

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO



TESIS DE MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL

**Proceso de Implementación de la Ley Nacional de
Salud Mental (26657) en el Servicio de Salud Mental
y Adicciones de Puerto Madryn (2008-2018)**

LIC. CLAUDIA LORENA GARCIA

DIRECTORA: Dra. Mara Paula Danel Co-Directora: Marcela Inés Freytes Frey

COMODORO RIVADAVIA

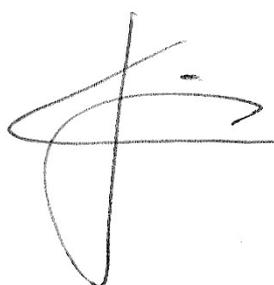
CHUBUT

ARGENTINA

2022

PREFASIO

Esta tesis se presenta como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Maestría en Trabajo Social, de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en ésta Universidad u otra. La misma contiene los resultados obtenidos durante el periodo comprendido entre febrero del año 2017 y febrero del año 2022, bajo la dirección de la Dra. Paula Mara Danel y Co- Dirección de la Dra. Marcela Freytes Frey.



	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO <i>Secretaría de Posgrado</i></p> <p><i>La presente tesis ha sido aprobada el .../.../..... , mereciendo la calificación de(.....)</i></p>
---	---

RESUMEN

Esta tesis indaga las transformaciones en las dimensiones simbólica y de las prácticas, producidas a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, en el Servicio de Salud Mental y Adicciones (SSMyA) del Hospital Zonal Andrés Bello de Puerto Madryn, en el periodo 2008-2018. Desde una investigación cualitativa con modalidad descriptiva y exploratoria, se realizó una lectura del campo de la Salud Mental, de sus trabajadores y trabajadoras entendiendo que en este – complejo- proceso se produjeron avances y retrocesos que se plasmaron en modificaciones tanto en las formas de concebir y llevar a la práctica las intervenciones desde el Servicio de SMyA, como en la propia estructura hospitalaria que alberga a este Servicio. Así, también se intentará dar cuenta de las perspectivas vigentes y la actual configuración de las políticas de salud mental implementadas. El corpus de investigación se configuró con entrevistas realizadas al personal jubilado y en actividad; Funcionarios; Documentos Oficiales y Encuesta Abierta; las que fueron analizadas a la luz al entramado teórico.

ABSTRACT

The objective of the present thesis is to investigate the symbolic and practical changes that took place in the Mental Health and Addictions Department at Zonal Hospital Andrés Bello in Puerto Madryn, (From 2008 to 2018) after the mental Health Federal Law (26657) was passed.

The qualitative research was carried out from an explanatory and descriptive mode. This process requires the involvement of all the Mental Health staff. There were ups and downs that require modifications in the department, and even in the hospital structure. Also, the present perspectives and mental health policies will be stated. The research corpus was developed from interviews to both, retired and active mental health professionals, public servants, official documents and open surveys, analysed from a theoretical framework.

AGRADECIMIENTOS

Son muchos los que sabiendo, o sin saber, han aportado para que esta tesis se haya hecho realidad. El haberla escrito en tiempo de pandemia ha sido un doble desafío; pero encontré en el camino personas en las que pude apoyarme para avanzar; mi familia en primer lugar. Pero también en mis fieles compañeras Roxana Velázquez; Gimena Deguer e Inés Romero.

Desde mi espacio laboral debo agradecer a los que han colaborado prestándose abiertamente a las entrevistas; sugerencia de materiales -que me brindaron información valiosa-; a los espacios de revisión de prácticas y a la reflexión conjunta. Especialmente a mi amiga y compañera la Lic. Verónica Píriz por su lucidez, y esas largas y profundas conversaciones tan enriquecedoras.

Claramente sin el acompañamiento del Equipo Directivo de la Maestría; nada de esto hubiese sido posible. Gracias por su paciencia, calidez y ternura con la que me albergaron. A Dra. Martha Susana Díaz y a la Mg. Ana Lía Pomes, por esa pasión y fuerza que me contagiaron; y me ayudaron a no bajar los brazos en esos momentos complejos que siempre surgen.

Por supuesto a mi Directora Dra. Mara Paula Danel y Co-directora la Dra. Marcela Freytes Frey; las que me acompañaron en este proceso, con generosidad, humildad y escucha atenta.

También a aquellos profesoras y profesores de Seminarios que me movilizaron las estructuras que a una se le rigidizan con el tiempo; y que dejaron marcas que pude recuperar a la hora de escribir: Alfredo Carballeda; Susana Malacalza; Susana del Valle Cazzaniga; Gabriel Carrizo; Sebastián Barros; Raúl Nicolás Muriete; y nuevamente a mis queridísimas Ana Lía Pomes y Martha Susana Díaz.

A cada una de estas personas; muchas gracias.

INDICE DE CONTENIDO

Introducción	1-2
Capítulo 1: Interrogando la Salud Mental	3
1.1 Fundamentación y Planteamiento del Problema.....	3-6
1.2 Objetivos y Preguntas.....	6-7
1.3 Estrategia Metodológica.....	7-8
1.4 Implicación en el tema de Investigación que se transforma en la Metodología.....	8-10
1.5 Entramado Conceptual de la Tesis.....	10-19
Capítulo 2: Contexto Nacional y su influencia en el provincial	20
2.1 Contextualizando la ley 26657.....	20-26
2.2 Las Políticas Sociales a Nivel provincial.....	26-30
2.2.1 Dos Periodos/ Dos Gestiones.....	30-31
2.2.1.1 Primer Periodo.....	31-36
2.2.1.2 Segundo Periodo.....	36-39
2.2.2 Disputa de Sentidos.....	39-43
Capítulo 3: El Servicio de Salud Mental y Adicciones de Puerto Madryn	44
3.1 Red Asistencial Socio Sanitaria Local.....	44-45
3.1.1 Respecto a lo edilicio.....	45-47
3.2“Lo Nuevo/Viejo”.....	47-56
3.3 El Proceso del Servicio en sus Tres Momentos.....	56
3.3.1 Primer Momento: de Incertidumbre (2008-2011).....	56-65
3.3.2 Segundo Momento: de Reconfiguración (2011-2014).....	65-78
3.3.3 Tercer Momento: de Resistencia (2015-2018).....	78-89
Capítulo 4: Problematizando e Identificando Tensiones	90
4.1 Problematizando el Aporte del Trabajo Social.....	90-99
4.2 El lugar del Usuarix, Familiar; un Lugar que Tensiona.....	99-104
Capítulo 5. Conclusiones que abren nuevos caminos de reflexión y resignificación	105
5.1 Pensar en la Plena Aplicación de la Ley.....	105-107
5.2 La Problemática de Consumo; algo que Atravesamos como Sociedad.....	107-110
5.3 Respecto al Desafío en las Prácticas/Intervenciones.....	110-113
Bibliografía.....	113-121

INTRODUCCIÓN

Esta tesis tiene como objetivo general, indagar las transformaciones en la dimensión simbólica y de las prácticas que se produjeron, a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, en el Servicio de Salud Mental y Adicciones¹ del Hospital Zonal Andrés Isola de Puerto Madryn, en el periodo 2008-2018. Desde una investigación cualitativa con una modalidad descriptiva y exploratoria se intenta realizar una lectura del campo de la Salud Mental y sus Trabajadoras y Trabajadores. Se realiza entendiendo que en este complejo proceso se produjeron avances y retrocesos que dejaron sus huellas. Conformando modificaciones tanto en las formas de concebir y llevar a la práctica las intervenciones desde el Servicio de SMyA; así como en la propia estructura hospitalaria que alberga a este Servicio. Así también se intenta dar cuenta de las perspectivas vigentes y la actual configuración de las políticas de salud mental implementadas.

El mayor interés está centrado en el complejo campo de la Salud Mental en el cual he desarrollado toda mi trayectoria laboral. Tuve la oportunidad de transitar el proceso de transformación de las políticas de Salud Mental en la Provincia del Chubut y descubrí en este campo una oportunidad única para la intervención del Trabajo Social. La Salud Mental se nos presenta como un escenario posible para la conquista de los Derechos Humanos; y como un escenario en el cual podemos ver, en tanto escenario socio-político, la manifestación de la Cuestión Social. Mi recorrido laboral, me permitió ver y transitar las tensiones y obstáculos que se presentaban a la hora de implementar las políticas sociales. Así también pude ser parte del impacto que generó para los equipos de trabajo de Salud Mental, el desafío de construir un cuerpo teórico y práctica sistematizadas conjuntas; que fueran superadoras de las especificidades disciplinares.

La presente tesis está estructurada en 5 capítulos. En el Capítulo 1, se introduce al fundamento y planteamiento del problema que investigamos. También se aborda el objetivo general; las preguntas y objetivos específicos que guiaron la investigación. Intentando mostrar la interrelación existente entre los planos macro, meso y micro. Así también se alude a la estrategia metodológica utilizada; aclarando la implicación personal en el tema de investigación; la que se transforma en parte de ésta metodología. Luego en el Capítulo 2, se aborda el Contexto Nacional y su influencia en el Provincial; y se particulariza en las diferentes y tensionadas representaciones simbólicas de la Salud Mental. En el capítulo 3, acercándonos al Servicio de Salud Mental y Adicciones de Puerto Madryn, se intentará dar cuenta de cómo

¹ A partir de aquí se expresará como Servicio de SMyA. Es importante aclarar que durante el recorrido de la presente tesis, se hace referencia al Consumo Problemático como “Adicciones”; intentando ser fiel al nombre con que es referenciada la problemática en cada una de las entrevistas y documentos oficiales.

se dio el proceso de aplicación de la ley y las modificaciones que pudieron detectarse. En el Capítulo 4, se problematizará el Aporte del Trabajo Social al campo de la Salud Mental. Por otra parte, se realizará una aproximación a la dificultad de colectivizar los reclamos por parte de Usuarix, Familiares y Vínculos en general. Y por último, en el Capítulo 5 se buscará establecer las “conclusiones” que pretenden abrir interrogantes; nuevos posibles caminos de reflexión y de resignificación.

CAPÍTULO 1: INTERROGANDO LA SALUD MENTAL

1.1. Fundamentación y Planteamiento del Problema

El tema se centra en el campo de la Salud Mental; considerando las reflexiones de Hermida M. (2018, p.5), la investigación en Trabajo Social no implica investigar sobre Trabajo Social, sino sobre la realidad social, y particularmente sus desigualdades, las diferentes manifestaciones de la cuestión social, las subjetividades que se construyen, los padecimientos que los sujetos atraviesan, las configuraciones y los efectos que las políticas públicas generan.

En un primer acercamiento al campo; surge con fuerza la tensión/ lucha por la hegemonía de dos modelos o formas de concebir la Salud Mental: el ya instalado Asilar/Manicomial/Alienista/Monovalente y el de la Salud Mental Comunitaria. Podemos decir que la Salud Mental Comunitaria se pone en agenda para el estado; y logra coronarse con lo que fue la aprobación de la Ley Nacional N° 26657 (2010). Autorxs de diferentes orígenes disciplinares como Floreal Ferrara y Milcíades Peña, Juan Manuel Carballeda, Emiliano Galende, Alicia Stolkiner, no solo aportaron al debate en cuanto a las conceptualizaciones e historización del campo la Salud Mental desde una perspectiva Comunitaria; sino que también dan cuenta de cómo fue este procesos en diversos lugares de la Argentina. A nivel mundial, los grandes referentes de esta Reforma los encontramos en Europa; específicamente en Italia. Estos fueron Basaglia (la reforma de 1978 en Trieste); Franco Rotelli, Diana Mauri, Ota de Leonardis, quienes estimularon y ampliaron la discusión al interior del movimiento de Trabajadorxs y Usuarixs. Sería erróneo pensar que aquel proceso italiano que tanto éxito obtuvo, pueda simplemente ser transpolado y puesto en nuestro país, así sin más. Por el contrario, las particularidades de nuestro continente y de nuestro país; hicieron singular tanto su proceso, como las herramientas que se crearon para enfrentar los obstáculos; para avanzar o para resistir. Existen antecedentes de leyes, previas a la ley nacional, como las de las provincias de Río Negro; San Luis y la propia de Chubut.

La ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010, p. 12) en su artículo 3° establece que se reconoce la Salud Mental: como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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. Y se establece para ello, en el detalle de su articulado, modificaciones que apuntan a garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos humanos y sociales.

En un intento de aproximación al espíritu de la ley podemos hacer referencia a los Considerandos de la Reglamentación 603/13 de la ley 26657 versan:

Que la ley N° 26.657 regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina. Que en dicha ley prevalecen especialmente, entre otros derechos concordantes y preexistentes reconocidos por nuestra Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango Constitucional (conforme artículo 75, inciso 22 de nuestra Carta Magna), los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y equitativo, propugnándose la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Pero en la actualidad no deja de estar en discusión cuánto de lo que se legaliza a través de tratados, declaraciones y leyes, son finalmente llevados a la práctica. Por otra parte, en el intento de llevar a la práctica dichos preceptos, no resulta tarea sencilla dada la complejidad que implican las diferentes dimensiones que se ponen en juego en este proceso. También allí radica lo interesante del problema definido a investigar. El proceso intrínsecamente político de transformación o reforma, permite abordar el campo de la Salud Mental entendiendo que en él se entrecruzan las dimensiones de lo ético político, los marcos teóricos y el poder simbólico y económico.

En el año 2015 en el campo de la salud mental, y con ayuda de los medios de comunicación, se reavivan los discursos que intentaban instalar la inviabilidad y la inaplicabilidad de la ley.

Se reavivan, podría decirse, ciertos “mitos”; como por ejemplo: “la ley prohíbe las internaciones”; “la ilusión de seguridad -que siente para parte de la sociedad- si las personas se encuentran encerradas”; vuelve a resurgir el lugar de “loco-peligroso”. Incluso hubo un intento de modificación de la letra de la ley, a través de un Decreto Reglamentario, con un sentido opuesto al propuesto por la misma. Esto hizo que naciera el deseo de contar lo complejo y dificultoso de ese proceso; del cual fuimos parte junto a compañeros de otras disciplinas con los que conformamos un equipo de trabajo. Porque por otra parte, nuestra disciplina no puede quedarse como espectador pasivo cuando existe la posibilidad de poner en riesgo o vulnerar los derechos de las personas. Por el contrario, como manifiesta Hermida M. (2018, p.9), debemos seguir sosteniéndolos; reconociendo que una vez adquiridos ya no tienen vuelta atrás. Y nuestro posicionamiento tiene que ser desde el Estado; como parte de estas instituciones.

Porque donde no hay Estado, lo que queda como regulador del lazo social es el Mercado con sus lógicas perversas y excluyentes. El Estado y sus Instituciones están en nosotrxs; está en nuestra forma de hablar, de ejercer nuestro oficio, de entablar nuestra relación profesional, son nuestros criterios orientadores de las decisiones que tomamos.

No será el objetivo de esta tesis responder a la pregunta ambiciosa de si ¿es viable o efectivo un modelo de Salud Mental Comunitaria? Se intentará dar cuenta de las posibles transformaciones hacia ese horizonte. Así como también describir y analizar lo que fue posible desde el Estado y su Institución Hospitalaria en el Servicio de SMyA de Puerto Madryn a partir de la sanción de la Ley; sin dejar de lado los desafíos a los cuales continúan enfrentándose.

Para ubicarnos, el Servicio de Salud Mental de Puerto Madryn, depende del Hospital Andrés Isola; del Área Programática Norte y a su vez del Ministerio de Salud. La estructura del Ministerio está compuesta por efectores de distinta complejidad: 31 Hospitales (29 de ellos con camas para internación), 45 Centros de Salud de Nivel II y 41 Puestos Sanitarios. Administrativamente la provincia se divide en cuatro áreas programáticas que organizan la red de servicios.



Dentro del Área Programática Norte, se encuentra incorporada la ciudad de Puerto Madryn, que según el Censo del 2010 sorprendió a toda la región con un vasto crecimiento sobre la proyección de 81.315 pobladores. Datos del CENPAT_CONICET dan cuenta que esta población aumento 14 veces su volumen desde 1970 a 2010. Según proyección del INDEC al 2018, Puerto Madryn y Puerto Pirámides tenían 109.145 hab; Telsen: 1.551 hab; Gastre: 1387 y Gan Gan: 661hab. Haciendo un total de 112.744 habitantes que estarían cubiertos por éste Hospital cabecera. Las principales actividades productivas, tienen que ver con las Plantas de Procesamiento de pesados y mariscos. Por otra parte, las actividades relacionadas con el trabajo que se da en sus dos Muelles: transporte de pasajeros y de cargas; la Producción de Aluminio y el Turismo.

El Hospital Zonal Andrés Isola, es un hospital de cabecera que no sólo asiste a la población de Puerto Madryn, sino a toda el Área Programática Norte. Esta Área contempla 4 (cuatro) Hospitales Rurales (Puerto Pirámides, Telsen, Gan y Gastre); y 6 (seis) Puestos Sanitarios (Sepaual, Chacay Oeste, El Escorial, Yalalaub, Lagunita Salada y Blancuntre).

El Servicio de SMyA es analizado como parte de la estructura hospitalaria; contemplando cada uno de los Dispositivos que lo conforman. Para el análisis de la aplicación de políticas públicas nacional -ley Nacional N° 26657-; también se tendrá en cuenta su antecesora provincial - I - N° 384 (Antes Ley 5845)

1.2 Objetivos y Preguntas

Se intentará a lo largo del recorrido, pesquisar las transformaciones en la dimensión simbólica y de las prácticas que se produjeron, a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, en el Servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital Zonal Andrés Isola de Puerto Madryn, en el periodo 2008-2018. Contemplando sus singularidades; entendiendo que las particularidades históricas, culturales, subjetivas, políticas, etc.; fueron determinando, en cada lugar del país, su propia forma aplicación de la ley. Incluso podemos afirmar que dentro de la provincia del Chubut, esta aplicación se dio de manera diversa.

