *combo*, donde el manicomio insiste y resiste.

“*(...) pudimos escuchar el pedido de los pacientes versus la demanda de atención individualizada de la jefatura de la sala*”. (...) “*Paradójicamente, si bien no se cumplían los horarios del régimen hospitalario establecido (en asamblea), éramos culpados de fugas en los horarios de la asamblea*” (...) “*Hubo críticas del personal de la sala, que a pesar de no participar hasta el momento de las asambleas, sostienen que esas actividades también deberían hacerse en el hospital porque siempre van solamente “los vivos” y los otros nada*” (Ps y TO, EH, 2008) Los trabajadores en su reflexión articulan con una *significación imaginaria social instituida*: los “*vivos*” y los “*muertos-locos*”, en este caso la enfermera es la portavoz de ocasión del personal de la sala. Se pone así de manifiesto la maquinaria de significaciones que cristaliza la institución total y que pone palos en la rueda para que no se libere el interjuego entre la institucionalización y la autonomía propias de un programa institucional. (Dubet, 2006)

Si nos preguntamos por las condiciones para la aplicación de la legislación vigente, los límites parecen trazados desde el declive del programa institucional que a diferencia del



manicomio supone tensar la institucionalización con la promoción de la autonomía de los sujetos dando lugar a la posibilidad de situar e historizar a las prácticas sociales. A propósito Malachevsky<sup>74</sup> (2014) señala que ante una organización social debilitada, la desmanicomialización entendida como desinstitucionalización, se traduce en términos reales en desamparo y desprotección hacia la fragilidad y el sufrimiento mental. Para Malachevsky (2014) la ley se presenta en un “*a destiempo*” con respecto a la situación actual dentro de la atención de la salud mental, donde lo que se vive hoy es un desorden que provoca la carencia de quién/es se responsabilicen por la atención y cura de los que padecen, que quedan literalmente a la deriva. Al marcar las diferencias entre la institución “ideal” –ley- y la “oculta” -procedimientos segregativos e instituciones fragmentadas- debe buscarse las causas de ese desfase en la imbricación entre razones como el abandono del Estado, gestiones institucionales y ambiciones políticas, y reduccionismos terapéuticos, todo ello dentro de una crisis social más amplia que no solo pone en riesgo a las personas mal llamadas *locas* o *anormales*: “*Las instituciones (...) también “enferman” y afectan a sus agentes. Los equipos terapéuticos están colapsados*” (Malachevsky, 2014, 18) La ley utilizada para instituir la desinstitucionalización complica el panorama. Nos preguntamos, si reconocemos que las *instituciones totales* comportan la *mortificación* de los sujetos tanto como es el abandono a su suerte ¿Cuáles son las alternativas para evitar los riesgos que corren las personas con sufrimiento psíquico?

Incorporamos aquí a Lewcowicz,(2004) para tomar lo que él explica como el *desfondamiento de las instituciones* desde una lógica de la *contingencia*, incluyendo a: 1) la *historización* y 2) la *incertidumbre*; 1) la *historización* del amparo permite reconocer

---

<sup>74</sup> Jorge Malachevsky es docente e investigador de la UNL, ha realizado tareas de supervisión a profesionales de la salud mental de hospitales y centros de salud santafesinos.

la violencia de las instituciones que supuestamente deben amparar, porque para hacerlo antes deben desamparar, es decir, desposeer al otro de su pensamiento, de su subjetividad y 2) si incorporamos a esto la *incertidumbre* hay que reconocer que ninguna institución puede asegurar el amparo.

Si en lugar de desamparo hablamos de *desolación*, para referirnos a la falta de instituciones que den amparo, podemos dar lugar a nuevas relaciones de constitución y conformación que implican a dos (un *nosotros*) que se comprometen en *relaciones de cuidado*. Dice Lewcowicz, (2004) “*la relación tiene que ser permanentemente pensada porque el entorno es permanente fluctuante*” (s/d)

Todo un desafío cuando se admite la fragilidad, la vulnerabilidad y la exclusión de las personas con padecimiento subjetivo y al mismo tiempo la aspiración de inscribir a las prácticas de asistencia en salud mental como *dispositivos de lucha* a favor de la conquista de los derechos civiles, políticos y sociales para la “*minoría portadora de la des-razón*”<sup>75</sup>. (Alberdi, 2006)

Lo que lleva a los trabajadores de la salud mental a plantearse ciertos cuestionamientos: *¿Cómo conciliar intervenciones orientadas a la autonomía y emancipación con intervenciones de cuidado y protección? ¿Cómo propiciar la autonomía sin desasistir? ¿Cómo dejar de tutelar sin privatizar la locura en la comunidad o la familia?* (Schmuck y Serra, 2008, 5)

---

<sup>75</sup> La preocupación de Alberdi gira “*en torno a generar no sólo una ciudadanía especial (para una minoría?) sino por crear (no recrear, que es señalado como un mal camino) ciudadanía en términos no universalistas, fuera de esa pretensión abarcativa aplastante en que se ahoga todavía hoy nuestra alternativa de salida a las aporías modernizadoras/normalizadoras.*” (Germain, 2003, 21). Afirma Alberdi (2006) “*La construcción actualizada de una des-razón emancipatoria se conjuga con la invención de una interpretación democrática radical de los principios liberal-democráticos*” (41); el autor toma como referencia a Mouffe para explicar que esta interpretación presupone que esos principios incluyan las diferentes relaciones sociales y posiciones del sujeto (género, clase, raza, etnia, orientación sexual, des-razón...).

**d) Poner el cuerpo:**

Finalmente seleccionamos esta expresión para retomar la idea de Bózzolo (mimeo) acerca del “registro personal de las afectaciones” como otra manera de abordar la subjetividad como “lo que se pone en juego en cada decisión”. El conocimiento situado aquí se recupera desde la noción de Fernandez (2009) como posibilidad de *elucidar “la multiplicidad de estrategias de invención colectiva y anónima de libertades”*.