En función de aquel objetivo general, surgen las preguntas y objetivos específicos que guían la investigación; los que intentan contemplar los planos –que se interrelacionan continuamente- macro, meso y micro.

En un plano *macro*, se intenta identificar las tensiones que generan los diferentes sentidos asociados a los modelos de Salud Mental. Para ello las preguntas que guían son: ¿Cuáles eran las tensiones que se dieron en el campo de la Salud mental entre las diferentes representaciones respecto del modelo de Salud Mental? ¿Cuáles fueron los principales obstáculos que se presentaron a la hora de implementar la ley? ¿Qué actores apoyaron y quienes se opusieron a las mismas?

En un plano *meso*, se propone identificar las políticas públicas diseñadas desde el estado provincial para la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. Es decir, poder responder a ¿Cuáles fueron las decisiones políticas y políticas públicas adoptadas por el Estado Provincial para adecuarse a las normativas vigentes?

Y en un plano *micro*, se proponen tres objetivos específicos: Identificar las posibles modificaciones estructurales y del funcionamiento que se dieron en el Servicio de SMyA a partir de la Ley. Identificar el impacto de las premisas que promulga la ley en las prácticas de los equipos de Salud Mental. Describir el proceso de conformación de los equipos interdisciplinarios, teniendo en cuenta la incorporación de disciplinas no “psi”, dentro del Servicio de SMyA. Para ello, se proponen las preguntas acerca de ¿Cómo se configura el funcionamiento del Servicio de SMyA y sus equipos de trabajo en la actualidad? ¿Cómo son

resignificadas en las prácticas las premisas que promulgaba la ley nacional en los equipo de salud mental generando otras perspectivas de abordaje de la salud mental? ¿Cómo impactó la incorporación de disciplinas no tradicionalmente “psi” en el equipo de trabajo? ¿Cómo se dio la incorporación del Trabajador Social al Servicio de SMYA? ¿Cuál es el lugar que se le asigna a la profesión dentro del equipo de trabajo?

1.3. Estrategia Metodológica

La investigación se sustentó en un estudio *exploratorio y descriptivo* de corte cualitativo. Se consideró como más adecuado para el estudio de un campo complejo e interdisciplinario como el de Salud Mental; un tipo de investigación *Cualitativa* ya que permite dar cuenta de los procesos, desde la perspectiva de sus protagonistas.

El estudio se apoya además en el análisis de los documentos existentes, que sirven como contrareferencia y/o sostén de los datos obtenidos mediante las voces de los equipos entrevistados.

El estudio se realiza sobre un subsector de la Salud, la Salud Mental; y a su vez dentro de la estructura hospitalaria se analizan los diferentes Dispositivos que componen el Servicio de Salud Mental y Adicciones. El recorte temporal del 2008 al 2018, abarca dos años previos a la sanción de la ley nacional y uno de la ley provincial; determinando como corte final el año en que se comienza con la investigación de la presente tesis. Esto permite observar cómo era el funcionamiento previo a la aplicación de las leyes y los avatares posteriores a la misma.

Se utilizan como herramientas primordialmente las entrevistas abiertas o semi estructuradas a Funcionarias y ex funcionarias: Referentes de la Dirección del Hospital, Jefxs del Servicio de Salud Mental, Directoras Provinciales de Salud Mental. Trabajadorxs del Servicio de Salud Mental actual y las que se han retirado del sistema público. Así también se realiza una Encuesta abierta y anónima, a un total de 39 personas del servicio. Se invita a todo el personal que depende de la Jefatura del Servicio de Salud Mental; la RISAM²; y Enfermería de la Internación de SM- aunque su dependencia jerárquica pertenece a otra Jefatura-.

También se cuenta con materiales escritos: anotaciones en el cuaderno de campo; registros bibliográficos; artículos académicos y periodísticos; versiones taquigráficas del debate sobre el proyecto de ley; análisis de datos estadísticos; documentación oficial acerca de programas y

² RISAM: Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental.

evaluaciones de gestión anual; informes finales realizados por los Residentes de Salud Mental Comunitaria, en su segundo año.

1.4. Implicación en el tema de investigación que se transforma en la metodología

Esta tesis busca investigar desde la propia experiencia de intervención. A fin de recuperar mi saber dentro del ámbito de la Salud Mental, desde la especificidad del Trabajadora Social. Como fuente de conocimiento; favorecido por los años de trabajo en el campo.

Según Vasilachis de Gialdino (1992, p 58 y 59) para favorecer los procesos de entendimiento, el investigador debe participar en el contexto que analiza; a fin de captar el sentido de la acción de los participantes y comprender las estructuras significativas. Los individuos, para comunicarse, interpretan significados que son, además, creados en la interacción cotidiana. El observador, por lo tanto, debe participar para poder recuperar los puntos de vista y las perspectivas de los participantes. Para esto, es necesario un método *Etnográfico*; algunas de sus técnicas ayudaron a comprender el campo de estudio considerando el significado que los actores le dan a las acciones y de los sucesos. Esto se ve favorecido por mi lugar de observadora participante, por mi incorporación en el año 2007 en el Área de Salud Mental; y desde el 2009 en este Servicio de Puerto Madryn.

Hasta este periodo he trascendido por diferentes programas y he ocupado diferentes lugares de jerarquía dentro del Servicio de Salud Mental. En el año 2007 ingreso a lo que fuera el primer Programa de Equipos Itinerantes Rurales (Área Programática Trelew); donde tengo la oportunidad de realizar todas las capacitaciones que estaban pensadas para la formación de los Residentes en Salud Mental Comunitaria -las que se dirigían específicamente a estimular la aplicación de lo que sería posteriormente la ley provincial-. Luego en el 2009 ingreso al Servicio de Salud Mental de Puerto Madryn donde transito por el Hospital de Día; luego por el Primer Nivel de Atención- CAPS-; y la Internación -con un breve periodo de Coordinación de la misma-. Entre el 2011 y el 2013 ocupó el cargo de Jefa del Servicio; retornando en el 2013, y hasta la actualidad, a la Coordinación del Centro de Día de Salud Mental.

Este recorrido privilegió mi lugar para el acceso a los datos, documentos y entrevistados. Pero, por otra parte, al ser el campo de la Salud Mental donde ha transcurrido toda mi historia de inserción socio laboral, cuento de antemano con un conocimiento de su dinámica y una naturalización de la misma; por lo que fue un enorme desafío poder realizar esta investigación desde un lugar de *Extrañamiento*. Lins Ribeiro (2014) dice que el extrañamiento es “(...) como una unidad contradictoria: al ser, al mismo tiempo, aproximación y distanciamiento. Al estudiar

“su” propia sociedad el antropólogo busca (...) convertir lo familiar en exótico, usando una posición de extrañamiento. “(p. 195) Siguiendo el consejo de este autor, el *Descotidianizar* fue el posicionamiento que acompañó la investigación.

Podríamos decir que se ha realizado una *sistematización* de lo que fue el proceso de aplicación de la Ley Nacional N° 26657 en el Servicio de Puerto Madryn. Según Jara Holliday (2018) la sistematización de experiencias es un proceso “en los que intervienen diferentes actores y que se llevan a cabo en un contexto económico, social y cultural determinado, y en situaciones organizativas o institucionales particulares. Estos procesos socio-históricos son dinámicos y complejos, personales y colectivos” (p.52) Para lograrlo, hubo que hacer un esfuerzo de distanciamiento de la experiencia, para poder trascenderla; y tomar la voz de los que armaron equipo de trabajo en los diferentes momentos. Ligar la reflexión que emerge de lo que vivimos con otras aproximaciones teóricas; para comprender lo que estamos viviendo, más allá de la pura descripción o inmediatez.

En este mismo sentido Hermida M. (2018, p.1) nos invita a “deconstruir miradas”; tarea realmente muy difícil. Generalmente nos preguntamos por las cosas que miramos, pero no por cómo miramos las cosas. Deconstruir una mirada es una apuesta muy ambiciosa y muy valiente. Implica animarnos a devenir otrxs, a cambiar la posición desde donde miramos.

Una de las mayores críticas que se nos hacen y nos hacemos los Trabajadorxs Sociales es la ligazón exclusivamente al “hacer”, a la ejecución o práctica; a la no construcción de aportes teóricos a partir de ella. Porque existe la falencia de escribir poco de los procesos en los que participamos. El acto de intervenir, es mucho más que hacer; ya que no es posible intervenir sobre lo que no se sabe. Si no lo sé, no lo veo. Por ello, el constructo teórico está siempre presente como guía y dirección de nuestras intervenciones. Es aquí donde cobra importancia tenerlos presente, en continua relación con la práctica y en revisión; pues serán los que enriquezcan nuestros marcos teóricos.

Una forma de capitalizar el conocimiento que vamos construyendo, es escribir sobre ello. Como explica Jara Holliday (2018, p. 6), hablar de otro “me constituye a mí misma, me sitúa en un lugar en el que definitivamente seré parcial, pues tengo una posición que me impide ser neutral. Situar mi conocimiento implica también reflexionar sobre la “objetividad” en la investigación científica.” Cariño Trujillo (2012, p 6 y 7), tomando a Donna Haraway (1995), cuestiona el concepto de *objetividad* así como la idea de la *neutralidad* como condición para que la realización de un trabajo pueda considerarse como científico. Los conocimientos situados implican responsabilidad, es decir, un posicionamiento crítico; en otras palabras, objetividad. Implica una relación social diferente, ya no de dominación; en el que es posible mirar y también ser mirado. Este posicionamiento no implica renunciar a la

objetividad/neutralidad; sino asumir el desafío de construir objetividad, desde esa perspectiva parcializada; con una mirada crítica sobre nuestros propios posicionamientos y los procesos.

Para Hermida (2018, p.7) los procesos donde intervenimos tienen que ser para nosotros también textos a leer, a significar. Deconstruir miradas implica que podamos mirar con otros ojos el territorio o la institución, con otras lentes; y sorprendernos de cuánto más podemos ver, y cuán distinto puede ser lo que veamos.

El propósito de la tesis es enriquecer la mirada sobre la población con la que trabajamos; poder aportar a quienes elaboran las políticas sociales; e intentar estimular modificaciones en las prácticas de los equipos.

1.5. Entramado Conceptual de la Tesis:

Para entender de qué hablamos cuando nos referimos al Campo de la Salud Mental deberemos ubicar algunos conceptos y definiciones. Se entenderá por *Campo* la conceptualización de Bourdieu (1990, p. 10 y 11):

“ es definido relacionalmente, es decir que centra su análisis en la estructura de relaciones objetivas —lo que presupone un espacio y un momento determinados— y establece las formas que pueden tomar las interacciones y las representaciones que los agentes tienen de su estructura y su posición en la misma, de sus posibilidades y sus prácticas. En consecuencia, el campo “es un sistema de posiciones y relaciones objetivas [...] que asume también una existencia temporal lo que implica introducir la dimensión histórica en el modo de pensamiento relacional”

Entonces las características del Campo son : a) espacios estructurados y jerarquizados de posiciones; b) donde se producen continuas luchas que redefinen la estructura del campo; c) donde funcionan capitales específicos, y d) un tipo de creencia (*illusio*) específica.

En este Campo relacional existen al menos dos grandes posiciones - cada una con un tipo de creencias específicas- que luchan por un capital (poder); por la construcción de hegemonía en pos de definir la estructura el campo de la Salud Mental. Esto se da como proceso histórico continuo. El que mayormente construyó hegemonía a lo largo de la historia fue el modelo asilar; que tenía como respuesta el manicomio; centralizando el poder en la psiquiatría. Las leyes, tanto nacional como la provincial, vinieron a darle cuerpo/materializar esta otra forma de concebir la Salud Mental; la que había mostrado sus pequeños avances en la década del 70' y fueron interrumpidos por el gobierno de facto (1976-1983). Posteriormente también fueron

afectadas por las políticas neoliberales de los años 90'. Es decir, el campo de la salud mental se estructura a partir de las luchas de los diferentes actores definidos por diversos intereses muchas veces contradictorios: corporaciones médicas y profesionales, laboratorios, Usuarixs, políticas públicas, poder judicial. Esta perspectiva es relacional y dinámica donde hay límites y estructura las cuales no son estáticas sino que se van configurando históricamente. Sería un tanto simplista si cada una de estas instancias pudieran identificarse como Instituido e Instituyente *per se*³; sin tener en cuenta que este proceso histórico, como explica Foucault a través de Lasalle (2015), no es una historia compacta, lineal y teleológica. La historia debe ser pensada como un espacio de dispersión donde las discontinuidades, las rupturas, son habituales.

Entonces se puede inferir que mucho de lo “Nuevo” (de este paradigma que marca la ley) ya venía siendo en la práctica; y mucho de lo “Viejo” (aun después de la aplicación de la ley) continúa en vigencia.

El ***Poder*** es un concepto que atraviesa todo el marco teórico. En relación a este concepto puede observarse que la propia transformación del sistema capitalista, hoy “de mercado”, nos lleva a tener que repensar de qué se trata. Byung-Chul (2016) señala que existen diferentes definiciones del poder: “el poder se asocia tanto con la libertad como con la coerción. Para unos se basa en la acción común; para otros, guarda relación con la lucha” (p.9) Este autor, refiere que el poder no se opone a la libertad. Por el contrario; “El soberano tiene que ser libre para poder *escoger* e imponer un determinado comportamiento.”(p.23) Diferencia el Poder del simple dominio, violencia o influencia. Señala que el poder se revela como tal, en su esplendor, precisamente cuando no es explícito, cuando no se tematiza como tal por parte de aquellos sobre los que se ejerce. Muy al contrario, es cuando el individuo asume como propia una voluntad que en realidad no es la suya, sino ajena; allí el poder verdaderamente interviene.

El concepto de la ***Salud Mental*** es una parte necesaria, si queremos pensar el concepto de la *Salud* como integral. Por otra parte, la necesidad de continuar visibilizándola como parte de la Salud; es una muestra de la lucha política e ideológica en la construcción de prácticas y significados respecto a la forma que históricamente se ha abordado la Salud. La definición de mediados siglo XX, intentaba contemplar un concepto de Salud más ampliado; la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definía como un bienestar no solo físico, sino también mental y social: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (Preámbulo de la Constitución de la Organización

³ Podrían ser herramientas de análisis si se estaría analizando un recorte específico de tiempo-espacio más acotado.

Mundial de la Salud)⁴ Esta definición fue muy criticada entendiéndose que no existe tal estado de “completo bienestar” en la vida de un sujeto. Sobre todo las ramas de la Epidemiología Crítica; la Medicina Social o Salud Colectiva; quienes problematizan acerca de la salud y la enfermedad como procesos sociales complejos destacando su dimensión histórica y colectiva. Se propone una superación del modelo biomédico, del paradigma positivista. Desde esta concepción de Salud integral; y la contemplación de los derechos humanos y sociales; podemos aseverar que “No hay salud, Sin Salud Mental”. No puede concebirse el concepto de salud sin tener en cuenta dichos procesos históricos, socio-económicos, culturales; además de los biológicos. Stolkiner & Ardila Gómez (2012) Pensándolo en términos de horizonte a alcanzar dicen que: “el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida” (p.3)

Se observa que el campo ampliado de la Salud- dentro de él, el de Salud Mental- comienzan a considerar la importancia de *lo Social*: el territorio; los lazos sociales; etc. Comienzan a ser imprescindibles, no sólo para entender y hacer mejores diagnósticos de las demandas que comienzan a aparecer; sino también para pensar las intervenciones más asertivas a la hora de dar respuestas y trabajar en el achicamiento de la brecha entre quienes necesitan la asistencia y los que la reciben.

La conceptualización de la **Salud**, desde una perspectiva más amplia, ya se podía ver como expresa Galende (2008) desde la Declaración de Alma Ata (1978). Según este autor:

“despsiquiatrizó” los problemas del sufrimiento mental, integrándolos a los cuidados de salud y además permitió comprenderlos en relación a la vida de las comunidades, de su cultura, de las condiciones de la vida social y económica.

Así también, podemos hacer una breve referencia a los antecedentes más importantes que sirvieron de cimiento para la Ley Nacional de Salud Mental y al cambio en las conceptualizaciones de Salud: La *Carta de Ottawa* (Ottawa, 1986); La *Declaración de Caracas* (Caracas, 1990); Los *Principios de Brasilia* (Brasilia, 2005) y El *Consenso de Panamá* (Panamá, 2010)

⁴ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Disponible en la página web de la Organización Mundial de la Salud, Preguntas más frecuentes: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.

Entonces el proceso que comienza a desarrollarse en la provincia surge sostenido y fundamentado por un posicionamiento claro de garantía de derechos; de tratamientos basados en la comunidad; y de enfrentamiento con lo que Stolkiner & Ardila Gómez, (2012, p.10) tomando a Eduardo Menéndez denominarían *Modelo Médico Hegemónico* y posteriormente *Bio-medicina*.

Este modelo tendría como características estructurales el biologismo, la concepción evolucionista-positivista y la ahistoricidad, asocialidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrada en la enfermedad. También eran sus características la mercantilización, su adhesión a la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras prácticas, la medicalización progresiva de crecientes esferas de la vida cotidiana y la relación asimétrica de poder entre sus actores (profesional- paciente, tecnócrata salubrista-población) Son lógicas de trabajo que se hacen presente de manera implícita en diversas prácticas sociales, ya sean jurídicas, médicas, psicológicas, económicas, políticas; prácticas que contribuyen hacia la medicalización. Este término puede ser muy ambiguo y tener muchos significados, entre ellos se relacionan con la apropiación por parte de la medicina de todo aquello que no es del orden médico, es decir la posibilidad de transformar en médico lo que es del orden de lo social, económico o político. Implica el no reconocimiento de los padecimientos subjetivos en la complejidad de los procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados. Estos procesos se incluyen en la trama social, de modo que el problema no está en la institución, sino en las lógicas de funcionamiento cotidianas y en cómo éstas se sostienen, o transforman el pasaje de un paradigma tutelar al paradigma de los cuidados. Desde esta perspectiva todos somos parte de la reproducción de las lógicas manicomiales o nos esforzamos para crear prácticas que rompan con esa lógica.

El abordar la Salud Mental como un campo amplio que excede la psiquiatría y la institución manicomial, nos lleva a pensar en la *Salud Mental Comunitaria*.

Lodieu en base a las conceptualizaciones de Berman, Clara, Galende y Stolkiner conceptualizan a la Salud Mental Comunitaria como:

“el nivel alcanzado de bienestar psicosocial de una población, su capacidad de organización y participación en la vida social-comunitaria, enmarcados en un contexto de democracia, solidaridad y convivencia armónica, que permita un desarrollo autónomo, potenciador de las capacidades individuales y colectivas, preparado para sostener y aceptar las diferencias individuales y colectivas, realizando actividades que garanticen el bien común para las actuales y las futuras generaciones.” (Lodieu, Longo, Nabergoi, & Sopransi, 2012)

La promoción de la Salud Mental Comunitaria incluye el fortalecimiento y la mejora de las condiciones de vida de la comunidad, así como la construcción de oportunidades preventivas y transformadoras de las situaciones de vulnerabilización psicosocial.

Desde esta línea de pensamiento, donde los objetivos, estrategias y tareas se enfocan en la promoción de la salud mental, la prevención de las problemáticas psico-sociales, el tratamiento integral y la rehabilitación de las mismas, basados en un modelo de orientación comunitaria; se hace inevitable pensar que no alcanza con una sola disciplina. Pensar en cuál sería la forma en que debe darse este trabajo; hace que surja como necesaria la *Interdisciplina*.

Adriana Sznajder (2010) considerando diferentes definiciones, dice que lo que caracteriza y define a los equipos interdisciplinarios es la presencia de:

“un conjunto de personas, con conocimientos y habilidades complementarias, el establecimiento de objetivos, con definición de niveles de logro esperados, el desarrollo de estrategias para alcanzarlos, la presencia de una tarea en la que esta estrategia se desarrolla, que no es lineal y que debe atravesar diferentes obstáculos, el desarrollo concomitante de sentimientos y valores que vinculan el conjunto de personas que conforman el equipo.” (p. 53)

Pero Emiliano Galende redobla la apuesta, diciendo que para hacer Salud Mental; se hace necesario construir una Transdisciplina. Una nueva disciplina que estaría construida con los aportes conjugados de las distintas disciplinas. Constituiría así un nuevo campo teórico y de prácticas. Su conceptualización y los procedimientos metodológicos serían el resultado de la imbricación de las distintas disciplinas.

Pero consideramos que si bien el objetivo puede ser el de lograr la *Transdisciplina*, ésta debe ser entendida como la plantea Alicia Stolkiner (1999, p.1): “como un momento de coincidencia y no un estado permanente”. Para ilustrar a qué se refiere con esta noción de momento transdisciplinario realiza una analogía con el concierto de una orquesta:

“Si reemplazáramos los instrumentos por las disciplinas, la sinfonía, esa única sinfonía, esa unidad que desaparecerá apenas termine la ejecución, sería lo transdisciplinario. Este momento transdisciplinario (...) Es una situación en construcción continua, no un estado. La tensión entre diferenciación e integración no se resuelve nunca de manera acabada y reaparece frente a cada problema a abordar.” (p.1)

Este tipo de desafíos, no son tan sencillos de llevar a la práctica, pues se pone naturalmente en juego, la lucha por el monopolio de la competencia científica. En un nuevo entramado de

conceptos retomamos el concepto de campo y especificamos su definición en relación al *Campo Científico*.

“sistema de relaciones objetivas entre posiciones adquiridas (en las luchas anteriores), es el lugar (es decir, el espacio de juego) de una lucha competitiva que tiene por desafío específico el monopolio de la autoridad científica, inseparablemente definida como capacidad técnica y como poder social, o, si se prefiere, el monopolio de la competencia científica que es socialmente reconocida a un agente determinado, entendida en el sentido de capacidad de hablar e intervenir legítimamente (es decir, de manera autorizada y con autoridad) en materia de ciencia.” (Bourdieu, 1994, p.131)

El Campo de la Salud Mental Comunitaria deberá incluir en situación de igualdad varias disciplinas. Este debe ser un principio rector en cuanto a la incorporación de las disciplinas; pero siguiendo las ideas de Bourdieu, sabemos que en cada contexto, acorde a los juegos de poder y de hegemonía, las configuraciones disciplinares impondrán sus marcas diferenciales.

En el intento de caracterizar la identidad política que contextualizó la gestación y sanción la ley N° 26657; se denominará a ésta como *Populismo*.

Ernesto Laclau, según Carrizo (2009. p 4) nos habla acerca de tres dimensiones del populismo: en primer lugar, la unificación de una pluralidad de demandas en una cadena equivalencial; en segundo lugar, la constitución de una frontera interna que divide a la sociedad en dos campos; y, por último, la consolidación de la cadena equivalencial mediante la construcción de una identidad popular que es cualitativamente algo más que la simple suma de los lazos equivalenciales.

Barros (2006) lo define como “(...) como una forma particular de constitución y funcionamiento de una identidad política (...) como una forma específica de práctica política radicalmente inclusiva.” (p.146). Siguiendo este autor, el populismo se diferencia de otros tipos de gobierno ya que genera una forma específica de ruptura de la institucionalidad vigente a través del planteamiento de un conflicto por la inclusión de una parte irrepresentable dentro de esa institucionalidad (p.152)

Carrizo (2009, p. 8), plantea que la especificidad del populismo no está en la negociación de la tensión entre ruptura y orden; sino que está dada por la ruptura del espacio común de representación. El populismo postula una alternativa radical dentro del espacio comunitario que básicamente significaría poner en cuestión el orden institucional construyendo una víctima, desamparado, perdedor como un agente histórico que es la representación de la otredad en

relación a la forma en que las cosas están organizadas hasta el momento de ruptura. Populista será aquel discurso que logre funcionar como el nombre para esa inclusión de lo no representable, provocando la ruptura de un determinado orden institucional.

En este punto, es menester identificar quienes componen el ***Pueblo*** hacia el cual se dirige el populismo. Rancière (1996), hablará de “los que no tienen parte”; los excluidos del pueblo. Son sujetos que se consideran incapaces de tomar racionalmente decisiones; por su condición de pobreza material y legal; los Ciudadanos de baja Intensidad, los que no poseen la Agencia no son portadores de derechos- como refiere O’Donnell (2010). Son los que Rancière (1996) asemeja a los animales/esclavos; ya que no posee Logos, es decir la palabra que manifiesta; sino sólo la voz que solo sirve para indicar su sensación de dolor o de agrado.

Otro concepto necesario es el de ***Políticas Sociales***; la forma de entender la Salud Mental, y los marcos legales que implica la misma, se enmarcan dentro de un *Estado*. Y es a partir de éste que se determinarán programas, que son herramientas para la aplicación de *Políticas Sociales*.

Tomando a Lewkowicz (2004) se entenderá que “el Estado actual ya no se define prácticamente como nacional sino como técnico-administrativo, o técnico burocrático (...) Los estados nacionales ya no pueden funcionar como marco natural o apropiado para el desenvolvimiento del capitalismo” (p. 31) Ya no son los Ciudadanos los portadores de derechos, sino que rápidamente va surgiendo una nueva figura, la del consumidores. Como consecuencia, también se van generando nuevas subjetividades.

Pero a pesar de ello, continúa existiendo una responsabilidad por parte de este Estado que es intransferible; y una de ellas son las *Políticas Sociales*. Estas resultan, en este punto del análisis, un campo de lucha donde exponer una fuerza contrahegemónica.

En el análisis del concepto, Fleury (2002, p.193), refiere a la *política* como el poder de asignación coercitiva de valores, ejercido por el Estado; y al término *social* como a la sociedad, la esfera de interacción de los individuos y grupos, movilizadas voluntariamente, a partir de sus intereses. En ese sentido, el término *política social* demuestra, etimológicamente, la contradicción de la separación entre Estado y Sociedad, creando una esfera nueva, lo Social. En tanto provee los principios de distribución y concentración de riquezas, toda política social efectiva sería una política redistributiva. Es decir, también provee el criterio para inclusión y/o exclusión de los individuos.

Considera que el *campo de las políticas sociales* es:

“atravesado por las luchas y enfrentamientos de diferentes fuerzas sociales, en el proceso de constitución, mantenimiento y contestación de los proyectos de dirección hegemónica de cada sociedad. Se trata de una búsqueda de atribución de significados y contenidos a valores y orientaciones normativas que definen el ámbito del campo social, así como las posibilidades y límites de las estrategias de diferentes actores. Concepciones sobre la vida, el bienestar, la salud, la ciudadanía, la cultura, la educación y los bienes públicos, en general, son constantemente redefinidos y resignificados, a partir de su articulación a los diferentes proyectos de hegemonía.” (p.195)

Por ello resulta necesario que los intereses de los grupos sociales se inserten en la arena de la política pública, en la medida en que el Estado tiene roles fundamentales como de formulador de las políticas, garante de los derechos, proveedor, regulador y financiador. Es “en la disputa por significados y contenidos se constituyen diferentes actores, en un proceso de mutua interpelación. O sea, no sólo se atribuyen significados sino también se crean, refuerzan y rehacen identidades.”(p.195)

Es así que para Sonia Fleury (2002, p. 199)- pero también para Lewkowicz- las *Instituciones* tienen una gran importancia ya que “Las políticas sociales se materializan en instituciones y organizaciones, cuyos procedimientos y mecanismos estructuran este campo y dan forma al propio Estado. Son, por lo tanto, expresión materializada en el Estado de la relación de fuerzas en la sociedad.”

Cuando se hace referencia a la ***Dimensión Simbólica*** se hace desde el planteo de Giménez Montiel en su libro “Estudios sobre las culturas y las identidades” (2007); respecto a las tres fases sucesivas por las que pasa la conformación del concepto de cultura: fase concreta (Costumbres), la fase abstracta (modelos) y la fase simbólica (significados) (p.26)

Según el autor, la aparición del libro de Clifford Geertz *The Interpretation of Cultures* (1973), da inicio a lo que Carla Pasquinelli llama la fase *simbólica* en la formulación del concepto de cultura. Tomando a Geertz (1992, p.26) la cultura se concibe como “telaraña de significados” o, como “estructuras de significación socialmente establecidas” (p. 27) Entonces, desde el punto de vista la cultura debe ser entendida como el conjunto de hechos simbólicos presentes en la sociedad o como la organización social del sentido, como pautas de significados “históricamente transmitidos y encarnados en formas simbólicas, en virtud de las cuales los individuos se comunican entre sí y comparten sus experiencias, concepciones y creencias (Thompson; 1998,197)” (Giménez Montiel, 2007, p. 30 y 31)

Lo simbólico propiamente dicho, en palabras de Geertz (1992), es el mundo de las representaciones sociales materializadas en formas sensibles, también llamadas “formas

simbólicas”. Todo puede servir como soporte simbólico de significados culturales: no sólo la cadena fónica o la escritura, sino también los modos de comportamiento, las prácticas sociales, los usos y costumbres, el vestido, la alimentación, la vivienda, los objetos y artefactos, la organización del espacio y del tiempo en ciclos festivos, etc. (Giménez Montiel, 2007, p. 32)

El símbolo y, por lo tanto, la cultura, no es solamente un significado producido para ser descifrado como un “texto”, sino también un instrumento de intervención sobre el mundo y un dispositivo de poder. Es decir que los sistemas simbólicos son al mismo tiempo representaciones -“modelos de”- y orientaciones para la acción -“modelos para”-(Giménez Montiel, 2007, p. 35) Desde este posicionamiento los modelos simbólicos están íntimamente ligados a los actores que son quienes incorporan subjetivamente -“modelos de”- y los expresan en sus prácticas -“modelos para”-, bajo el supuesto de que “no existe cultura sin actores ni actores sin cultura”.

Giménez Montiel (2005), tomando la idea de Doise y Palmonari, (1986, 85-88), homologa la teoría del *habitus* de Bourdieu, con la teoría de Representaciones Sociales.⁵ Entendiendo que las representaciones socialmente compartidas, los esquemas cognitivos, las ideologías, las mentalidades, las actitudes, las creencias y el stock de conocimientos propios de un grupo determinado, constituyen formas internalizadas de la cultura, resultantes de la interiorización selectiva y jerarquizada de pautas de significados por parte de los actores sociales.(p. 46)

Nos interesa detectar los esquemas subjetivos de percepción, de valoración y de acción; lo que el autor llama *cultura interiorizada*. “La cultura en tanto organización social de significados, interiorizados de modo relativamente estable por los sujetos en forma de esquemas o de representaciones compartidas, y objetivados en formas simbólicas, todo ello en contextos históricamente específicos y socialmente estructurados” (Giménez Montiel, 2007, p. 49) Es decir, “las formas de representaciones sociales, a la vez esquema de percepción de la realidad, atmósfera de la comunicación intersubjetiva, cantera de la identidad social, guía orientadora de la acción y fuente de legitimación de la misma.” (Giménez Montiel, 2007, p. 50)

El concepto de *Dispositivo* surge a partir del nombre con el que el Servicio denomina a las partes que conforman la red asistencial. Fanlo en su artículo “¿Qué es un Dispositivo? (2011) realiza un análisis del concepto desde Foucault; Deleuze y Agamben; concluyendo que lo conciben como una *red*: no es un discurso, una cosa o una manera de hacer; sino la red que se establece entre discurso, cosa y sujeto. Es un régimen productor de subjetividad, es decir

⁵ El concepto de *representaciones sociales*, procede de la sociología de Durkheim y ha sido recuperado por Serge Moscovici (1961) y sus seguidores. Se trata de construcciones socio-cognitivas propias del pensamiento ingenuo o del sentido común, que pueden definirse como “conjunto de informaciones, creencias, opiniones y actitudes a propósito de un objeto determinado” (Abric, 1994). (Giménez Montiel, 2007)

sujetos-sujetados a un orden del discurso cuya estructura mantiene un régimen de verdad. Si bien cada dispositivo tiene una función específica, conforman entre todos una “red de saber poder” que los articula, los complementa y los potencia. También cada dispositivo porta una especificidad en cuanto al tipo de sujeto que pretende producir.

Es importante detenerse a reflexionar acerca del Dispositivo, en tanto reproductor de sujetos. Castoriadis C. (1998) nos regala dos conceptos; el de Imaginario Social y el de Imaginario Radical.

El Imaginario Social- o Subjetividad Instituida como la denomina Lewkowicz (2004, p. 74)-, son las significaciones que crean un mundo propio para la sociedad. Ellas forman la psique de los individuos. Crean una representación del Mundo, incluida la sociedad misma y el lugar que ella ocupa en ese mundo. Es lo que se hace en la cotidianeidad, esas acciones que se hacen de manera habitual y desde el sentido común. Es lo que permite a los sujetos (Usuarixs, familiares y Trabajadorxs de la Salud Mental) continuar reproduciendo las instituciones tal cual las conoce.

Por otra parte, el *Imaginario Radical* es la actividad de la psique que realiza un surgimiento perpetuo de un flujo de representaciones, de afectos y de deseos indisociables. Este excede el sentido común; crea nuevas formas de vivir en esa cotidianeidad, rompiendo de esta manera, con el Imaginario Social instituido. Lewkowicz (2004 p.75) llama a esto *Subjetivación*; pero aporta que estos procesos son por lo general colectivos, y es a partir de los cuales se va más allá de la subjetividad instituida.

Para entender el porqué de la importancia de estos procesos hay que poder entender qué es la *Identidad*, ya sea individual o colectiva, y para esto podemos tomar el planteo de Hernández Zamora (1992, p.2) quien desmenuza el concepto en tres características:

“múltiple (formada por múltiples polos de identidad, articulados en torno a un núcleo variante), precaria (siempre incompleta porque siempre hay carencias que demandan ser llenadas. Nunca se podría decir que un sujeto ha alcanzado la “completud”, la estabilidad “final”) y abierta (susceptible de ser modificada, de aceptar nuevos polos o de reestructurarse por diversas causas).”

CAPÍTULO 2: CONTEXTO NACIONAL Y SU INFLUENCIA EN EL PROVINCIAL

2.1 Contextualizando la ley 26657

Para dar cuenta del contexto en el cual fue sancionada la Ley Nacional de Salud Mental 26657, debemos caracterizar el tipo de gobierno en el cual se da la sanción de ésta. En la década del gobierno Kirchnerista; puede pensarse siguiendo la perspectiva *populista*, que se sancionaron varias leyes que intentaron generar rupturas institucionales significativas; que habrían influido en las representaciones socioculturales de la población destinataria. Una porción de la sociedad que antes no había estado contemplada. Barros (2006), nos dice que el populismo tiene una doble cara: “Por un lado, representa una ruptura con el orden institucional vigente. Por el otro, también implica una fuerte recomposición comunitaria.” (p.148)

Según el Diario Parlamentario.com en ese periodo de 10 años de gobierno, el kirchnerismo impulsó escenarios de ricos y polémicos debates y logró la aprobación de alrededor de 50 leyes; dentro de las cuales podemos contabilizar la Ley Nacional de Salud Mental. Hermida & Meschini (2012) explican que estas leyes sancionadas durante este periodo dieron lugar a la implementación de políticas públicas que se erigen como prueba empírica de una *institucionalidad diferente*, pero la dificultad y resistencia se presenta en las instituciones y organizaciones que deben instituir los procesos sociales de cambio. Esto da cuenta de un conflicto que se expresa como confrontación de discursos en la lucha por la hegemonía.