*“Varios pusimos el cuerpo, siendo a veces arrasados (...) Sus canciones (las de A.) eran siempre distintas. Prestándole nuestras manos, empezamos a escribirlas, a registrarlas. La palabra asomaba”* (Ps, EII, 2007/2008)

*“(...) decidir entre sostener una práctica (...) con eje en la atención de consultorio, o hacer el esfuerzo de encontrar el modo de sostener el espacio grupal. Lo encontré, y fui acompañada por la Dirección de S.M. en eso, pero con niveles de desgaste muy altos.”* (...) *“Pero fue completamente agotador, porque los recursos tuve que gestionarlos día a día, con gran dificultad.”* (...) *“el enorme desgaste que produce tener que inventar tan artesanalmente cada cosa que se propone. Por un lado se plantea que la lógica de trabajo debe ser de inclusión comunitaria, pero por otro la dificultad para sostener estos espacios produce un desgaste tan grande que quienes tienen la capacidad y la disposición terminan perdiéndola”*. (Ps, CS, 2012/2013)

*“La asamblea de hombres nace como dispositivo a partir de encuentros llevados a cabo con un grupo pacientes de la sala I donde charlamos de cuestiones relacionadas a su estadía en el hospital; luego comenzaron a recordar varias asambleas anteriores y acordamos retomarlas”*. (...) *“Finalmente se hizo, se discutió, hubo diferentes posiciones, hubo alguien que se atribuía erróneamente el derecho a decidir quien hablaba y quien no en dicha “asamblea”, se votó, se lograron pequeños cambios en los*

*horarios y constó en acta firmada por todos los que habían participado y votado”.* (Ps y TO, EH, 2008)

*“Al llegar me encontré con un cuadro que perturbó mi mente a tal punto que no sabía cómo reaccionar. A. había trabado la puerta y ocasionó un incendio con la intención de quitarse la vida. Lo llamé en reiteradas ocasiones sin obtener respuesta, intenté abrir la puerta pero no pude, trepé por el ventiluz y veo que estaba entre medio de las llamas. Me miró y en esa mirada noté una mezcla de sensaciones, por un lado parecía a gusto con esta situación, por otro pedía ayuda, por lo que entré, sin pensar, arriesgándome, con un solo objetivo que era salvarle la vida. Al sacarlo nos fundimos en un fuerte abrazo y llanto, y nunca voy a olvidar ese GRACIAS X. que selló un fuerte vínculo entre nosotros”.*  
(M, EII, 2007/2008)

Estos últimos fragmentos se conectan con la responsabilidad civil de los trabajadores. Kraut (2006) señala que advertida la tendencia suicida o auto-agresiva de una persona con padecimiento psíquico, nacen dos obligaciones de los profesionales responsables (*responsabilidad civil*), una es la custodia para preservar su vida y otra es la asistencia para su recuperación –en caso de ser necesaria la internación- que facilite la reinserción a una vida social de la forma más rápida posible, aunque bajo supuesto se incluye el “*carácter aleatorio*<sup>76</sup> del resultado final” pero, también, se presupone la idoneidad de los profesionales para lograrlo. (Galende y Kraut, 2006)

*“(…) fueron milésimas de segundos para darse cuenta que estaba abriendo la puerta para arrojarle del móvil. Lo aferré de la cintura para que no se tirara, y mi compañera de las piernas, y solo sentimos el murmullo de: “no, no quiero volver, solo déjenme morir” (les dijo A.)”* (LE, EII, 2007/008)

---

<sup>76</sup> El resaltado en negrita es nuestro.

*“(...) se expresaba tal como era, un niño y un adolescente a la vez, lleno de dudas, de incertidumbre, de miedos, de anhelos, de esperanza, de ilusiones. Estos momentos eran propicios para brindarle consejos que aceptaba amablemente, y muchas veces para brindarle un abrazo y hacerle saber que más allá de la relación enfermero-paciente, podía contar con alguien que lo ayudaría a superar ese momento”. (E, EII, 2007/2008)*

Lo *aleatorio* se asocia con el *riesgo* como característica constitutiva de las prácticas en tanto lo ineludible de efectos no deseados, inconmensurables o consecuencias no previsibles. El entender que las prácticas de asistencia de la salud mental comportan este atributo significa un quiebre con la lógica manicomial. Schmuck y Serra (2008) al analizar, desde sus trayectorias en el campo, las *perplejidades* y *desafíos* en la sustitución de las lógicas manicomiales señalan que, una extrema necesidad de que todo se dé dentro de lo controlado no deja espacio a lo inesperado, y que los resultados calificados como *éxitos* o *fracasos*, no se comportan de manera necesariamente positiva o negativa dentro de un proceso de transformación. Dicen las autoras: *“Lejos de confundir la posibilidad de lo real con la posibilidad de lo existente, la apuesta se define en arriesgar la posibilidad de que ocurra lo inimaginado. Y aquí radica la potencia de transformación del campo”* (4). Las prácticas en salud mental parecieran más que otras tener que asumir el riesgo. El riesgo a diferencia de la amenaza del peligro, implica decisión, elección y producción.

El desafío permite ubicarnos en clave de la *producción de subjetividad*, la *vida como potencia* y la *desmesura de la acción creativa*, de Negri (2008). Este autor es quien sugiere enlazar la *biopolítica* con la emergencia de la singularidad de la resistencia que permite armar el tejido social a través de lo que antes trajimos como *invenciones colectivas*, confrontando con el *biopoder* como sinónimo de lo medible, de la medida

y de la división que provocan la disciplina y el control. Lo que permite incluir las prácticas de los trabajadores dentro de una dimensión política.