Carrizo (2009, p.8) dice que se puede dar cuenta de un elemento discursivo que intenta constituirse como una alternativa radical dentro del espacio comunitario que básicamente significaría poner en cuestión el orden institucional. En la entrevista a la Autoridad de la Dirección Provincial expresa, que el “Peronismo” si bien no estaba empapado de lo que significaba la Salud Mental Comunitaria; si se encontraba coincidente en un discurso que involucraba lo comunitario y ampliación de derechos. Desde ese lugar, el discurso de la Salud Mental Comunitaria “encajaba” discursivamente en algo de la propuesta que traían a Nivel Nacional (Kirchner) y a nivel provincial (Das Neves). Carrizo (2009) y Barros (2006) dirán que populismo será aquel discurso que logre funcionar como el nombre para esa inclusión de lo no representable. Para Barros (2006) la inclusión en el discurso kirchnerista viene a reivindicar el daño que determinadas políticas habían hecho en aquellos que no tenían voz durante los noventa; para el caso de las personas con sufrimiento mental esto se acarrea varias décadas.

Fleury (2002 p.194 y 195) dirá que, aunque la *política social* se exprese como una decisión gubernamental, ella tiene como fundamento una construcción colectiva de un principio de

justicia que posibilita a los gobernantes la elección de valores como igualdad, solidaridad etc. y el establecimiento de prioridades y metas. Sin embargo, en los posibles valores compartidos, no puede desconocerse el conflicto entre diferentes intereses que convergen en la constitución de las políticas sociales.

Según Laclau (2005) los requerimientos *sine qua non* de la política son las constituciones de fronteras antagónicas dentro de lo social; entonces nos preguntamos: ¿La ley 26657 ha generado un antagonismo con el “modelo que estaba establecido”? En una primera lectura podemos entender que sí; la ley Nacional 26657 se transformó en una contrapropuesta/contrahegemonía; planteándose como una herramienta de Política Pública para ampliar derechos para el pueblo; en oposición al modelo vigente.

Antes de continuar, debemos realizar una diferenciación cuando hablamos de *pueblo*; para ubicar el lugar que históricamente se les asigna a las personas con sufrimiento mental. Hermida & Meschini (2012, p. 3) nos señalan que dentro de la perspectiva populista, cuando se hace referencia “al pueblo” se hace referencia a un componente parcial al que aspira, intentando ubicarlo como una totalidad legítima. Es importante diferenciar el concepto de Pueblo en su noción de *populus* –el conjunto de todos los ciudadanos- y la noción de *plebs* –los menos privilegiados-. En este caso los destinatarios de la ley estarían más cercanos a la noción de una *plebs*; que puede arrogarse para sí la pretensión de ser el *populus* legítimo. Es decir, estas demandas democráticas al no ser vehiculizadas por el Estado se convierten en demandas populares de grupos determinados que pueden unirse a otras a través de la conformación de cadenas equivalenciales. En el análisis de la transcripción de la discusión de la ley en el Senado; puede verse representado por las Asociaciones de profesionales, Organizaciones de ayuda; Organización de Usuarixs, Familiares y voluntarios. Éstas emergen por medio de la identificación con un significante vacío, que remite a un espectro de posibilidades de identificación común, y que permite que se construya subjetividad colectiva, delimitando una frontera interna, un nosotros/ellos, posibilitando el antagonismo y la construcción de nuevas hegemonías. Las demandas se erigieron sobre la base de: la recomposición comunitaria; objetivo de fortalecer los lazos sociales comunitarios para garantizar la inclusión de las personas con padecimiento mental a donde pertenecen, a la comunidad. En contraposición al modelo establecido que Emiliano Galende relaciona con la filosofía política de la Revolución

Francesa (mediados del siglo XIX); donde el manicomio se posiciona como la “Institución Curativa” y se configura como una estructura institucional que “incluye” a parte del pueblo dentro de la institución, para al mismo tiempo excluirlos de la sociedad.

En el proceso de desarrollo de la ley hasta su sanción, puede verse la complicación que acarrea el intento por construir hegemonía, ya que los representantes de la ley fueron

enfrentando corporaciones profesionales, laboratorios, instituciones privadas hasta incluso la propia Justicia en este camino de romper con lo instituido. Estas lógicas institucionales se sustentan en argumentos que los medios masivos de comunicación hicieron circular, manteniendo el sentido común y la opinión pública como garantes de un *status quo*. Hermida & Meschini (2012) dicen que se configura entonces una duplicidad de discursos que conviven en las instituciones: los de las leyes promotoras de una nueva institucionalidad; y los que ya no son “legales” pero sí en muchos casos hegemónicos. Entonces, ¿este Gobierno Populista/Kirchnerista pudo haber generado las condiciones necesarias para que se platee una ruptura del orden institucional?

Según Aboy en Barros (2006) hay que tener en cuenta que existe como parte constitutiva intrínseca del populismo, la pretensión, casi imposible, de construir hegemonía. Es decir, de clausurar cualquier espacio de diferencia al interior de la comunidad. Reano (2014) también aporta una advertencia respecto a las ambigüedades y contradicciones de estos procesos populistas las que por un lado necesitan afirmarse como experiencias radicalmente distintas a las neoliberales y, en la práctica política, no puede desprenderse totalmente de algunas premisas del neoliberalismo. En el intento de hacer coincidir el Estado de Derecho y la república democrática, sin renunciar a la construcción de una sociedad más igualitaria y justa; implica en muchos casos poner en cuestión las estructuras de poder existentes. Pero se infiere que no alcanza solo con “poner en cuestión” sino no se obtiene una traducción directa en la práctica. Por ejemplo si pensamos en la reformulación de la cantidad y distribución de los presupuestos acordados para poder desarrollarla en su plenitud; o en los cierres de los hospitales monovalentes. Esto no solo deja lugar para que una gran parte de la estructura vigente continúe siendo la misma; sino que también deja en duda la verdadera decisión política de traducir en políticas públicas y técnicas lo que se había legislado.

Continuando en la línea de revisar la *noción de institucionalidad* de Hermida y Meschini (2012) podemos observar una realidad compleja en la que convive la lógica de lo viejo y de lo nuevo institucional. Por un lado, el acto legislativo de una ruptura con el orden institucional vigente; por el otro, debería analizarse más de cerca si ¿se produjo una “fuerte recomposición comunitaria”? Según estas autoras, el proceso analizado puede considerarse una conquista institucional; que no recorre el proceso tal cual se describe cuando se analiza el populismo. Se puede reconocer el recorrido de luchas de una serie de actores que lograron este proceso de constituir una demanda colectiva, pero la misma no necesariamente logró erigirse con carácter hegemónico, sino que fue legalizada sin contar con la anuencia de sectores concentrados de poder. Ahora también, es importante identificar que quizás ésto es parte intrínseca de las

tensiones entre dos modelos éticos, técnicos y políticos que quizás no puedan ser conjugados en una síntesis.

Para el caso de la ley provincial- según la información obtenida- se pueden identificar actores que claramente se declaraban en contra; algunos más abiertamente que otros. Por un lado, la corporación de la Asociación de Psiquiatras, el Sector Privado- instituciones monovalentes-; y los cuestionamientos- se infiere que desde el desconocimiento que desde fundamentos sólidos- por parte de algunos integrantes del Colegio de Psicólogos. En ese momento, como contrapartida, se tenía el apoyo político suficiente para hacer factible la sanción de la ley. Ante esto, se optó por avanzar hacia un proceso que llevaba años en construcción. Se consideró lo más estratégico, hacerlo sin recurrir a un llamado de construcción conjunta que podía poner en riesgo la propia sanción; y que además se visualizaba como un objetivo poco alcanzable. Esto debido a las posturas irreconciliables que estaban manifiestas; dado los intereses que estaban en juego. Es decir, estas demandas populares han logrado carácter institucional sin contar necesariamente, con un sustento de legitimidad en el conjunto de la sociedad. Esta situación se expresa como un alcance de institucionalidad sin hegemonía. Esto implica serias dificultades para desarrollar la potencialidad de una serie de herramientas legales e institucionales para alcanzar mayores accesos a derechos. Esta contraposición se expresa en la cotidianeidad de nuestras instituciones donde confrontan las lógicas de una vieja institucionalidad sostenida por discursos hegemónicos de sectores de poder centralizado, que por medio de la opinión pública intentan sostener esta hegemonía. Logran la adhesión de sectores de la sociedad que, si bien no tienen comunión de intereses materiales con aquellos, son alcanzados por sus discursos.

Como señalan Hermida & Meschini (2012, p.5) aparecen en este proceso nuevos actores protagonistas. Ya no es el Estado y la sociedad los que confrontan en el proceso de acceso a derechos. Los sujetos son otros; son *sujetos discursivos*. Este fenómeno resurge en cada conflicto inherente a cada nuevo derecho que se conquista. Así las voces de sectores conservadores se han hecho sentir expresando nuevamente este conflicto de intereses, que se condensa como confrontación de discursos. Aparecen las resistencias institucionales; las que implican una serie de discursos y prácticas antagónicas a las conquistas de las demandas populares. Así, a partir del año 2015, las corporaciones utilizando los medios masivos de comunicación inician o retoman la campaña estigmatizante: por ejemplo, mostrando personas con sufrimiento mental en estados de descompensación actuar de manera violenta. Se refuerza de esta manera la imagen del “loco peligroso”; sugiriendo como la única alternativa posible, la institucionalización que proteja a la sociedad. O el discurso instaurando de que los preceptos de la ley no son aplicables; y que no sirven. Incluso este objetivo logra formato de Proyecto Modificadorio del Decreto Reglamentario -original del año 2013-; el 15 de septiembre de 2017,

de la mano del Director Nacional de Salud Mental, Andy Black⁶. Podemos intentar sintetizar algunas de las pretendidas modificaciones:

-La ley en su Artículo 27 prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados; así como exige la adaptación de los ya existentes.⁷ En el proyecto de reforma si bien la propuesta de reglamentación no la contradice explícitamente; propone reemplazar a la palabra Manicomios por como “Dispositivos Alternativos”- “Hospitales Especializados” en Salud Mental lo que no comportaría solo un mero cambio de nombre, podría ser considerado una propuesta que atenta contra del espíritu de la ley. La palabra manicomio tiene un significado y está cargada de un sentido: encierro; violación de derechos humanos; no tratamiento; exclusión; alienación. Por otra parte, también propone flexibilizar los tiempos de adecuación que tienen dichas instituciones públicas y privadas; las que para el año 2020 debían estar cerradas o transformadas de acuerdo a los designios de la ley.

En su Artículo 13.” Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones” El proyecto propone:

“deberá preverse que la designación a un cargo garantice que el facultativo aspirante detente el mayor grado de incumbencia en la salud (...) A los fines de ocupar el cargo de conducción y gestión de servicios en instituciones deberá valorarse la idoneidad conforme el título de grado universitario, antecedentes e incumbencias, y la capacidad para acceder al mismo, respetándose los criterios previstos por el artículo 40 de la Ley 17.132”.

El artículo 40 de dicha ley - sancionada durante el gobierno de facto de Onganía- respecto al ejercicio de la medicina explicita: “Los establecimientos asistenciales deberán tener a su frente un director, médico y odontólogo, según sea el caso, el que será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las leyes (...)”. Esto claramente deja por fuera a cualquier otra disciplina que contempla la ley, y que considera en iguales condiciones de cumplir esta función; reduciéndola a un campo donde la hegemonía médica recupera su jerarquía y estatus.

De esta manera se refuerza lo planteado por las autoras respecto a que en este proceso encontramos como resultado, sectores de Trabajadorxs -por ejemplo, la Asociación de

⁶ El análisis que se realiza a continuación fue obtenido de la reconstrucción del material encontrado en el Servicio de Salud Mental de Madryn; ante el llamado de una reunión provincial para tratar esta propuesta. ⁷

⁷ Ministerio de Salud & Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013, pág. 32

Psiquiatras/ APSA- y de la clase media, que resisten la implementación de políticas públicas que pugnan por una nueva institucionalidad. La posibilidad de profundizar en una *nueva institucionalidad*, se juega en el campo de una batalla cultural. En este campo, se ven las grandes resistencias a que las leyes y las políticas públicas -que implican una transformación de las instituciones y de su carácter burocrático, normalizador, y disciplinador- sean significadas como herramientas de acceso a derechos para garantizar una vida digna para todos.⁸

Sin intención de contradecir lo anteriormente explicitado; pero con el objetivo de mantener una perspectiva amplia y abarcativa de análisis, debe entenderse que el proceso continúa siendo. Como propone de Sousa Santos (2011 p. 21)

“Lo nuevo o novel sólo puede ser analizado en sus propios términos mientras ocurre. Una vez que la incidencia concluye – el momento y la naturaleza de la conclusión suelen ser muy polémicos – deja de ser nuevo. Lo viejo se aferra, tanto a lo viejo-viejo como a lo nuevo-viejo. Para resistir a la conclusión, la apuesta en lo nuevo deber ser seguida por la apuesta en la no-conclusión, en el Todavía-No. La segunda apuesta requiere que el análisis deba ser siempre tan abierto e incompleto como aquello que está siendo analizado.”

Desde el momento que ese orden establecido es amenazado, como “acto en sí” por la ley, comienza a configurar una *oportunidad* de producir transformaciones. Entendiendo que esa puja por la hegemonía sufre modificaciones a partir de la sanción de la ley. Entonces, no podría pensarse que nada ocurrió desde su aprobación; no podría decirse que este modelo no produjo efectos. Muestra de esto, son las arremetidas de aquellos que se manifiestan en contra. Es a través de la vigencia de estas tensiones que, podría inferirse, se avanzaría en las modificaciones de las prácticas. Podemos pensar en la propuesta ideológico política de la ley como una

⁸ El cambio se extiende a todo el ámbito del Sistema de Salud. Este había sido modificado estructuralmente a partir de los 90'; y deja resabios de una esa forma mercantilizada del modelo de salud que vuelven a tomar fuerza en el 2015; cuando el gobierno de Mauricio Macri planteaba la Cobertura Universal de Salud. La Fundación Soberanía Sanitaria (2017) resumía la propuesta de la CUS: El estado en lugar reducido de regulación. No es pensada como política social para brindar el derecho a la salud a toda la población; sino para garantizar achicar gastos al estado y por otra parte, hacer más eficiente la competencia. Como dice Laurell (2010) es la continuación de Invertir en salud (documento elaborado por la OMS), ya que enfoca la salud principalmente como un problema económico y los servicios médicos como un bien “privado” a ser “consumidos” por los individuos.

A esto se suma lo que analiza Gollan (2018, p. 4 y 5) respecto a la reducción del Ministerio de Salud a rango de Secretaría. Es una clara retirada del Estado del ámbito público con un avance de las lógicas privatistas. Limita la capacidad de los funcionarios en la toma de decisiones y, sumada a un desfinanciamiento ya presente en el sector. Esta degradación es la formalización en la estructura gubernamental de una retirada progresiva del Estado Nacional en su obligación, recayendo mayor responsabilidad en las provincias. En tanto la provincia de Chubut arrastraba un derrumbe en su situación económica; la que empeora precipitadamente en los siguientes cuatro años.

generadora de “falta” o “huecos” en esa estructura que parecía estar perfectamente armada. La producción de “significante vacío” que genera el planteamiento de la ley, abrió la posibilidad de comenzar a construir hegemonía-poder. Al ser un proceso que no ha terminado, sino que continúa vivo; existen fuerzas que se mantienen vigentes, que resisten los intentos por derrumbar lo que se configuró como “significante”. Los efectos no son inmediatos. Luego de la aprobación de la ley no se produjo un efecto automático donde cada uno de los profesionales de la Salud Mental y todos los agentes del Estado y la comunidad, cambiaron su concepción de sujeto (Loco-peligroso/Adicto-peligroso). No comenzaron a aplicar estrategias terapéuticas por fuera de los hospitales monovalentes al día siguiente que se produce la aprobación de la ley; ni las universidades inmediatamente cambiaron su currícula. Pero no puede decirse que en cada una de estas instancias no se han producido cuestionamientos internos y posibles modificaciones. Podemos pensar que estamos ante la presencia de un proceso generador de algo... que quizás sea apresurado querer terminar de visualizar.

2.2 Las Políticas Sociales a Nivel Provincial

Adentrándonos en lo que fueron las *Políticas Sociales*, Sonia Fleury (2002, p. 197) nos dice que “El Estado es un actor que juega un papel fundamental debido a la autonomía relativa que la burocracia adquiere en función de su capacidad técnica y sus procedimientos formales. (...)” Las demandas sociales que llegan a transformarse en políticas públicas, dan forma y organicidad al aparato estatal en la medida en que se materializan en instituciones, leyes, prácticas y procedimientos.

Entonces trataremos de identificar algunos de los principales obstáculos que se presentaron en el *proceso de materialización* del que habla la autora- es decir en la gestación y aplicación de las leyes (provincial y nacional)-; y cuáles fueron los actores apoyaron o se opusieron a las misma.