## Conclusiones

*“El punto no es entonces gestionar para que tal o cual cosa no suceda, ni para que acontezca tal o cual otra, sino gestionar para que una experiencia subjetivante tenga lugar, para habilitar nuevas posiciones frente a la problemática abordada”. (Ps CS)<sup>77</sup>*

Con nuestro trabajo intentamos describir, desde la perspectiva de los protagonistas, algunas características de sus prácticas dentro de ese panorama; para pensar con ellos y aprender de ellos formas posibles de intervención que favorezcan esas transformaciones.

Lo manicomial y lo antimanicomial comprendido desde una lógica de pensamiento mestizo, forman parte de una construcción histórico-social que deja oculta su invención, adquiriendo sentidos naturalizados. No están constreñidos a un objeto, un edificio, a ciertas reglamentaciones, a la legislación. El principio y fin del manicomio excede a las construcciones arquitectónicas y el funcionamiento institucional que lo identifican.

Al desandar los vaivenes de las políticas públicas en el territorio santafesino se hizo visible la diversidad de situaciones, actores que se entremezclan. Logramos ubicar fluctuantes presencias y ausencias de las dependencias del área de salud mental, muy

---

<sup>77</sup> Esta es una expresión de una Ps. Cs. corresponde a un escrito inédito, relevado en la búsqueda de contactos y documentos para la tesis.

variable de acuerdo a cada gestión de gobierno, así como el protagonismo de algunos agentes, y cómo los modelos y lineamientos se transponían en acciones. La lectura crítica y las reflexiones desde algunos testimonios nos llevó a pensar en el valor o relevancia que se le dio/da a la salud, y en particular a la salud mental desde cada gestión.

La Dirección provincial de salud mental creada en los '80 es un organismo que aparece y desaparece de la escena. En los '90 las orientaciones de las políticas neoliberales influyeron en iniciativas y estilos de intervención, cobrando un alto protagonismo con las inundaciones de la ciudad de Santa Fe en 2003. Las estrategias de promoción de la salud y los modelos basados en APS son directivas que se pueden identificar a lo largo del tiempo pero con diferentes lecturas y acciones de acuerdo a la gestión de gobierno, su orientación ideológica y el rumbo que marcaban los acuerdos nacionales e internacionales, como se puede leer a través del desarrollo sobre el cambio de paradigma y su relación con la legislación vigente.

Encontramos en las reflexiones sobre las prácticas una oportunidad de establecer entrecruzamientos entre el marco normativo legal como habilitante, la modalidad APS como organización estratégica y la postura teórica, en donde se recorta la categoría de salud colectiva, como respaldo técnico. El “*apoderamiento*” (Chapelo Mendoza, 2007) como resultante liga con la libertad como construcción de subjetividad.

Claramente la legislación vigente como las políticas en salud mental son consonantes con una concepción de salud colectiva que involucra el sentido político de las prácticas en salud, al mismo tiempo que permite establecer su proyección en la definición y formulación de políticas públicas con un compromiso ético hacia la promoción de la salud *emancipatoria*, ligada a la construcción colectiva de valores, conocimientos y habilidades para *cuidar* de la salud en forma conjunta entre profesionales y miembros de la

comunidad. Esta conceptualización puede reconocerse como fundamento teórico dentro de los testimonios.

Nuestro involucramiento en el trabajo *de y en* el campo, nos introdujo en la mismísima *cocina* de la *reforma*, en las opiniones acerca de su impacto social e institucional, y en las repercusiones entre los trabajadores de la salud. Así, se pudo establecer la importancia de focalizar en los alcances y límites del marco normativo, junto al lugar que le cabe a los actores.

Al ocuparnos del derecho vigente, profundizamos en el conocimiento de lo que ampara, posibilita, y habilita; no resiste oposición. Dicho marco normativo legal implica el siguiente orden jerárquico: 1) un rango constitucional, con hincapié en los artículos que refieren a los derechos a la vida, la salud y la integridad; 2) las convenciones de jurisdicción nacional como la que atañe a la discapacidad, donde resaltamos la promoción de la autonomía; 3) las leyes nacionales –incluye la LNSM- , la de protección de los derechos de los pacientes, las referencias a la historia clínica, respeto a la intimidad y el consentimiento informado, y de manera más amplia se vincula con las leyes integral de niñez y adolescencia, las de género –matrimonio igualitario, identidad, violencia, derechos sexuales y reproductivos- y consumo problemático de sustancias 4) en el plano provincial, la LPSM, su decreto reglamentario, luego las ordenanzas municipales, las regulaciones de organismos administrativos (reglamentos de los hospitales o resoluciones ministeriales) y, por último se encuentran las prácticas concretas de los trabajadores de la salud. Cabe agregar, la serie normativa del derecho internacional, que pauta el desarrollo de políticas públicas.

La legislación vigente en salud mental, incorpora un cambio de paradigma. Particularmente la LNSM adopta la perspectiva de los DDHH respecto a las personas con



padecimiento mental. En el cuerpo del trabajo este es uno de los puntos que se destacan en la comparación con la LPSM. Para explicar el cambio de paradigma enumeramos y describimos una serie de inclusiones dentro de la legislación que así lo establecen: a) La persona con padecimiento psíquico como rectificación del *enfermo mental*; b) Cambios que se introducen en la concepción misma de salud mental y c) Incidencias en las modalidades de abordaje.

Si bien es cierto que antes de la ley funcionaban dispositivos sustitutivos y alternativos, que intentaban propulsar un cambio desde el punto de vista de la lógica manicomial, que en algunos casos también propiciaban una salida física del manicomio, acompañando una ex-ternación (LPSM) el marco vigente a nivel nacional otorga legitimidad a lo realizado por los trabajadores de la salud en la erradicación de lógicas manicomiales, a las transformaciones de los hospitales, y la producción de nuevas concepciones.