Podemos decir que desde antes del año 2003, se comienzan a generar las condiciones para la creación, a nivel provincial, de una ley propia. Por los datos analizados en la investigación, las políticas en Salud Mental Provincial recibe el apoyo político de quien fuera la Secretaria de Salud⁹ en aquel momento; dándole una relevancia –nunca antes obtenida dentro del sistema de salud- a las áreas de Salud Mental; Adicciones y Discapacidad. Entendemos también que el posicionamiento del Equipo Técnico del Departamento de Salud Mental, era coincidentes con el espíritu, de lo que después sería la ley nacional. Se basaba en un modelo de trabajo en Salud Mental de orientación Comunitaria, que proyectaba atravesar todos los dispositivos y prácticas;

⁹ Hasta el año 2011 era Secretaría de Salud con rango de Ministerio; luego pasa a categorizarse como Ministerio. A su vez, el Departamento de Salud Mental, en este año, pasa a categorizarse como Dirección.

que incluía tanto la promoción y prevención, como los de asistencia y rehabilitación. No dejaba de lado la necesidad de contar con una Internación; cuando las condiciones de una persona lo ameritaran; pero cuestionaban que todo un Servicio pusiera su energía de trabajo solo allí. Zelaya & Freytes Frey (2007) hablaban de garantizar: “la continuidad de los cuidados a través de los diferentes dispositivos; utilizados en función de estrategias planificadas puntualmente para cada persona” Es decir, contemplando al sujeto en su singularidad. Destacan la interpelación que conllevan las situaciones sociales complejas a los saberes y certezas; apuntando a generar estrategias novedosas y creativas; para no caer en la tentación siempre latente de psicologizar o psiquiatrizar los problemas de sufrimiento cotidiano de personas que están estrechamente relacionados con condiciones sociales, económicas y culturales.

La provincia del Chubut se caracterizó por no tener “grandes manicomios”. Esto no implicó que el camino emprendido para dar vida a la ley provincial y su posterior aplicación fuera mucho más sencillo que otros; ya que el proceso tuvo sus propias particularidades/obstáculos/contradicciones. Es por ello que se da relevancia a identificar cada hecho desde una perspectiva situada; lo que nos exige entender las posturas y las acciones no como rígidas ni definitivas en el tiempo. Sus actores-sujetos están en permanente tensión con la institución y esto se muestra en actos y decisiones.

Puede observarse que en el diseño y ejecución de las políticas públicas, el equipo Técnico del Departamento de Salud Mental, encuentran obstáculos; por ejemplo posicionamientos contradictorios en los actores que en un comienzo acompañaban dicha estrategia:

-En el informe de gestión Zelaya & Freytes Frey (2011) cuestionan el posicionamiento contradictorio respecto a la aplicación de un Modelo de Salud Mental Comunitaria; cuando en el año 2010 se crea en la ciudad de Comodoro Rivadavia una Residencia de Psiquiatría. Esta no fue contemplada como parte de la ya existente de Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria (inaugurada en el año 2003) sino por fuera, independiente y opuesta al espíritu de ésta.

-Podemos hacer referencia también a las abstenciones que se dieron en el momento de la votación de la Ley Nacional. Una de ellas fue de la ex Secretaría de Salud, la que diera impulso a la Ley Provincial N° 5845 (luego Ley I - N° 384). En su función de Senadora (año 2010) explica a El Parlamentario.com, los motivos de su abstención. Señala su inaplicabilidad haciendo referencia a las modificaciones debían haberse realizado: por ejemplo en el artículo que habla de la “interdisciplinariedad”, con el cual desacuerda. Esto pone en evidencia una clara contradicción respecto de la posición asumida en la ley provincial. Pero resulta interesante analizar el texto de la Ley Provincial de Salud Mental de Chubut; ya que allí también se

encuentran contradicciones en este punto. Por ejemplo, en el Art. 11 habla de “equipos multidisciplinarios”; observándose que en el resto de los articulados hace referencia a los equipos como Interdisciplinarios. Quizás esta tensión no resuelta entre éstos dos conceptos, que no significan lo mismo; habría quedado plasmada en la propia letra de la ley I N° 384.

-Uno de los considerados mayores cuestionamientos a la ley provincial estuvieron centrados en la falta de financiamiento. Según la Funcionaria que participó en aquel momento del proceso de armado; estaba previsto en la ley original un artículo que estipulaba cómo se financiaría dicha ley. Antes de su sanción este artículo es eliminado, con el argumento de que ya existía una partida presupuestaria destinada para esta área. Fue una estrategia por parte de los diputados; ya que subyacía la idea de que estas leyes debían garantizar al estado una reducción de los gastos. Aquí no fue contemplado técnicamente el presupuesto adecuado para llevar a la práctica la ley. Y claramente a la hora de su implementación, dicho presupuesto propio, fue insuficiente. No era posible contar con el recurso financiero suficiente para impulsar en toda la provincia una estructura alternativa y nueva.

Por ejemplo, en el año 2004 con el presupuesto de Salud Mental se pagaba la internación de más de 40 personas a un precio “exorbitante”; esto representaba el 60% del presupuesto. Con un presupuesto tan escueto era difícil poder abrir los dispositivos intermedios y reforzar la asistencia comunitaria; como hubiese sido necesario. Pero aun así, el Equipo Técnico de la Secretaria de Salud Mental genera una nueva forma de distribución del presupuesto para alcanzar las metas propuestas. Se comenzó a avanzar lentamente en la externación de personas internadas en privado; a la vez que se iniciaba en los hospitales, la construcción de dispositivos alternativos que pudieran albergar y sostener los tratamientos por fuera de las mismas.

En este proceso puede identificarse dos actores que pusieron resistencia; lo cual sumaban complejidad al escueto presupuesto y enlentecía la consecución de los objetivos. Por un lado, algunos actores de Justicia; para quienes se había instalado práctica habitual - previa legislación vigente- la exigencia de internación de manera compulsiva en clínicas privadas; incluso referenciando en qué clínica debía internarse. Y por otro, el sector privado de clínicas que se resistían a que las personas fueran externadas. Lo que sucede en Salud Mental no está alejado del contexto macro si uno analiza la historia de la conformación del Sistema de Salud de Argentina a lo largo de la historia y el lugar privilegiado que se le ha dado a los privados.¹⁰

¹⁰ Como explican (Stolkiner, 2009) y Rovere (2016) el Sistema está integrado por tres subsectores: el estatal, el de las obras sociales y el privado. Es” un complejo engranaje de instituciones, actores y reglas de juego que se dan en un determinado contexto histórico.” A lo largo de la historia, el Sector Salud en Argentina, no siempre se sostuvo sobre la base de pensar a la Salud como un Derecho Universal e Integral. Trombetta (2016) nos acerca a la conceptualización Mercantilizada de la salud. En la planificación de salud pública se reemplazó el financiamiento estatal, por la reducción del gasto del estado y la transferencia de recursos económicos mediante

Otro de los obstáculos que se presentaron a la hora de pensar el presupuesto y el armado de la Red Socio Sanitaria de los Servicios de Salud Mental; fue la indispensable la incorporación de Trabajadorxs (profesionales, operadores y personal administrativo) Los profesionales ingresaban a los diferentes dispositivos o servicios, costeados por el presupuesto propio de Salud Mental. Es decir, no pasaban a ser parte de la planta estable de la Secretaría de Salud, por lo tanto no engrosaban la masa salarial de la misma. La alternativa era la contratación mediante un “contrato de servicios”, bajo la forma de monotributo. Luego se realizaron gestiones por parte del Departamento para que este personal se los incorporara al sistema. Así también, con posterioridad se gestiona el ingreso del personal contratado por nación (bajo la misma modalidad de monotributo) que se incorporan al Ministerio recién en el año 2016. Confluyeron en el año 2009 aproximadamente, las gestiones Departamentales con los reclamos por parte de los Trabajadorxs. En una primera instancia, se creó el ingreso a la Planta Transitoria; un híbrido generado a tal fin. Luego en el año 2012 con la firma el Convenio Colectivo de Trabajo se logra ingresar a todo el personal de profesionales a planta. Por otra parte, se da el reconocimiento al personal técnico de Operadores de Apoyo; que estaba incorporado hacía tiempo, pero se encontraba invisibilizado. Se logra, de esta manera, incorporarlos como parte de la estructura ministerial, como un agente más.

Otros de los aspectos que analizados en retrospectiva; para quien integró la Dirección de Salud Mental en aquel momento, podrían haberse abordados de otra manera- pero que no puede dejar de entenderse dentro de aquel contexto-: Por un lado, existía una partida presupuestaria propia para Salud Mental (años 2003), que se habilitó con total libertad de uso. A la par, también se estableció una mejor y fragmentada partida presupuestaria para Adicciones. Se acordó destinar mensualmente un porcentaje de lo recaudado por la Lotería Provincial para esta área. Este modelo de organización fragmentado desde su componente económico-financiero hasta la actualidad continúa siendo un obstáculo en la tarea diaria de los Servicios. En términos presupuestarios queda desproporcionada la relación respecto a las estructuras que debían garantizarse desde cada Dirección.¹¹

la contratación directa o tercerización de servicios privados. Así el negocio capitalista de la salud, se orientó a la extracción de ganancias de los servicios de mayor complejidad y de aquellos que brindarían un mejor retorno de la inversión, y se ofrecieron al sector privado el privilegio de la ganancia. Stolkiner (2013) nos advierte acerca de cómo todos los aspectos relevantes para la vida, e incluso la vida misma adquieren condición mercantil, o sea, condición de cosa. Este panorama favorecía los negocios de los privados que eran financiados por el estado y un engranaje del cual justicia también formaba parte. Aquí se visibiliza la importancia que adquirió la herramienta legal de ambas leyes en la regulación de estas prácticas.

¹¹ No era lo mismo el desafío de la Dirección de Salud Mental en la aplicación de programas y el andamiaje estructural que permitiera la aplicación de la ley; que el sostenimiento de los Centros de Día que debía garantizar la Dirección de Adicciones.

-Una muestra más de desacople de la Salud Mental dentro del Ministerio Provincial de Salud; que se convierte en un obstáculo, es la falta de Estadísticas. En tanto herramienta de recolección, análisis, interpretación y estimación de evidencia empírica; es imprescindible para crear nuevos conocimientos. Permitiría, a partir de su análisis, mejorar la toma de decisiones; plantear soluciones a problemas ya existentes o en conformación- hacer pronósticos en programas ya en ejecución o en el diseño de uno nuevo- Y teniendo en cuenta que el factor económico es preponderante para aquellos que deben aprobar o no una política pública y/o sus herramientas para aplicarla; es imprescindible contar con información que visibilice cuáles serían los beneficios que se obtendrían. Poder dar cuenta del real trabajo realizado; de los resultados alcanzados con dichos trabajo; realizar monitoreo y/o evaluación respecto a las respuestas que se le da a la población que lo necesita o cuáles son las problemáticas más relevantes sobre las cuales hay que trabajar mediante programas de prevención, promoción y asistencia. No existe una adecuación que contemple la multiplicidad de actividades que se realizan los equipos de salud mental: las dimensiones de trabajo comunitario; interdisciplinario; interinstitucional; de promoción; prevención o rehabilitación. Las estadísticas a nivel ministerial, están en concordancia con los datos requeridos por el Ministerio Nacional de Salud. Estas apuntan a medir la asistencia: cantidad de personas que se ven en los consultorios o se internan; basadas en los diagnósticos y la enfermedad.

Se han realizado intentos por crear una forma propia de registro a nivel provincial; pero sin el apoyo técnico informático de un programa que alcance a toda la provincia. No se ha logrado el cargado/registro de estos datos pertinentes; aun cuando hoy se cuenta con el personal administrativo que podría realizarlo.

2.1.1 Dos Periodos/ Dos Gestiones. Avanzando en el análisis; Fleury (2002, p 197) nos recuerda que la representación parlamentaria es fundamental en el proceso de traducir los intereses de los diferentes grupos de la sociedad en leyes y proyectos que reglamentan la acción en el campo social. Sin embargo, el punto de convergencia de los intereses sigue siendo el *aparato gubernamental ejecutivo*. Es a través del proceso decisorio de formulación y diseño de las políticas y de los mecanismos generados para su implementación combinados a los recursos asignados para esto que los intereses sociales se materializan en prácticas concretas de regulación, provisión, financiamiento, organización, y evaluación; creando las condiciones reales de inclusión y exclusión. Es por ello, que no resulta indiferente los actores/funcionarios políticos que representan el aparato gubernamental; sus posicionamientos y la toma de sus decisiones.

En la investigación, puede identificarse dos periodizaciones; producto del cambio de Funcionarias; donde se observa posicionamientos divergentes. Por un lado, el periodo 2003-2015 funcionarias del Departamento- y posterior Dirección de Salud Mental- quienes impulsaron la gestión desde un paradigma de Salud Mental Comunitaria, y la consecuente Ley Provincial. Y uno posterior, 2015-2018, en la cual se hizo difícil el acceso a la información o a los instrumentos que pudieran ayudar a realizar una lectura más profunda de dicho periodo – por ejemplo informes de evaluación de gestión-.

2.1.1.1 Primer Periodo. Desde el año 2003 hasta principios del 2015, podemos englobar el diseño de las Políticas Públicas en tres grandes ejes: ¹²

1-Fortalecimiento y desarrollo de la Red Asistencial Socio Sanitaria y de los Programas de apoyo social. Lo primero que se propusieron fue un trabajo fuerte hacia el interior. Que tenía que ver con generar una Red sustitutiva; no al “manicomio” en este caso; pero sí para mejorar la calidad de la atención integral brindada en la comunidad. En el 2003, el panorama de los Servicios era caracterizado por la fragmentación. Internación por un lado, que trabajaba con prácticas absolutamente manicomiales; según define la funcionaria entrevistada. Y por otro, los Consultorios Externos, con muy pocos profesionales, en general de psicología, en una práctica disociada de la Internación. Con lo cual toda la primera etapa fue de armado, de inclusión de Trabajadorxs en el Primer Nivel; en el Centro de Día y las Casas de Convivencia. Luego se suma el Programa Ocupacional Laboral. Este consiste en el conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y la participación activa en la vida social de personas con problemáticas de salud mental (incluyendo las adicciones) y de discapacidad (con énfasis en la discapacidad intelectual), a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva. El Programa se estructura con dos componentes, uno de coordinación y otro de apoyo: uno de carácter provincial, que involucra al conjunto del programa; y otro de carácter local, a cargo de los referentes de cada dispositivo desarrollado territorialmente. La Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria tiene por función el desarrollo estratégico de lineamientos técnicos generales y la gestión de recursos y articulación con otros sectores del Estado Provincial y de la Sociedad Civil.

Contrariamente a lo esperado, en relación a la responsabilidad del Estado en la garantía de derechos; la manera en que se encuentran apoyos financieros necesarios para el desarrollo de los proyectos; es a través de la conformación de una ONG. No así desde la inversión del Estado en sus propios Dispositivos/ Instituciones. Para el caso de las Empresas Sociales, paradójicamente se logró vía el desarrollo de la ONG Alibuen Patagonia; instrumento de

¹² Basado en documento Zelaya & Freytes Frey, Informe de gestión periodo 2004-2010 (2011)

gestión que permitió el sostén administrativo del Dispositivo; ya que no era compatible la comercialización como alternativa dentro de Salud. El Tercer Sector surge como una estrategia innovadora para la aplicación de la ley. En agosto de 2009 se implementó el Programa Ocupacional, pero fue recién en abril de 2015 que se formaliza; y se explicita la renovación de acuerdo de colaboración entre el Ministerio y la ONG. El proyecto denominado Isole (Integración Socio-económica y Lucha contra la Exclusión Social) permitió realizar durante el período 2009/2010 la Escuela Bienal de Operadores Socio Sanitarios y Comunitarios con orientación en Empresa Social, así como también poner en funcionamiento un total de 3 emprendimientos: Hilado Artesanal y Carpintería (en Trelew) y Gastronomía (en Pto. Madryn).

En cuanto a la incorporación de equipos técnicos para el armado de la red asistencial, se evidencia cómo una ley que no es acompañada por la necesaria carga presupuestaria; obstaculiza su aplicación. Para esta etapa de aplicación era imprescindible multiplicar y diversificar el equipo técnico profesional; lo que se realiza mediante la forma de monotributo¹³. Tomando el análisis de Rovere (1993, p.39 y 40) se puede considerar una contradicción el hecho de considerar a los Gobiernos Populistas dentro de un Modelo de Estado de Bienestar; ya que sus empleados son contemplados como fuerza de trabajo en salud y no son pensados como agentes de cambio o actores- fuerzas. La política social del Estado no parece estar pensada como parte de un sistema de Seguridad Social. Por el contrario, el salario de algunas categorías de agentes estatales/monotributistas, a partir del auto pago de sus aportes jubilatorios y obra social, podría entenderse que subsidian al funcionamiento de esos servicios. Se evidencia así la desresponsabilización del estado respecto de estos agentes que aportan a sostener el servicio.

Para el armado de la Red de Dispositivos recurrieron a modelos conocidos que habían funcionado en otros países y que por sus características se pensaban como viables de ser replicados en la provincia. Fue tomado el modelo de España, el de Andalucía. Según refiere la funcionaria era “un modelo que podíamos pensar bastantes cosas comunes de lo que se necesitaba. Lo que se evalúa es que en ese momento los cambios no podían ser pensados como en los libros; de manera progresiva. Era necesario hacer cambios radicales.” Para el Programa Residencial, y el Ocupacional- Laboral, se tomaron lineamientos del Programa FAISÉM; que es la Fundación Andaluza para la Integración del Enfermo Mental. Y el Programa para Trastornos Mentales Severos de Asturias; de ahí surgiría una referencia para que los equipos pudieran armar el Plan Terapéutico Individual. La Directora refiere que “eran documentos

¹³ Es importante aclarar que no era solo el personal de salud mental el que era contratado de manera precaria; sino que respondía a una forma de contratación que se había establecido a nivel provincial para los empleados públicos.

técnicos que se habían armado después de evaluar procesos de reforma que ya estaban en curso; y que sirvieron como referencia.”

Entendiendo que la aplicación de la Ley de Salud Mental excede el ámbito de la salud; se proyectaron reuniones para acuerdos intersectoriales a nivel provincial y nacional; con los sectores de Justicia; Policía o Ministerio de la Defensa; Trabajo; Vivienda; etc.

El trabajo intersectorial para la aplicación de la ley conjuntamente con el Nivel Nacional puede verse plasmado en los últimos cuatro años del gobierno de Cristina Fernández, desde el Ministerio de Desarrollo Social de Nación y desde el Ministerio de Trabajo, mediante la bajada de Programas. También en el último mandato del gobernador Das Neves (año 2014) se trabajó con la Secretaría de Trabajo Provincial; y con el IPV se firmó un convenio para avanzar en el Programa Residencial- para no continuar recurriendo a alquileres-. Así mismo se trabajó con mayor fluidez con los Municipios; por ejemplo se firmaron la cesión de terrenos. Pero la mayoría de estos convenios no pudieron ser aplicados.

2-Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Se apostaba a que este nivel sería enriquecido por la apertura de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria en el año 2003. Con posterioridad, año 2015, se realiza la presentación formal del programa:

“La propuesta de la Residencia es brindar una formación de posgrado de capacitación en servicio cuyo objetivo es el de formar profesionales con las capacidades y habilidades adecuadas para trabajar desde un modelo de orientación comunitaria; incorporando criterios que les permitan desarrollar con la comunidad actividades centradas en la promoción de la salud y en el abordaje de problemáticas psicosociales.”(p.3)

En el año 2003 se abre la primera sede con tres cargos en Trelew. En junio del 2006 se abre una segunda sede de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria en el Área Externa del Hospital A. Isola de Puerto Madryn. En junio de 2011 se inaugura una tercera sede en la localidad de Rawson, Hospital Santa Teresita. En 2015 la sede Esquel y en 2019 sede Comodoro Rivadavia. De la información obtenida, las expectativas de aquel momento sobre este programa no fueron del todo satisfactoria a largo plazo. Se esperaba que luego de tres años de formación lxs profesionales fueran quienes estimularan o implementaran nuevas formas de pensar-hacer, ligadas a lo comunitario; serían los que formarían a los equipos existente hacia este horizonte. Esto en la práctica no se vio reflejado como se esperaba. Es por ello que hoy se reflexiona acerca de la importancia de comenzar los procesos de formación en un modelo de

Salud Mental Comunitaria desde las Carreras de Grado; ya que allí se forman las bases con las cuales se construye un profesional como tal.

Para el armado de los equipos en el Primer Nivel se tomó como referencia el Programa elaborado para los Equipos Itinerantes Rurales; del año 2006.¹⁴ Ambos se fundamentan en la promoción y prevención de la salud.

El objetivo propuesto en el Documento lineamientos Generales para el Área Externa habla de: Promover el Desarrollo Humano y la Promoción de la Salud a través de un trabajo basado en un modelo de salud mental comunitario en el Área Externa de los hospitales provinciales de mayor complejidad, mediante la creación de Equipos Urbanos Interdisciplinarios o la inserción de profesionales del Equipo de Salud Mental en el Primer Nivel. (Dirección de Salud Mental Comunitaria, 2008)

3-Fortalecimiento de las tareas de los Equipos dentro del marco del Modelo de Salud Mental Comunitaria. Se lleva a cabo a través de dos estrategias principales: Programa de Capacitación en Servicio y Evaluación sistemática de los efectores de la Red (tanto interna como externa)

Según Zelaya & Freytes Frey (2007), fue una inversión importante la que se realizó en esos años para el Programa de Capacitación, el que estaba destinado a todos lxs profesionales -los que ya estaban en los servicios; los que se incorporaban, y como parte de la formación de lxs residentes- Era fundamental para las Directoras ir acompañando a los Equipos que tenían que reformular ciertas prácticas. Algunos de los temas abordados eran: La experiencia de desmanicomialización de Río Negro, Abordaje Comunitarios y Redes Sociales; Empresas Sociales, Problemáticas Sociales Complejas, Salud Mental y Derechos Humanos, Herramientas grupales en Salud Mental, entre otros. La Funcionaria refiere:

“Esta Dirección tenía sus particularidades en relación al funcionamiento del resto de las direcciones; se caracterizó por tener mucha presencia en los territorios con los Equipos (...) Si bien el Nivel Central es un nivel programático, y a veces eso era una discusión al interior de Salud; se consideraba que había que estar al lado de los Equipos.”

-Desarrollo de un Programa de Salud Mental para el Área Rural: El Programa de Equipos Rurales estuvo destinado al trabajo con las problemáticas de salud mental en forma coordinada

¹⁴ Según refiere INFORME DE GESTIÓN DEPARTAMENTO PROVINCIAL DE SALUD MENTAL 2005 – 2006. Jefa de Departamento Lic. Susana Zelaya.

con los equipos de salud de los Hospitales Rurales; intentando acotar las distancias físicas y garantizando el acceso de la población a una salud integral. Tenía dos modalidades:

Trabajadorxs de salud mental insertos en los Equipos de Salud de los Hospitales Rurales (Área Programática Esquel) y Equipos Itinerantes Rurales (Áreas programática Norte y Trelew) El accionar de los Equipos Itinerantes, ha tenido un impacto positivo, logrando trabajar problemáticas locales con participación activa de la comunidad, realizar el seguimiento de Usuarixs de Salud Mental sin sacarlos de sus lugares de pertenencia. Asesorar a los equipos de salud de los hospitales rurales; realizar apoyatura en la generación de recursos que quedaran y fueran apropiados por esa territorialidad. Uno de sus principales obstáculos, por su modalidad de itinerancia, fue la dificultad de garantizar el sostenimiento de los viajes a las áreas de trabajo. Por ello, hasta la actualidad se continúan intentado diversas estrategias para sostener este programa.

4-Otras Acciones. Colaboración técnica en la redacción de la Ley Provincial de Salud Mental (Ley I N°384) y de su correspondiente Reglamentación (Decreto 1366/09). En el año 2008 se sanciona la Ley provincial N° I 384 (Ex 5845); la que para enero de 2009 se promulga. Se trabajó casi dos años para el texto de la Ley; pero este trabajo se fue realizando en paralelo a la aplicación de lo que posteriormente sería plasmado legislativamente.

En ese proceso de elaboración de la ley también se tomaron decisiones políticas y estratégicas que interpelaron las formas de trabajo reivindicadas por la Dirección. De acuerdo a la información obtenida en entrevista a la funcionaria, puede ubicarse una reflexión al respecto. Considera que el “ideal” es un proceso participativo; como forma de trabajo. Pero para este caso, se identificaban sectores con claros intereses creados y “desconocimiento” que no eran permeables a ser trabajados. Es por eso que se optó por avanzar, contemplando el momento político oportuno y el apoyo de la mayoría de los legisladores, para lograr sancionarla.

Así también se sostuvo la participación en Foros; Encuentros Nacionales e Internacionales con referentes de Salud Mental; sumaron al asesoramiento externo para la elaboración de la ley: el Foro Patagónico de Salud Mental Comunitaria; la UNLA (Universidad Nacional de Lanús); referentes de la OPS (Hugo Cohen y Morlchetti) Así también, en los cuatro años de la Dirección Provincial de Salud Mental (2011-2015) se participó activamente en la elaboración del Plan Nacional.

En una evaluación retrospectiva del proceso, se hace referencia a los trabajosos acuerdos que se realizaron a lo largo de los años; los que no lograron ser plasmados en Programas/

Convenios o Planes; que trascendiera a las personas que ocupaban en ese momento el lugar de funcionarias. Si bien la ley es una herramienta para reclamar el aporte y el trabajo mancomunado con otros sectores del estado; no se pudo plasmar el trabajo en un Plan Provincial. Por otra parte, los Programas hubieran podido tener su Resolución Ministerial, en articulación con otros Ministerios; lo que hubiese dejado sentada las bases hacia el trabajo futuro. En la actualidad, esto hace que a la hora de avanzar con los proyectos, los mismos queden ligado a la “buena voluntad” de los funcionarios de turno.

2.2.1.2 Segundo Periodo. A partir del año 2015 se produce el cambio de la Directora de Salud Mental; esta se configura en una nueva etapa por las características contextuales de cambios a nivel Nacional -asume como presidente Mauricio Macri-; y los correspondientes cambios en la Dirección Nacional de Salud Mental -asume Andy Black-; y los producidos en la Dirección de Salud Mental a Nivel Provincial.

En este contexto complejo se da la gestión de la Directora (2015-2019) quien realiza principal hincapié en lo que considera el mayor obstáculo con el que se encuentra: El proceso de desfinanciación. Según refiere, esto ha impedido pensar y aplicar lo planificado por esta gestión. Por ejemplo, tenían previsto y presupuestado un subsidio para 4 viviendas asistidas en la provincia; y en el paso de Ministerio a Secretaría, no se pudo concretar. Así también tuvo como efecto el deterioro en la situación salarial de los Trabajadorxs; y en el funcionamiento de algunos dispositivos.

Se resalta la importancia de contar con el financiamiento adecuado para la concreción de políticas de Salud Mental; como fuera expresado con anterioridad. Pero asimismo, e intentando ampliar el análisis, se puede observar la ausencia de planteamientos o alternativas para continuar avanzando o garantizar el sostenimiento de lo alcanzado; las cuales podrían no centrarse solo en lo presupuestario. Respecto a este punto, se coincide con lo planteado por Alberdi (2006, p. 45), debemos salirnos de la explicación reduccionista y económico-legalista que supone que una justa redistribución de recursos y derechos formales, es suficiente para eliminar las diferentes formas de discriminación negativa. Es una condición necesaria pero no suficiente, ya que el mayor presupuesto para la salud mental no asegura *per se* cambios en los patrones culturales y asistenciales de quienes tienen como responsabilidad dar respuestas al padecimiento mental. Esta visión reduccionista paraliza e impide poder pensar en los obstáculos y objetivos en su integralidad; así como resignificar los recursos con los que se cuenta. Hay ciertos aspectos que dejan de poder verse. Lo que no se ve, no existe; no es posible intervenir sobre ello. Se percibe en esta época, como discurso instalado y replicado: la

inaplicabilidad de la ley por falta de presupuesto; lo cual se configura en un posicionamiento político-ideológico.

Se evidencian tensiones; la que parece estar centrada en la profesión de quien ocupa el cargo- explica en la entrevista q es la primera psiquiatra a cargo de Dirección de Salud Mental y Adicciones-. Se percibe un intento de reivindicación de la profesión; aludiendo a la importancia de lo interdisciplinario, “sin el desmerecimiento de ninguna disciplina”. Aquí aflora una de las disputas históricas en el campo y de la cual la provincia y los equipos, no están ajenos. Se alude a la vigencia de discursos “antipsiquitría”. También se percibe en la entrevista esfuerzos por demostrar que no existe tal oposición a lo comunitario; sino que se puede hacer convivir ésta perspectiva con la importante perspectiva clínica. Este planteamiento, que aparenta ser superador de la tensión histórica, resulta interesante; pero no se ha podido percibir en la investigación como sería la propuesta concreta para llevarlo a la práctica.

Estos discursos que se transforman en “ruidos” deben poder situarse en contexto. Esta disciplina representaba un constructo de ideas y de posicionamiento político-ideológico que es rechazado por muchos. Y coincidentemente se da, la asunción de esta nueva Dirección, con el cambio ideológico del rumbo del país; de la Salud y de la Salud Mental en particular. Un periodo que se vivió como un retroceso, respecto a lo que se consideraban avances en la aplicación de la ley. Se pasaba de un modelo que puede caracterizarse como “populista” a uno de corte “neoliberal”. En este contexto, no es menor que la Funcionaria que ocupaba el lugar de gestión tenía una doble función: era Directora Provincial de Salud Mental Comunitaria, y a la vez, tenía un lugar de participación activa como Secretaria de la Organización de Psiquiatras a Nivel Provincial y Nacional (APSA) Esto implicaba que ante cada declaración de APSA en oposición a la ley; sea ligada al posicionamiento como Directora Provincial.

Realizando un análisis de la entrevista con la Directora Provincial de este periodo podemos realizar algunos señalamientos:

1- Respecto a las metas y proyectos de la gestión:

- Continuar trabajando para acortar las distancias de asistencia a las áreas rurales y mejorar la accesibilidad urbana.
- Respecto al Plan de Viviendas Asistidas: retomar gestiones de la anterior Directora; intentando avanzar en la práctica para multiplicar el Programa Residencial en varias localidades.
- Continuar reforzando el trabajo de prevención con la población con problemáticas de Salud Mental y Adicciones.

- Estimular la creación del Consejo Consultivo en Chubut; esta como idea pensada a desarrollar.

2-Respecto a los objetivos alcanzados/logros.

- La elaboración de un Plan Provincial Integral de Tratamiento de las Problemáticas de Consumo; en el 2016. Esto marca un giro técnico político; donde se observa por ejemplo el reemplazo de la palabra “adicciones” por “problemática de consumo”; resignificando y reconfigurando el abordaje de la problemática desde lo multicausal. Ya no se encuentra centrado en la cantidad de sustancia, sino en el sufrimiento que lleva a esa persona a consumir; su contexto y lo problemático que le resulta. Se define la integración de los Centro Integral de Tratamiento de las problemáticas de Consumo –CIT; antes Centro de Día de Adicciones- a la red de asistencia de los Servicios de Salud Mental; planteando un abordaje integral. La división de la Dirección de Asistencia, de la de Prevención y Promoción; se argumenta desde la necesidad de tener un área específica que apunte a trascender lo asistencial sanitario y abordar la problemática intersectorialmente y en el territorio.

-Respecto de la Ley Nacional, se realizó el CENSO que estaba previsto en Artículo 35¹⁵:

Se efectivizó en toda la provincia, específicamente a los privados; se configura como un logro teniendo en cuenta que no había sido posible en los casi 10 años de la sanción de la ley. En este sentido, cabe señalar que fue impulsado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones a cargo del Lic. Luciano Graso¹⁶. Esto permitiría tener un panorama estadístico y situacional de la provincia.

-Modificación de la Ley Provincial: Se incluye en la Ley provincial las Adicciones¹⁷ y la Perspectiva de Género¹⁸. Así también se establece la creación del Órgano de Revisión¹⁹ y se pone en funciones la Secretaría Ejecutiva del mismo. La ley nacional establece la creación de los mismos para garantizar la protección de los derechos humanos a través del control de la

¹⁵ ”Ley 26657.Art.35: “Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas (...)”(Ministerio de Salud & Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013)

¹⁶ A partir de Diciembre del 2017.

¹⁷ Ley provincial I-648. Art.3. Inciso 5: “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.”

¹⁸ Ley provincial I-648.Art. 6 Inciso 13: “La presente normativa se enmarca en el respeto a los Derechos Humanos de las mujeres y las personas que componen el colectivo lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT+)(...)”

¹⁹ Ley provincial I-648.Artículo 34° bis: ”Créase en el ámbito del Ministerio de la Defensa Pública del Chubut el Órgano de Revisión Provincial con el objeto de defender y monitorear el cumplimiento de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales y/o consumos problemáticos.”

aplicación de la ley (internaciones, planes terapéuticos, externaciones en públicos y privados); la recepción de denuncias y la explicitación de sugerencia a la autoridad de Aplicación. Esto genera expectativas sobre la aplicación del artículo 27 de la Ley Nacional; ya que tanto a nivel provincial como nacional, no se ha avanzado en la readecuación de instituciones monovalentes y en la cobertura de las prestaciones necesarias por parte de las Obras Sociales. También se genera una instancia importante a la cual recurrir en el caso de incumplimiento de los derechos de las personas.

-Se puede considerar como avance la reducción de derivaciones a internaciones por fuera de la provincia; sobre todo en lo que tenía que ver con las Comunidades Terapéuticas. También hace referencia a que estas comunidades deberán ser contempladas para que realicen las readecuaciones pertinentes.

-En su periodo de gestión se logra el ingreso a Planta del grupo de Operadores de Apoyo; quienes eran los que habían quedado en desventaja en la forma de contratación por ser una figura muy nueva para el Ministerio.²⁰

-En el marco del trabajo intersectorial e interministerial pudo darse la coordinación con el Director Nacional de Salud Mental y Adicciones, Lic. Luciano Grasso; abriendo capacitaciones en modalidad virtual y presencial para todos los servicios.

2.2.2 Disputa de Sentidos. Se encuentran contradicciones en el posicionamiento y la tomas de decisiones entre ambas Direcciones de Salud Mental. Se identifican algunas lógicas políticas que se ponen en tensión a partir del cambio de gestión:

- Consumo Problemático; dos perspectivas diferentes: Una de las mayores discusiones, que perduran hasta la fecha, está centrada en la fragmentación entre Salud Mental y Adicciones; teniendo en cuenta que con la ley 26657 establece en su Artículo 4º que “(...) las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. (Ministerio de Salud & Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013, p. 13)

Se puede identificar una postura en el primer periodo de Dirección Provincial, más afín a la idea de unificación de las áreas; desde una perspectiva de abordaje integral dentro de la red de Salud Mental y Adicciones. Encontrándose una postura contraria en la Dirección del segundo periodo, quien reivindica el funcionamiento de las dos Direcciones separadas, remarcando

²⁰ Es importante aclarar que la decisión política de incorporación de estos y otros trabajadores, la toma el Ministro de ese momento, luego de un conflicto gremial que duró casi 30 días; acompañado por la toma de los edificios de dos áreas Programáticas- Esquel y Norte- Previo a lo que en meses posteriores fuera las elecciones, y re candidatura del Gobernador.

como logro el abordaje específico de las “adicciones” dada su relevancia como problemática. Podría inferirse que el manejo de presupuesto propio y exclusivo de Adicciones, puede influir en las posturas.