Los actores que participan de esos dispositivos coinciden en que es un marco de amparo importante pero que lo que se necesita es mayor agilidad en el establecimiento de convenios y en el avance sobre medidas administrativas que faciliten la gestión de esos servicios. La buena voluntad de los actores parece estar por delante de las políticas ministeriales. Existe un reconocimiento burocrático o práctico de esos dispositivos pero *sin una gestión política* que los sostenga lo que termina provocando restricciones sobre las prácticas<sup>78</sup>.

---

<sup>78</sup> Bosquejos de algunas cuestiones que emergen al caminar en el *terreno* y hallar sus *irregularidades*: escasez de recursos para hacer efectivas propuestas transformadoras (casas de medio camino, por ejemplo) y la demorada gestión para la nomenclatura de prácticas en salud no tradicionales (por ejemplo, artísticas). Las iniciativas extra-institucionales reclaman a la gestión política su reconocimiento, lo que aparece desfasado con respecto a un impulso por la participación social. También, profesionales que se resisten a dejar el modelo médico hegemónico, mientras que, en los efectores no aparece claramente la coordinación y los acuerdos entre sectores, por ejemplo, entre policía y poder judicial para decidir cómo proceder ante una situación de riesgo.

Las leyes son buenas herramientas cuando avalan un pedido de recursos, para fundamentar una práctica, anclar un reclamo o intentar frenar una situación de abuso, así como para visibilizar estas situaciones, pero hay una reproducción cultural del modelo médico hegemónico que opera como una resistencia a este otro paradigma. En los testimonios aparecen mencionadas la falta de formación o conocimiento en profesionales y la comunidad, pero también la operación de grupos corporativos, como la industria de los medicamentos. La resistencia a la ley no es oposición abierta, hay que buscar sus huellas más sutiles e insidiosas y entramadas con otros significantes, pero entendemos que si nadie se opone abiertamente es un avance a favor de la desmanicomialización.

La ley parece ser un avance para legitimar lo que se hace desde la comunidad o se inicia desde la práctica diaria de los trabajadores de salud mental para sustituir las lógicas manicomiales, mientras que los retrocesos se identifican más en los corrimientos del Estado para asegurar la operatividad de esta ley, así como, en la reproducción cultural de paradigmas que se contradicen con el de derechos, lo que caracteriza a estas leyes como de vanguardia. Los testimonios dejan al descubierto esas tiranteces<sup>79</sup>. Al mismo tiempo con el reconocimiento del espíritu de la ley es interesante pensar en la necesidad de que

---

<sup>79</sup>Un ejemplo de esto, es la situación planteada por la Abogada Mussi, ante las internaciones involuntarias, punto en el que focaliza su interés: “*Como se trata de una medida que, aunque necesaria, resulta restrictiva de la libertad de las personas, la ley establece un procedimiento específico para las internaciones involuntarias, con miras a salvaguardar los derechos de quienes se encuentran en esta situación, así como evitar o poner coto a posibles abusos y restringir a lo estrictamente necesario este cercenamiento de derechos. En función de esto, impone a los equipos la obligación de notificar al juez, por una parte, para que el mismo autorice o deniegue la internación, de acuerdo a si están dadas o no las causales previstas por la ley para que la misma proceda (ver art. 21 Ley cit.), y por la otra, al órgano de revisión –instancia de contralor aún no conformada en nuestra jurisdicción-*”.

*La normativa se aparta de una práctica instalada, cual es la de las internaciones compulsivas por orden judicial. De acuerdo a la ley 26657 quien dispone la internación involuntaria es el equipo de salud, porque es quien está en condiciones de evaluar si se configura el supuesto que habilita tal medida –que como se dijo es el riesgo cierto e inminente para sí o para terceros-. El juez actúa como garante, controlando la legalidad de la medida. Admitir que las internaciones involuntarias sean dispuestas por un juez –lo que en la práctica aún sucede-, deja traslucir la concepción implícita de que dichas medidas constituyen más un modo de control social que una estrategia con objetivos terapéuticos. Esto último es coherente entonces con la idea sobreviviente aún del “loco” como sujeto peligroso, como se dijo más arriba.*

*Por último cabe agregar que en casos de internaciones de menores de edad o personas declaradas incapaces, se debe proceder siempre de acuerdo a las disposiciones que regulan los requisitos y el procedimiento de las internaciones involuntarias”.* (Mussi, documento inédito)

el Estado facilite las condiciones e intervenga como garante de los acuerdos entre los distintos actores, y que esto no quede librado a la buena voluntad de los mismos; en nuestro trabajo resaltamos el compromiso ético de los trabajadores en cada decisión dentro de la diversidad de situaciones que se les presentan a diario.

El paraguas teórico de la arqueología foucaultiana permitió ordenar, sistematizar los decires de los participantes, como dijimos con Laclau (2010) encontrar articulaciones posibles en la *multiformidad* de lo social. Las lógicas hegemónicas de la salud pública *convencional* (Granda, 2000) que atraviesan prácticas manicomializantes e *instituciones totales* pero, también las que se erigen como su confrontación siguiendo a la *epidemiología crítica* de América Latina, a través de las concepciones de *salud colectiva*, incluyendo la de salud como capacidad y salud como derecho, presentes tanto en las normativas como en algunas de los sentidos que acompañan prácticas que se plantean como alternativas o sustitutivas del manicomio.

Una síntesis de lo dicho: a) hay coincidencias en reconocer la importancia de la vigencia del marco normativo legal para que se den cambios, b) si bien no hemos encontrado quien cuestione la relevancia de las leyes o de las gestiones del Estado, sí a quienes marcan vacíos, lagunas o ineficiencias, fragilidades y diferencias<sup>80</sup>, c) los sentidos de lo manicomial-antimanicomial en las prácticas permite ver el compromiso ético-político de los trabajadores en sus decisiones cotidianas dentro y atravesando los muros, los matices, avances y retrocesos.

---

<sup>80</sup> Alberdi (2006) nos recuerda una conclusión que realiza Castel acerca de los límites y el voluntarismo del movimiento psi contra el orden psiquiátrico “(...) *A falta de una revisión de esta situación, el desprecio de las actuaciones de la vieja política induce una forma sutil psicologismo por la cual el sujeto, se ha convertido en el último objetivo legítimo de un proceso de transformación completamente banalizado que se jacta todavía, no se sabe bien por qué, de las virtudes del progresismo. La desconfianza respecto de los poderes centrales, de las organizaciones estructuradas, desemboca en la apología de la sociabilidad convencional en la que los problemas de la vida cotidiana se autogestionen en un marco asociacionista que hace de los militantes reconvertidos los herederos de las viejas damas de beneficencia...*” (Castel, 1984, 14)

Retomando la “*desmesura*” de Negri (2008) como expresión de la producción de subjetividad en tanto potencia vital, no aspiramos a una resolución cerrada para los conflictos, si no a encontrar allí un sentido genealógico para pensar en un proceso histórico, sin un final único y previsible, que incluye el riesgo y el fracaso. La “*desmesura*” también nos remite a lo inconmensurable, a ese *algo más*, el *más allá de*, que se juega en el desafío, en el sostener una decisión, en poner el cuerpo.

Abordar el compromiso de los trabajadores incorpora una perspectiva ética a partir de la conceptualización de una subjetividad que se constituye en la resistencia, en la producción de poder en el sentido de libertad. Desde nuestras interpretaciones se describe con las categorías: sostener la decisión con el cuerpo, disponer recursos y tareas por procurarlos, desafiar y resistir a la/s autoridad/es (en su diversidad), y generar demandas y construir respuestas en un nosotros dentro de *relaciones de cuidado*.

La ubicación del sentido estratégico de las prácticas, en lo que decidimos llamar *sostener la decisión*, pensamos que esta expresión que emerge de los testimonios, es la forma más elocuente que encontramos para nombrar el compromiso psicosocial como *subjetivante*, para significar lo estratégico aludimos a prácticas de libertad y de resistencia o “*apoderamiento*” (Chapelo Mendoza, 2007), retomando el concepto de relaciones de poder de Foucault.

Los *emergentes* de los relatos permiten conocer cómo desde la intimidad de las prácticas se hace presente el compromiso psicosocial de los trabajadores, donde se mixturan las distinciones realizadas en nuestro análisis sobre los aspectos técnicos y estratégicos (modalidades y lineamientos), los posicionamientos ideológicos y políticos (cambio de paradigma), el pensamiento mestizo para identificar lógicas manicomiales-antimanicomiales, así como, las vulnerabilidades y resistencias. Lo que conlleva un

reconocimiento de la vulnerabilidad del otro y de la propia. ¿La legislación vigente ayuda a fortalecer/fortalecerse?

Finalmente, durante la tesis Investigación e Intervención se fueron entrelazando en todo el proceso, la “*implicación*”(Enriquez, 1994 y Loureau, 1988) y la “*reflexividad*”<sup>81</sup> (Guber,2001) de los trabajadores depositada en nosotros a través de sus relatos nos habilita a pensar en una co-construcción de conocimientos y en la posibilidad de participar de los cambios a partir de incorporarlos en la formación de futuros trabajadores de la salud mental, y en los ámbitos de discusión y propuestas con otros trabajadores. La construcción misma de esta tesis fue un avance en ese camino al propiciar espacios de encuentro.

---

<sup>81</sup> La relación entre *implicación* y *reflexividad* se aproxima a lo ya planteado desde la lectura que hace Guber, (2001) retomando la influencia de la *etnometodología* acerca de este último término.

## Apéndice

(Acá irían todos los documentos)

## Referencias bibliográficas

Agamben, G. (2007) “Qué es un dispositivo”. *Sociológica*, 26, (73), 249-264, mayo-agosto de 2011. (La traducción es de Roberto J. Fuentes Rionda, de la edición en francés: Giorgio Agamben, *Qu'est-ce qu'un dispositif?*, Éditions Payot & Rivages, París, 2007)

Alberdi, J. (2003) *Reformas y Contrarreformas, Políticas de Salud Mental en la Argentina*. Rosario: UNR Editora.

Alberdi, J. (2006) “El estado pavoroso de la locura en la Argentina” en *Cátedra paralela*, 3, 37-47. Recuperado de [http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev\\_articulos/arti00033f001t1.pdf](http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00033f001t1.pdf)

Almeida Filho, N. de y Silva Paim, J. (1999) “La crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médico Sociales*, (75), 5-30.

Alonso, E. L. (1995) “Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa”. Recuperado de [http://www.google.com.ar/search?q=alonso+referencial+y+modal+expresivo&oq=Alo&ags=chrome.0.69i59j69i57j0l4.2897i0j7&sourceid=chrome&es\\_sm=122&ie=UTF-8](http://www.google.com.ar/search?q=alonso+referencial+y+modal+expresivo&oq=Alo&ags=chrome.0.69i59j69i57j0l4.2897i0j7&sourceid=chrome&es_sm=122&ie=UTF-8)

Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*, (1ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asoc. Madres de Plaza de Mayo.

[Ardila Gómez, S. E. \(2009\) “Lo comunitario y la transformación de la atención en salud mental en el contexto de las reformas sanitarias pro Mercado: Estudio de caso – Bogotá”](#). *Investigaciones en Psicología* 209, 14(2), 7-23. UBA.

Badiou, A. (2000) “Movimiento social y representación política”. *Acontecimiento*, (19-20). Conferencia del día 24 de abril del 2000. Recuperado de [www.grupoacontecimiento.com.ar](http://www.grupoacontecimiento.com.ar).