Lo que se planteaba desde la Dirección de Salud Mental, del primer periodo identificado era una perspectiva de abordaje desde lo socio comunitario para las Problemáticas de Consumo. La Red de Asistencia, estuvo pensada en términos de dimensiones de atención, y no de niveles de complejidad. Desde esa lógica, no tendría sentido armar Dispositivos ligados a problemáticas:“(…) Es como si vos hiciera el Centro de Día de Esquizofrenia, o el Centro de Día los Trastornos Bipolares o de los Trastornos del Estado de Ánimo.” Los Centros de Día de Adicciones, prometían realizar un abordaje integral de salud, pero en la práctica para acceder al mismo, se establecían ciertos criterios que excluían a la mayoría de la población que necesitaba de la asistencia. Se trabajaba desde una perspectiva Abstencionista; en el marco de la cual se exigía, por ejemplo, asistir desintoxicado para ser asistido. La respuesta de tratamiento en general estaban centradas en la Internación en Comunidades Terapéuticas; la mayoría fuera de la provincia. Lo que se configuraba como violatorio de la Ley Nacional donde se establece claramente que los tratamientos deben ser brindados en los lugares de referencia y la comunidad en donde la persona vive. En medio de estas instancias- Centro de Día de Adicciones y Comunidades Terapéuticas- no se visualiza un trabajo dirigido a la reinserción de la persona a su contexto familiar y social.

En el segundo periodo, la gestión marca como un gran acierto la creación- por Ley Provincial- de la Dirección de Prevención y Asistencia de las Adicciones, en el año 2007, incluso la necesidad de contar con dos jefaturas internas: la de Prevención y la de Asistencia de las Adicciones. Es considerada una política pública provincial destinada a jerarquizar esta problemática y dar una respuesta de asistencia integral a la misma; entendiéndola como una de las más preponderantes y en aumento exponencial. No se percibe como problemático su funcionamiento fragmentado; valorizando la especificidad de cada área. Se consideran como logros durante este periodo de gestión, el funcionamiento de ambas direcciones en el mismo espacio físico; y la mejora en la comunicación, con posibilidad de interconsultarse ante eventuales situaciones. Se detecta poca claridad o ambivalencia, de los datos obtenidos, respecto a cuáles son los objetivos que se piensan para cada dirección y cómo esto sería compatible con la perspectiva de integración que plantea la ley N° 26657.

Debemos reconocer que esta problemática ha sido la que más ha impactado a nivel social en los últimos años, incluso ha llevado al agrupamiento de familiares como Madres del Paco, Mujeres de la Vida, Madres en Lucha, etc.; quienes reclaman al Estado una respuesta ante la problemática del consumo. Coincidentemente con esto, tomando a Lewkowicz (2004) podemos

ilustrar que el tipo de sujetos que construye este tipo de estado neoliberal, ya no son los *Ciudadanos* portadores de derechos, sino que surge una nueva figura, la de los *consumidores*. Estas nuevas subjetividades ligadas a un nuevo sujeto consumidor, nos puede ayudar a entender cómo en la actualidad el lugar del “loco-peligroso” que era excluido o recludo para que no interfiriera en el equilibrio de la sociedad; hoy se transpola a la figura del “Adicto”.

Es imprescindible poder pensar desde las instancias del Estado en políticas/programas que puedan realizar un verdadero abordaje integral. La respuesta dada con la creación de esta Dirección de Adicciones y la conformación de Centros de Día (año 2007), donde el foco estaba puesto en el diagnóstico de las personas y desde un lugar desacoplado del resto del sistema de salud; ha mostrado poca efectividad. Puede inferirse que desde el Estado, pudo haberse considerado una estrategia de propaganda política la presentación de estos lugares como suficientes para dar respuesta a la complejidad de esta problemática. La misma fue acompañada con un discurso ligado a la “lucha contra el narcotráfico”; lo que hizo que desde su inicio se ligara la problemática de consumo a la judicialización.

-Las Empresas Sociales: Se observan grandes diferencias respecto a la relevancia que se le ha dado en el primer periodo -en donde se crean-; a la postura opuesta, se podría decir de invisibilización, por parte de la segunda gestión. No se observan propuestas o acciones concretas, en la segunda gestión, para continuar garantizando el funcionamiento de las mismas.

De la información recabada, puede decirse que la mayor dificultad- durante la segunda gestión- estaría centrada en la no injerencia de la Dirección Provincial de Salud Mental en lo que respecta a la generación de ganancias y la decisión sobre el destino de los fondos obtenidos. La Dirección Provincial aporta al sostenimiento con el pago de los alquileres de los lugares físicos y el equipo técnico para su funcionamiento; pero el gerenciamiento de la Empresas Sociales depende de la ONG creada a tal fin (Alibuen Patagonia). Esta última, por otra parte, es dueña de las maquinarias/equipamiento que cede al Ministerio para su funcionamiento. Esto es algo con lo que no se encuentran acuerdos posibles; y es percibido como una situación poco clara.

En su origen, se planteó una forma de funcionamiento que podría denominarse de cogestión; donde el Estado y la sociedad civil (en este caso la ONG) trabajan de manera mancomunada. Ahora, nos podríamos preguntar: ¿Es el Estado el responsable de impulsar y/o garantizar las condiciones para el desarrollo de estos proyectos a través de sus instituciones? ¿Es el Tercer Sector, a través de ONG; ante la incapacidad del Estado? ¿Es el tercer sector porque se considera que es a través de esferas no estatales que debe realizarse? ¿Es esta manera de cogestión la mejor alternativa para alcanzar este objetivo? Lo que queda claro, es que el objetivo

último de este Programa es: La inserción laboral real con los apoyos correspondientes. El logro progresivo de la independencia de las personas de las instancias institucionales cualquiera fuera-a partir del agrupamiento de las personas - por ejemplo- en Cooperativas.

Podemos a continuación esbozar un análisis respecto a el eje Trabajo dentro de las políticas de salud mental/discapacidad: Canjiano (2017) haciendo referencia a cómo surge en Italia esta idea de las Cooperativas Tipo B - década del 90' y en un Estado caracterizado como de

Bienestar- explica que: “La cooperativa social nace en este intersticio: entre trabajo no pagado, ausencia de derechos y capacidades laborales latentes.” (p. 7) Podríamos decir que es éste en el punto en el que se nos encontramos hoy a nivel nacional. Danel & Gabrinetti (2018), tomando a Mareño (2015:407), describen la situación laboral actual de esta población como con: escasas oportunidades de empleo genuino, desventajas significativas en el mercado laboral, bajos ingresos, asignación de tareas no calificadas y de escasa productividad, omisión de derechos laborales, subocupación horaria, empleos de baja calidad y altamente inestables.

En ese proceso el Estado Italiano modificó el propio rol, pasando de prestador de servicios a generador de servicios, a través de formas diversificadas de cooperativas sociales. Allí el mundo de la cooperación social constituye un área en la cual los recursos públicos entran en

“una zona protegida”, que limita derivaciones de tipo mercantilistas. Sería interesante pensar si ¿es posible en el actual rol del Estado; sus políticas sociales y legislaciones vigentes, pensar un desarrollo similar en Argentina? ¿Qué haría falta para que esto sucediera? Ya que no podemos pasar inadvertido lo que este autor manifiesta respecto a los momentos de grandes crisis económicas. Explica que las cooperativas son las primeras que quedan en desventaja; la función pública corre el riesgo de reducirse a un mero respeto de aspectos formales, lejana de la producción de servicios reales. Entonces ¿cómo puede el Estado crear posibles herramientas para garantizar su perdurabilidad en el tiempo y su “protección”?²¹

Estos proyectos que tienen un origen y un objetivo de ampliación de derechos, que apunta a generar verdaderas alternativas de inserción laboral, parecen quedar sin protección cuando un país cambia de modelo; por ejemplo se pasa de un Estado “populista” a uno “neoliberal”. En el gobierno de Mauricio Macri, se apeló al texto del decreto 432- firmado en 1997 por el entonces presidente Carlos Menem; pero nunca aplicado- dando de baja miles de pensiones no contributivas. El argumento fue que las personas poseían capacidades para insertarse en el mundo laboral; sin el acompañamiento de ninguna política pública que les permita hacerlo. Al

²¹ Es importante aclarar que pese a las enormes dificultades que se han presentado; las Empresas Sociales en Chubut han logrado continuar en vigencia.

respecto, Calfunao, Chávez, Danel, Martins, & Oldani (2019) advierten la situación de doble riesgo, en el plano semántico-discursivo, donde asumen una retórica de derechos para justificar los recortes. Se trata de una liberalización de los derechos, donde toman las banderas de lucha por acceso al trabajo como justificación del retiro de las pensiones.

La batalla parece estar ubicada en ese proceso de significación, de disputa de sentidos, sobre los que Danel & Gabrinetti (2018), refieren como *Sistema de Protección*. La protección social, desde la década del 90' y luego retomada por la Alianza Cambiemos, se transformó en un objetivo aislado, separado de una integralidad de intervenciones públicas. La protección social en dicho contexto pasa a sustituir a la concepción de seguridad social que formaba parte del Estado de Bienestar. Existe una puja de sentidos que responde a posicionamientos ideológicos, teóricos y políticos diferentes, que orientan las políticas sociales. Cuando se deja de hablar de protección; para ocuparse del "riesgo"; es cuando estas autoras hablan de que se pierde de vista la integralidad. Las políticas comienzan a focalizarse y achicarse a la identificación de poblaciones en mayor riesgo. Ya no se piensa en un Sistema de Protección, y en garantizar derechos a la población; sino en políticas para palear/ayudar a la población a subsistir.

El análisis respecto de cuál debería ser el rol del Estado- y dentro de éste-; el Estado como garante de las oportunidades de inserción laboral de esta población, amerita un análisis más exhaustivo del que se puede desarrollar en esta tesis; por lo que se deja abierta la posibilidad de ampliar este punto en futuras investigaciones.

CAPÍTULO 3: EL SERVICIO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE PUERTO MADRYN

Desde la investigación realizada se intenta describir las políticas públicas; los diferentes sentidos asociados a los modelos de salud mental; y su impacto en la estructura, en el funcionamiento y en las prácticas.

Arias (2020.p 2) diferencia entre las *Instituciones* con mayúscula, de las *instituciones* en singular. Las primeras hacen referencia al sistemas de reglas, los marcos cognitivos y morales, los acuerdos establecidos. Son esas formas sociales institucionales; objetos que interpelan en varios sentidos y se encuentran plagadas de complejidades y contradicciones. Desde esta concepción, la Salud Mental puede ser considerada como “Institución”. Ésta se materializa o corporiza en las “instituciones” -en singular-, en los establecimientos u organizaciones. Aquí se podría ubicar al equipo del Servicio de Salud Mental y Adicciones, sus Profesionales, Usuarixs, Familiares y vínculos afectivos como parte/actores. Todxs ellxs se configuran como Sujetos Sociales protagónicos de esta institución. Tomando a Fleury 2002 (p.195) para los Sujetos Sociales que se constituyen en la relación a las disputas por el poder dentro de esta institución; el ser parte de este proceso, genera una esperanza de emancipación. Es importante este señalamiento, ya que en la disputa por significados y contenidos, en ese proceso de mutua interpelación, es donde se configuran los diferentes actores. Entonces los profesionales/ equipos, son parte de esa atribución de significados; y no solo los crean y refuerzan; sino que también pueden contribuir a rehacer identidades, en ese proceso mutuo.

3.1 Red Asistencial Socio Sanitaria Local

El Servicio de Salud Mental, como Organización, está pensado desde la Ley provincial. Capítulo IV - Artículo 9º- como la configuración de una de Red Socio Sanitaria. Tiene como objetivo principal; desarrollar estrategias para fomentar la inserción de las personas con sufrimiento mental en la comunidad. En su Artículo 10º explica -que dicha Red- se conforma con Dispositivos que permitan la circulación de las personas con sufrimiento mental, según sus necesidades, bajo el principio de la continuidad de la atención. La red se fortalece y se articula en la comunidad, permitiendo la integración a la red social y aprovechando sus recursos.²²

²² Es de destacar que la Ley Provincial establece en su Art. 8º un Plan Provincial de Salud Mental; el que tiene como propósitos: a) Brindar cobertura integral y específica a la población. b) Integrar las acciones de la red asistencial socio sanitaria y de rehabilitación psico-social, a los efectos de permitir la permanencia de las personas con sufrimiento mental en la comunidad. c) Articular con los demás organismos del Estado que contribuyen a lograr la efectivización de los derechos de las personas. Y en su Art. 36º declara a la Salud Mental como la quinta clínica básica; incorporándose conjuntamente con: Clínica Médica, Pediatría, Tocoginecología y Cirugía en la Provincia del Chubut.

Puede visibilizarse en el siguiente cuadro, el crecimiento a lo largo del tiempo de la cantidad de personal Técnico y Dispositivos; lo que redundó en el fortalecimiento de la Red, la creación de nuevos Dispositivos o el refuerzo de los existentes.

²¹ Servicio de Salud M 2004	Servicio de Salud Mental 2010	Servicio de Salud Mental 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Día • Internación • Consultorios Externos • Guardia <ul style="list-style-type: none"> • Equipo: • 1 Psiquiatra • 4 Psicólogos • 2 Musicoterapeutas • 9 Enfermeros • 4 Mucamas • Talleristas Ad Honorem 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Día • Area Externa (3 Centros de Salud) • Internación • Consultorios Externos • Guardia • Equipo Itinerante • Residencia Interdisciplinaria en S.M.C. • Micro emprendimientos de Cocina y Artesanías (en planificación) <ul style="list-style-type: none"> • Equipo: • 3 Psiquiatra • 6 Psicólogos • 2 Trabajador Social • 1 Terapeuta Ocupacional • 9 Enfermeros • 4 Mucamas • Talleristas Contratados • 7 Residentes (1, 2 y 3 Año) 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Día • Área Externa (7 Centros de Salud.) y Consultorios Externos de Psiquiatría en el Hospital • ENLACE en Consultorios Externos del Hospital • Guardia • Internación • CIT (Centro Integral de Tratamiento de las problemáticas de Consumo) • Empresa Social "Nuevos Sabores". Buffet • "Cocinando Sueños" • Operadores de Apoyo y Recursos No Convencionales. • Residencia Interdisciplinaria en S.M.C. <ul style="list-style-type: none"> • Equipo: • 4 Psiquiatras • 23 Psicólogas/os • 5 Trabajadoras Sociales • 1 Terapeuta Ocupacional • 1 Musicoterapeuta • 13 Operadores de Apoyo • 1 Tallerista • 3 Técnicas gastronómicas • 6 Cuidadores de Incluir Salud • 6 Administrativos • Residencia: 1 Socióloga; 5 Psicólogas/os y 1 TO. • Enfermeras/os (pertenecen a otra Jefatura)

3.1.1 Respecto a lo edilicio: Este crecimiento y los vaivenes del proceso de conformación del Servicio; puede verse reflejado o acompañando por procesos de reforma, de gestión; de cesión y apropiación de los espacios físicos/edilicios. Entre 1991-1993 era un hospital pequeño, en el cual el servicio no tenía un lugar propio. Solo funcionaba Internación; dentro de la sala general. Después se gana espacio para la separación de sala de varones y sala de mujeres. Se encontraban ocupando el mismo espacio enfermeros de Salud Mental, con enfermeros de Clínica Médica, Tocoginecología y Pediatría. Y por otra parte estaban los Consultorios Externos, que funcionaban donde están actualmente. Los profesionales iban ocupando lugares que encontraban vacíos; de enfermería, o algún consultorios del resto del hospital.

Después del 93' se percibe como un avance y una jerarquización del Servicio contar con un lugar propio; lo que significó el desplazamiento del mismo hacia afuera y atrás de la estructura del Hospital. En ese momento la disposición de un espacio nuevo, con mayor cantidad de superficie; hizo que el Servicio rápidamente pudiera apropiarse del mismo. Más tarde; “este lugar” es resignificado, ya que termina siendo invisibilizado a nivel institucional; o comienza a cobrar otro sentido; quizás el de ubicar a la Salud Mental “allá atrás” ¿dónde menos molestara? Incluso, a nivel hospitalario, se planificaron dos remodelaciones, para garantizar espacios físicos, ante el crecimiento de la demanda general del hospital; y nunca se pensó como parte de la misma al Servicio de Salud Mental. El hecho de que el lugar físico quedara ubicado a una cuadra de la guardia y de la Internación de Clínica Médica era un verdadero problema, ya que cualquier eventualidad que sucediera “allá atrás”, dejaba sin posibilidad de acceso inmediato a los recursos para dar resolución a una situación de urgencia²³. La seguridad del lugar también fue puesta en cuestionamiento: el trayecto hasta “allá atrás” estaba sin iluminación y sin seguridad. No es menor destacar que en Internación se encuentra un stock importante de psicofármacos; que en varias oportunidades llevó a personas ajenas a la institución a ingresar para sustraerlos- algunas veces de manera violenta; lo cual ponía en riesgo a los Usuarios y el personal de enfermería-

El 11 de Junio del 2011 se produce una modificación en el uso de la estructura edilicia asignada al Servicio donde funcionaba Internación, los Consultorios Externos y el Hospital de Día. En esa fecha se toma la decisión de mudar el Hospital de Día por fuera del hospital. En ese mismo acto también se renombra a éste dispositivo como Centro de Día de Salud Mental. Esto mostraba una clara perspectiva de trabajo con las “partes sanas”; ya no con la enfermedad o los síntomas- los que motivarían el acercamiento de una persona al hospital-. Comienza a centrarse el dispositivo en las habilidades que se pueden estimular/mejorar; por otra parte, la mudanza fuera del hospital sitúa el trabajo en la comunidad. Provisoriamente el Departamento de Salud Mental designa como lugar de funcionamiento para el Centro de Día una casa que se alquila para dar comienzo al funcionamiento de la Empresa Social. Se sumaba así un lugar más a habitar para el Servicio; el que debían compartir dos dispositivos de rehabilitación.