Banchs, M. A. (1994). “Desconstruyendo una desconstrucción: lectura de Ian Parker (1989) a la luz de los criterios de Parker y Shotter (1990)”. *Papers on Social Representations - Textes sur les Représentations Sociales (1021-5573)*, 3 (1), 1-138. Presentado en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología, Santiago de Chile en julio de 1993.

- Bang, C., y Stolkiner, A. (2013). “Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes”. *Ciencia, docencia y tecnología*, 24(46), 123-144. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4696604>
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Barcelona: Barral Editores.
- Berra, C.; et al. (2007). “La vulnerabilidad política una nueva dimensión en salud mental”. *Marginalidades. Año V (4)*. FFyH.UNC
- Boggio, C., et al (2006) “Informe de primera etapa del proyecto de investigación sobre el tema La modificación de los hábitos y rutinas diarias de personas afectadas por la catástrofe hídrica de la ciudad de Santa Fe”. *Chilena de Terapia Ocupacional*, (6), Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/109>
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. México: FCE.
- Bozzolo, R. (s.f.) “Subjetivaciones en docencia universitaria. Experiencia y experimentación” [notas borrador de un artículo para una publicación de la cátedra de Psicoterapia II de la Fac. de Psicología de la UNLP]. Apunte de su seminario dictado en MIIPS/UNC. (mimeo)
- Breihl, J. (2011). “Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud”. Capítulo de libro publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). (Fue presentado en reunión del Movimiento por la Salud de los Pueblos en Rio de Janeiro durante Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador). Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>
- Breihl, J. (2013) “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Salud Pública*, 31, (1), 13-27. Universidad de Antioquía.
- Butler, J (2006) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos aires: Paidós.
- Castel, R. (1984) *La gestión de los riesgos*. Barcelona: Anagrama.
- Castoriadis, C. (1993). *La institución imaginaria de la sociedad*. Vol. 1. Buenos Aires: Tusquets editores
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las Huellas de la Memoria I. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I (1957-1969)*. Buenos Aires: Topía.
- Coffey, A. y P. Atkinson (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Cohen, H. et al (1994) *Políticas en Salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Chapelo Mendoza, M. (2007) “Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria”. En: Jarillo Soto, E. y Guinsberg, E. (Ed.). *Temas y desafíos en salud colectiva (345-373)*. Buenos Aires: Lugar Editorial.



Davoine F. y Gaudillière, J. (2011). *Historia y trauma. La locura de las guerras*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research”. En: Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (Eds.): *Handbook of Qualitative Research* Cap. 1. California: Sage Publications. (Traducción en castellano s/d).

Domenech M., Tirado F. J., Traveset S., y Vitores A. (1999). “La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones”. *Educación Social*, (12), 20–32. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/viewFile/171002/241807>

Donda, C. (2005) *Lecciones sobre Michel Foucault. Saber, sujeto, institución y poder político*. Córdoba: Editorial científica universitaria de Córdoba.

Dubet, F. (2006) *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Barcelona: Gedisa.

Enríquez, E. (1994). “La psicología en la encrucijada”. *Internationale de Psychosociologie*, I, (1). Université Paris VII. (Traducción Ana Correa. UNC).

Faraone, S. A. (2003). *La desinstitucionalización: un modelo alternativo para los abordajes en salud mental o una política de reducción económica-administrativa*. (Tesis de Maestría presentada al Instituto de Investigaciones en Salud Pública. Universidad Nacional de Buenos Aires). Comunicación presentada en: 4º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2003. Psiquiatria.com., Febrero de 2003, Buenos Aires. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/2448>

Faraone S. y Valero A. (2013) *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Fernández, A. (2009) “Las diferencias desigualadas: multiplicidades, invenciones políticas y transdisciplina. *Nómadas*, 30, 22- 3. Universidad Central. Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/noma/n30/n30a3.pdf>

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar, Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Foucault, M. (2001). “El sujeto y el poder”. *Revista Mexicana de Sociología* [online], 50, (3.), 3-20. Recuperado de <http://links.jstor.org/sici?sici=0188-503%28198807%2F09%2950%3A3%3C3%3AESYEP%3E2.0.CO%3B2-A>

Fränkel, D. (2004) “Políticas sociales en el espacio de la salud pública: análisis de caso aplicado a la desinstitucionalización en salud mental”. II Congreso Nacional de Políticas Sociales, Mendoza, septiembre 2004.

Galende, E. y Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Galende, E. (2008). “Desmanicomialización institucional y subjetiva”. *Psicoanálisis*, 30(2/3), 395-427. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Conferencia-E.-Galende.pdf>

Gerlero, S. y Augsburger A. C. (2012). *Políticas y planes en salud mental de la provincia de Santa fe, en el año 2007*. [Ponencia presentada en: Facultad de Ciencias Sociales, UBA]. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Recuperado de

<http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/.../ponencia-gerlero-viiiisyp>

[Germain, M. \(2008\), "Alberdi, José María. Reformas y contra reformas, políticas de salud mental en la Argentina". \(Reseña\). \*Reseñas bibliográficas de Historia y Ciencias Sociales en la red\*, 1, \(1\), 19-21. Rosario: UNR. Recuperado de <http://www.revista-digital.ceemi-unr.com.ar/numero1/pdf/Germain.pdf> ISSN. Es una publicación del Centro de Estudios Espacio, Memoria e Identidad de la Universidad Nacional de Rosario, pp. 19-21.](#)

Goffman, E. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Glaser, B. y Strauss A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.

Granda, E. (2000) "La metáfora de la Vida en el pensamiento de Edmundo Granda". *Facultad Nacional de Salud Pública*, 18, (2), 83-100

Granda, E. (2004). "¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?". *Cubana Salud Pública*, 30(2).Universidad Nacional de Loja. Organización Panamericana de la Salud.

Guber, R. (1991). *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Editorial Legasa.

Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo editorial norma.

Jarillo Soto, E. y Guinsberg, E. (2007). *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Laclau, E. y Mouffe C. (2010). *Hegemonía y estrategia socialista*. Buenos Aires: Fondo de cultura Económica.

Lewcovicz, I. y Corea, C. (2004) *Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas*. Buenos Aires: Paidós.

Lourau, R. (1988). "Grupos e institución". En *Perspectives de L'analyse Institutionelle*, París, Meridiennes Klincksieck (Ed.). (Traducción: Marcelo Carrillo, de la Universidad Iberoamericana de México, D. F.)

Malachevsky, J. (2014). "El desprecio a la fragilidad. Salud mental, norma y síntoma". *+E*, (4), 14-21. doi: [www.dx.doi.org/10.14409/extension.v1i4.4584](http://www.dx.doi.org/10.14409/extension.v1i4.4584)

Manero Brito, R. (1990). "Introducción al análisis institucional". *Tramas*, (1). México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana

Mental disability rights international (MDRI) y Centro de estudios legales y sociales (CELS) (2007). *Vidas Arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Washington, D.C.: MDRI y Bs. As. : CELS.

Montenegro Martínez, M. y Pujol Tarrès, J. (2003) "Conocimiento situado: un forcejeo entre el relativismo construccionista y la necesidad de fundamentar la acción".

*Interamericana de Psicología*, 37(2), 295-307, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Muñoz C. Y Fernandez F. (2014). “El estudio de las significaciones en los procesos de integración en la educación pública. El punto de vista docente”. Ponencia presentada en la primera jornada de los posgrados de metodología de la investigación: Desafíos profesionales y prácticas académicas en el campo de la investigación y la producción metodológica. Facultad de Ciencias Económicas/UNER, 5 y 6 de Junio de 2014, Paraná.

Muñoz. C. (s.f.) *Lecturas del cuerpo-del-paciente*. Paraná: EDUNER. En prensa.

Murekian, N. (2006). *La desmanicomialización en los media: representaciones sociales y construcción de la reforma psiquiátrica*, artículo basado en los avances de la tesis de doctorado: Salud Mental y Representaciones Sociales: Estructuras, Procesos y Contextos - De la desmanicomialización y sus impactos representacionales en población adulta y en grupos de expertos. Ciudad de Viedma y Ciudad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Murekian, N. M. y Valencia, J.F. (2007). *Desmanicomialización como analizador psicosocial en el estudio de las representaciones sociales de la salud mental. Grupos etáreos como eje de interpretación de la evolución de las políticas públicas*. [Simposio]. V Jornada Internacional y III Conferencia Brasileira sobre representaciones sociales, del 31 de Julio al 03 de Agosto del 2007. Brasilia. Recuperada de [http://www.vjirs.com.br/completos/VJIRS\\_0420\\_0169.PDF](http://www.vjirs.com.br/completos/VJIRS_0420_0169.PDF)

Murekian, N. (2009). *La “desmanicomialización” en internet. Representaciones sociales y procesos de nominación*, [Simposio: representaciones sociales y discursos]. VI Jornadas internacionales de representaciones sociales, III Jornadas nacionales de representaciones sociales “perspectivas en representaciones sociales: diálogos y debates”, 28, 29 y 30 de noviembre de 2009, Buenos Aires República Argentina.

Mutazzi E; Vismara E; Coll L (2002). *La problemática de larga institucionalización y el revolving door en el CRSM*. [Informe]. Rosario. Recuperado de [http://www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/Mesa\\_17/muttazzi\\_y\\_otros.pdf](http://www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/Mesa_17/muttazzi_y_otros.pdf)

Negri, A. (2008). *La fábrica de porcelana*. Barcelona: Paidós.

OPS/OMS (1990). *Declaración de Caracas*. Venezuela.

OMS (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. Ginebra: Ediciones de la OMS. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)

OMS/OPS (2009). *Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental*. [Resultados en Argentina]. Ginebra: OMS/OPS. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/coleccionOPStitulo.html>

Paganizzi, L. y otros (2007). *Terapia Ocupacional psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios*. Buenos Aires: Polemos.

Pollak, M. (2006) *Memoria, olvido, silencio. La producción social de identidades frente a situaciones límites*. La Plata: Ediciones al margen.

Pujal y Llombart, M. (2003) “La tarea crítica: interconexiones entre lenguaje, deseo y subjetividad”. *Política y sociedad*, 40(12), 129-140. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Rodríguez, A. (2007) “De la promoción de Salud Mental a la producción de Salud. La concepción de lo comunitario en la implementación de Proyectos Sociales” (Ponencia presentada en el 1er. Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria, organizado por la Universidad Politécnica Salesiana, agosto, 2007). *Académica Alteridad*. (2). Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador. En Mañana, Ma. Irene y Boada, Ma. José (comp.) (2008) *Memorias del I Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria* (105-121). Quito, Ecuador: Ed. Abya-Yala.

Rosendo, E. (2011). *Desafíos en la implementación de la Ley Derecho a la Protección de la salud Mental (Ley N° 26.657)*. IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Buenos Aires. Recuperado de

<http://webiigg.socials.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/principal.php?resumenid=31>

Sans, D. (2012.). *Tratos de locura por Macedonio*. Río Negro. Inédito.

Schmuck, M. S. y Serra M. F. (2008) “Sustitución de lógicas manicomiales: De las perplejidades a los desafíos”. Santa Fe. Recuperado de <http://gruposaludmentalfts.files.wordpress.com/2014/01/sustitucic3b3n-de-logicas-manicomiales.doc>

Silva Paim, J. (2011) *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Solitario, R., Garbus, P., y Stolkiner, A. (2007). “Atención Primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental”. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 17(3), 63. Recuperado de [http://www.ambb.com.ar/trabajosrevistacientifica/1383\\_RCAMBBvol17\\_3\\_pag63\\_68.pdf](http://www.ambb.com.ar/trabajosrevistacientifica/1383_RCAMBBvol17_3_pag63_68.pdf)

Stolkiner, A. (1988). “Prácticas en salud mental”. *Invest. educ. enferm*, 6(1), 31-61. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=82143&indexSearch=ID>

Stolkiner, A. (1994). “Tiempos “posmodernos”: ajuste y salud mental”, en: Saidon, O.; Troianovski, P. *Políticas en salud mental* (25-53). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Stolkiner, A. (2010). “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”. *Medicina Social*, 5(1), 89-95. Recuperado de <http://www.socialmedicine.info/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/Article/410>

Vallés, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). “La investigación cualitativa”. En: Vasilachis de Gialdino, I (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*, (23-64). Barcelona: Gedisa.

### Otras fuentes consultadas

#### Documentos del marco normativo-legal:

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 -sancionada en 2010- Decreto Reglamentario 603/2013

Ley Provincial de Salud Mental de Santa Fe- Ley N° 10772/91- Decreto Reglamentario N° 2155/2007.

Plan Estratégico Provincial Santa Fe. Visión 2030 /Antonio Bonfatti y Rubén Galassi. - 1a ed. - Santa Fe: Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado de la Provincia de Santa Fe, 2012.

### Otras fuentes citadas

#### Documentos inéditos:

Documento de trabajo: “La salud mental desde una perspectiva de derechos. Implicancias en las prácticas de los trabajadores de la salud” elaborado por la Abogada Cecilia Mussi, en el marco de su participación actual en el proyecto de investigación CAI+D/UNL: “Ocupación y salud mental: supuestos y concepciones de los integrantes de equipos de Salud Mental a partir de la implementación de ley provincial de Salud Mental N° 10772/91”. Santa Fe.

Documento de trabajo para tesis de la maestría en salud mental de la UNER. Elaborado por la Terapeuta Ocupacional Cecilia Testoni. Año 2013. Santa Fe.

Documento de trabajo “Significaciones de ocupación, salud mental y peligrosidad que poseen los integrantes del Equipo perteneciente a la Dirección Provincial de Salud Mental

( D.I.S ) en el Instituto de Detención “La Capital”, Unidad 2 Las Flores, Santa Fe”.  
Elaborado por el Mag. Mauro Demichelis para su presentación en el Congreso Argentino de Terapia Ocupacional 2015, en la ciudad de Paraná.

Documento de trabajo “La prevención del consumo excesivo de alcohol en adolescentes de escuelas medias de la ciudad de Santa Fe” Elaborado por la Ps. Verónica Martínez para su presentación en capacitación en Salud mental (s.f.), en la ciudad de Santa Fe.

## Anexo

En este anexo se ofrece una colección de notas publicadas en el diario “El Litoral”<sup>82</sup> que tienen por protagonistas a distintos trabajadores y funcionarios de la salud mental de Santa Fe. Las notas fueron seleccionadas en función de que los dichos actores realizan allí descripciones situadas en contexto y en un período de tiempo, coincidentes con los participantes de la investigación. De esta manera se espera ilustrar algunas referencias de los relatos y sobre el apartado acerca de las políticas de salud mental en Santa Fe, del capítulo 1. La recolección de estas notas se comenzó a realizar al mismo tiempo que se elaboraban los primeros bosquejos del proyecto de investigación lo que en ese momento permitió un primer acercamiento al tema, luego se continuó con la recolección durante la escritura del informe de la tesis. Y si bien no forma parte del corpus de documentos analizados fue valiosa la información aportada en tanto permitieron recomponer algunos datos que aparecen reflejados en el informe, como por ejemplo, las profesiones de los trabajadores que conforman los equipos interdisciplinarios, la composición intersectorial, y las distintas concepciones que se intentó transmitir a la comunidad santafecina acerca

---

<sup>82</sup> “El Litoral” es una referencia por su existencia de más de 90 años en la provincia de Santa Fe; tiene llegada principalmente en la capital y la región norte de la provincia, siendo el de mayor tirada en esa zona y cuenta con puntos de venta en las principales ciudades del país y países limítrofes, además de su actual versión *on line*.

de la salud, la salud mental y las propuestas de atención, así como la expresión de algunas opiniones acerca de cómo se vienen dando los cambios en esta área teniendo en cuenta la legislación vigente. Se destaca que en cada nota se le da la palabra a alguien que se presenta desde el medio gráfico como destacado y con autoridad en el tema, ya sea por la función que cumple en la gestión de gobierno o institucional, o bien por su amplia trayectoria reconocida dentro del campo, o en otro caso por ser representantes de los trabajadores del sector.

Listado de links para consulta *on line* de los artículos

<http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2004/05/23/metropolitanas/AREA-03.html> (tema: inundación 2003)

<http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2007/01/26/metropolitanas/AREA-04.html> (tema: creación equipo infancias 2007)

<http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2011/08/12/metropolitanas/AREA-01.html> (tema: cambio de autoridades salud mental 2011)

<http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2011/08/15/metropolitanas/AREA-09.html>

(tema: cambio de autoridades salud mental 2011)

<http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2012/02/19/politica/POLI-01.html> (tema: política dirección salud mental 2012)

[http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2012/02/19/politica/POLI-02.html?otras\\_interior](http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2012/02/19/politica/POLI-02.html?otras_interior)

(tema: trabajadores de salud mental enfermería 2012)

<http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2014/04/04/metropolitanas/AREA-02.html>

(tema: reclamos colegios profesionales 2014)