En el año 2013; se reestructuran las oficinas de dirección y sus anexos. Se pasa el lugar destinado para Jefatura y Residencia primero al segundo piso, en la parte nueva; y luego a la Planta baja. Esta vez se le designa un espacio a la Jefatura de Salud Mental y otro a la RISAM.

²³ Esta internación funcionó siempre con la presencia solo de enfermeros 24 hs. Las otras disciplinas están presentes por la mañana de lunes a viernes. Mucho tiempo después se suma un personal de seguridad/portería.

Se ganan dos espacios físicos dentro de la institución. Y este acto no implicaba ganar cualquier lugar; era una muestra de que se habían contemplado las necesidades del Servicio.

En el año 2015; luego de mucha búsqueda de alternativas de lugares apropiados para Centro de Día se gestiona, mediante el Consejo de Discapacidad Municipal; el espacio físico de una ONG de padres-Asociación Argentina de Padres de Autistas- que estaba sin utilizarse hacia varios años. Es así que se realiza un convenio entre la presidenta de la ONG APADEA y el Ministerio de Salud; a través de un Acta Acuerdo. Se gana un espacio “propio” por primera vez, y con condiciones adecuadas para albergar a los Usuarixs.

En el año 2016 luego de una gran insistencia, se logran algunas mejoras edilicias en la Internación- la que continúa funcionando en el mismo lugar-: ampliación de espacio de enfermería; se realiza una habitación más para una cama; se reparan los baños y el sistema de calefacción y agua caliente. Quedó -desde el año 2013- como producto de aquel movimiento de visibilización y demandas escuchadas por la Dirección; un proyecto elaborado con el arquitecto de la provincia para unir el área de Salud Mental- Internación- a la estructura del hospital. Hasta la fecha no se ha vuelto a retomar.

3.2 “Lo Nuevo/Viejo”

Buscando identificar las políticas públicas aplicadas desde el Estado provincial para la aplicación de la Ley N° 26657; inevitablemente nos lleva a realizar un recorrido histórico para poder ubicar cómo y cuándo comenzaron, los fundamentos de éstas, las tensiones que allí se generaron y el contexto en el cual se desarrollaron. Para esto, debimos recurrir a un periodo previo a los definidos en el marco de la tesis (2008-2018). Necesariamente hubo que conocer los “orígenes”, para luego poder entender cómo en la práctica y en las estructuras de estos orígenes habían dejado su marca. Lo que aparece como “lo Nuevo” en términos de la ley nacional; era algo de “lo Viejo” que venía ocurriendo en Chubut.

En el recorrido de la historia del Servicio -previa al periodo elegido a estudiar- se detecta como hallazgo una figura emblemática; la Lic. Susana Zelaya (Psicóloga y ex Jefa del Departamento Provincial de Salud Mental); a la que se le reconoce como la *creadora* del Servicio. Nos interesa aquí poder detectar los esquemas subjetivos de percepción; ese concepto de *habitus* del que habla Bourdieu (1991): sistema de disposiciones duraderas, que funcionan como esquemas de clasificación para orientar las valoraciones, percepciones y acciones de los sujetos. Que constituyen un conjunto de estructuras tanto estructuradas como estructurantes: lo primero, porque implica el proceso mediante el cual los sujetos interiorizan lo social; lo

segundo, porque funciona como principio generador y estructurador de prácticas culturales y representaciones. Se intenta pesquisar todo lo que podría englobarse en la *cultura interiorizada*.

“La cultura en tanto organización social de significados, interiorizados de modo relativamente estable por los sujetos en forma de esquemas o de representaciones compartidas, y objetivados en formas simbólicas, todo ello en contextos históricamente específicos y socialmente estructurados” (Giménez Montiel, 2007, p. 49)

Un ejemplo de cuáles eran las bases de aquel incipiente Servicio las relata E.3²⁴:

“Porque Susana (Zelaya), trabajaba en los Centro de Salud; no iba al Hospital. No era intra muro; sino por fuera. Y no había mucho consultorio. No eran muchas las internaciones; había realmente un seguimiento y eran internaciones poco prolongadas (...) ella siempre sostenía que el trabajo se tenía que hacer en la comunidad, y con la gente. Esto no fue algo que se adoptó desde afuera, siempre fue esa condición de trabajo. Que así se hacía. Dándoles siempre participación a los familiares. Sobre todo basándose en los derechos del paciente (...) Esos siempre fueron los lineamientos más importantes; y sobre todo esto de tratar y generar la posibilidad de inserción social.”

Uno de los grandes logros fue la inauguración en el año 1993 según recuerda la entrevistada; del primer y único Hospital de Día de la provincia. Se hizo con la apoyatura del Dr. Cesar Bassi; y en homenaje a éste el Hospital de Día llevaba su nombre -Psiquiatra que pertenecía a la Secretaría de Salud- En el año 2000; desde el Departamento de Salud Mental a cargo de la Lic. Zelaya, se le intenta dar un nuevo impulso; realizando un programa para que se contemplen los recursos e insumos necesarios en el presupuesto anual. Era un intento más, de tratar de poner en agenda la importancia de este tipo de dispositivos de rehabilitación, y de visibilizar la inversión presupuestaria necesaria. Aunque los resultados no fueron los esperados. Es también a partir de este dispositivo -sobre todo a partir del año 2004- que se ubica la incorporación de disciplinas no-psi: Musicoterapeutas, Trabajadora Social, Terapista Ocupacional; así como Talleristas.

Respecto a esta *Dimensión simbólica* podemos encontrar vestigios de posicionamientos que pregonaba, la Fundadora del Servicio, y de los cuales se encuentran huellas:

Una colega que la acompañó en su gestión relata:

²⁴ Psicóloga jubilada. En funciones desde 1991-2015.

“ella sentía que era como un evangelista, en esta primera etapa; porque hablaba de que había que hacer esto y lo otro (...) habla de las Casas de Convivencia, de los Centros de Día, pero que no había recurso genuino.”

E.3 aporta su perspectiva:

“Susana tenía esta forma estoica del trabajar, y trabajar a destajo, sin importarle la remuneración. Y cuando ciertos profesionales o desde el Servicio le planteaban esto; ella se ponía furiosa. Porque se sostenía el trabajo como una cuestión "misericordiosa", como una cuestión de abnegación del trabajo de ayudar al otro (...) Susana hacia cloacas, ayudaba a hacer pozos.”

Se detectan dos visiones en la caracterización de esta figura emblemática. Una en la que se la evidencia como una militante por una forma de pensar y hacer Salud Mental. Incluso puede verse en perspectiva como visionaria, “adelantada” para los tiempos que corrían. Y como sucede en la mayoría de estos casos, poco comprendida. Como correlato, se observa su doblemente aguerrida postura firme para avanzar hacia ese horizonte; donde lo central eran los Usuarixs. Y otra, donde se la liga a un posicionamiento “misericordioso”; lo “filantrópico” podría decirse-; donde se le recrimina el no reconocimiento del lugar del profesional como Trabajador/Asalariado.

En ambos casos, puede emparentarse estos aspectos con los procesos de reformas por los que ha atravesado, no solo el campo de la Salud Mental; sino también los disciplinares del Trabajo Social.

Comenzando por la ya incómoda posición disciplinar de ser parte del Estado. Por un lado, ser parte del reclamo de los derechos que el Estado debe garantizar a la sociedad-Usuarixs-Por otra parte, ser parte del reclamo de los propios derechos como Trabajadorxs estatales. Donde el primero no le es ajeno; contrariamente es intrínseco a la disciplina. Donde concomitantemente existe un compromiso ético, ideológico y político que le corresponde al profesional en la tarea que realiza; y que lo hace parte de este “garantizar”.

En Weber & López (2017) puede verse como describen los orígenes el campo de la Salud Mental con una marca de la matriz filantrópica y que se vincula con abordar la problemática desde una vertiente moral y humanitaria que apunta a conservar el orden social. Esta premisa moderna radica en la idea de que “el loco tenía que ser devuelto a la razón”. Por otra parte, desde el Trabajo Social como profesión históricamente se le ha asignado la función de policía; auxiliar de la disciplina médica para educar, controlar y disciplinar al Usuarix y su familia. A principios del S.XX, Mary Richmod sistematizó el caso social individual; como método de intervención en la profesión. Proponía su metodología para el ordenamiento de la intervención

y la dividió en diferentes etapas: estudio, diagnóstico y tratamiento. Es notable que los conceptos son tomados del modelo médico, posiblemente por su ligazón con las prácticas psiquiátricas. De esta manera, la intervención profesional quedaba en el terreno de lo patológico como disfuncionalidades a ser corregidas: ajuste, adaptación y disciplinamiento; y no en relación al reconocimiento universal de los derechos del hombre. En este contexto histórico se hacía necesario que las personas se ajustaran a la modernidad y para ello se convocaba a los Trabajadorxs Sociales para ayudar a los sujetos a su adaptación e incorporación de los valores y las normas socialmente sancionadas.

Pero también podemos sumar a este análisis a otras disciplinas que conforman el campo de la salud mental. La ya analizada psiquiatría; el trabajo social y también la psicología; cuando hablamos de “control social”. E.4²⁵:

“aceptar que la psicología, en mi caso, es una pata del Control Social es re difícil. Asumir esa responsabilidad de agente efector del control social, es difícil; pero la realidad es que uno participa necesariamente; porque un informe psicológico condiciona el destino de una persona. Y si uno lo hace direccionando desde determinada manera; uno cae en el paradigmas de peligrosidad (...)”

Por otra parte, Alberdi (2006) ubica el proceso de reforma en el Movimiento Alienista²⁶ en la década del 30' en Argentina, como el comienzo de una fuerte crítica al modelo establecido (manicomial/asilar); proponiendo un modelo alternativo. Comienza una organización hospitalaria que se aboca a los problemas de asistencia social; se le da importancia a lo social dentro de lo sanitario; mostrando así una concepción de salud amplia que sacaba el foco de lo meramente biológico. Así también se liga lo social con la providencia; con la obligación del Estado de garantizar derechos. Se denuncia el flagelo de la locura; realizando críticas a prácticas basadas en tratos inhumanos.

Otro aporte nos hace Grassi (1995. p. 4) cuando incorpora la visión del “militante”, dentro de los que fue el Movimiento de Reconceptualización los Trabajadorxs Sociales²⁷; donde se

²⁵ Psicólogo. Jefe Servicio SMyA Madryn; periodo 2013-2019

²⁶ Según Weber & López (2017) la corriente alienista genera un modo de entender a la locura y al sujeto que la padece, desde una perspectiva moral. El tratamiento moral se estructura de manera de favorecer, mediante la presión social el retorno del internado a los caminos de la razón. La internación y aislamiento no bastan para alcanzar tales objetivos, el alienista debe intervenir para modificar las conductas inapropiadas producto de las pasiones. A partir de Pinel (1793)- médico francés- se construye una nosografía de las enfermedades mentales, estructurando la relación entre medicina y especialización alojándola en un poder institucional: la asistencia y la tutela. Aquí se solidifica la relación de la enfermedad con el derecho, ya que los sujetos enfermos perderán su carácter de sujeto de derecho sometidos a la autoridad del médico. El loco pasa a ser alienado y el médico pasa a ser padre de familia y juez de aquellos sujetos (García Canal, I: 2009).” (p.15)

²⁷ El marco general de la reconceptualización estuvo dado por:

a. una fuerte politización de la sociedad en general;
b. el desarrollo de corrientes críticas en las ciencias sociales, fundamentalmente de inspiración marxista o de lo que se denominó en nuestro país el "pensamiento nacional" (en el que se hicieron confluir categorías marxistas

combinaron en las prácticas aquella tradición de activismo. Refiere que estas tendencias los llevó a asumir como bandera el postulado de que la "vivencia sensible" es fuente y corroboración de todo conocimiento y manifestación de lo real sin mediaciones; y a confundir la noción de "praxis" con las acciones comunitarias propuestas como modelo de práctica profesional. Quizás algo de esto sucedía en esos "orígenes" del Servicio.

Tomando a Favero Avico, y otros (2020, p. 226) podemos ampliar nuestra reflexión: existiría una función social más amplia que tendría el Trabajo Social, la de vigilancia - corrección. Pero resulta interesante preguntarse en torno a, si ese impulso se traduce en acciones correctivas conforme a las necesidades del modo de producción o los ejercicios de poder son encauzados en producir realidades más justas. Estas autoras tomando a Danel (2020, p. 50) entienden que para "comprender los procesos interventivos del trabajo social, también ha sido necesario acompañar un giro discursivo que nos permita visualizar y comprender la eficacia simbólica del discurso profesional en la configuración de escenas interventivas". Resulta imprescindible reconocer cómo juegan en el análisis de la disciplina y en el campo de la salud mental, la tensión entre el *disciplinamiento y la transformación*. Y para ello, hay que entender los giros discursivos, la resignificación de las posiciones y discursos que performan las intervenciones.

Esta tensión entre el disciplinamiento y la transformación también puede verse hacia adentro del Servicio en su relación con el Nivel Central. Se observa en los relatos de las entrevistas que los señalamientos desde Nivel Central eran percibidos como "autoritarios". Como si no dejaran margen para re trabajarlos hacia adentro del servicio; para construir en conjunto²⁸La frase que podría representar lo relatado sería lo que venía "de arriba hacia abajo".

E.3 explica cómo la implementación de Residencia de Salud Mental Comunitaria; se vivió como algo impuesto. No fue formada desde y con los profesionales del Servicio – dónde éstos pudieran colaborar; apoyar-; sino por fuera. "Fue algo como que cayó y se puso ahí. Y creo que tenía que ver con que no querían que no se contaminaran con otras ideas u otras prácticas. El psicoanálisis, sobre todo."

Así también se marca que en el intento de cambiar las prácticas "internistas"; se decide reducir de 9 a 7 las camas en Internación. Hasta el día de la fecha esto ocasiona grandes dificultades, por el aumento de la población que requiere este tipo de atención; sumado al

con el ideario peronista); y

c. el establecimiento de una relación más estrecha de estas corrientes con la práctica política.(Grassi 1995,p.4)

²⁸ Hay que señalar que el servicio estuvo este periodo sin Jefatura; debido a que nadie quería ocupar este lugar. Por otra parte desde el Departamento de Salud Mental se hizo una suerte de "intervención" para tener injerencia directa en el funcionamiento.

crecimiento exponencial de la población en general. Esto hace que la Internación trabaje excedida en su capacidad instalada.

En el Servicio local se escuchaban dos fuertes mandatos que pueden relacionarse con aquellas premisas originales: 1-No psiquiatrizar; es decir no establecer como única terapéutica la internación y lo farmacológico. 2- No al trabajo exclusivo de consultorio individual; se exigía un trabajo por fuera de los consultorios; en la comunidad.

1-Respecto al mandato/premisa de que el Servicio y especialmente los psicólogos cuestionaban; tiene que ver con el No hacer consultorio individual, lo que era leído como una fuerte crítica al psicoanálisis. Existe aquí una tensión que posiciona imaginariamente al psicoanálisis como opuesto a lo comunitario. Como dos cosas que no podían pensarse complementadas y direccionadas hacia un mismo objetivo.

E.3 ubica como la mayor discusión, en el planteo cuando se les “prohibía” a los psicólogos hacer consultorio individual y una negativa a las prácticas más psicoanalíticas. Se pedía aplicar una política que abarcara a la mayor cantidad de personas; entonces la alternativa grupal era lo que se consideraba como adecuado.

2- Respecto a no psiquiatrizar; E.3²⁹ :

“Había mucha resistencia, por ejemplo al psiquiatra. Psicólogo y psiquiatra como dos cosas separadas. Los lugares jerárquicos de jefatura no querían desde nivel central que fueran ocupados por psiquiatras (...) Ella- Susana Zelaya- decía que medicaban mucho; que había otras formas de abordaje; que no era la manera. Y para no responder a la cuestión hegemónica; a la figura del Médico Psiquiatra Hegemónico.”

En el Servicio, en las prácticas del manejo de la guardia; el psiquiatra no era convocado. ¿Quizás desde el pre concepto de que el psiquiatra era el único que podía decidir una internación; y que ésta era utilizada siempre como primera opción? La entrevistada refiere que existía mucha resistencia hacia los Psiquiatras; entonces la estrategia era no incorporarlos.

Contradictoriamente, reconoce, que se percibió siempre ese “lugarcito” diferenciado que estos reclamaban y se les otorgaba. Y no solamente respecto a la carga de trabajo; sino también en el pago de salarios.

Intentando comprender este proceso, se detectan posturas rigidizadas, llevadas a los extremos; donde se pierde de vista el objetivo a lograr y quedan expresiones vaciadas de contenido: No al consultorio individual: ¿en todos los casos?; no involucrar a los psiquiatras en la guardia: ¿aun cuando se requiere su mirada dentro del equipo que deberá determinar cuál

²⁹ Psicóloga. Jubilada. 1991-2015

será la mejor manera de ayudar en eso que se configura como urgencia?; hacer visitas domiciliaria: ¿en qué casos? ¿Con qué objetivos? Se puede observar, como en esta tensión se pierde la posibilidad de reflexionar. La posibilidad de pensar en diversas herramientas, las que serán utilizadas de acuerdo a cada situación singular; para el armado de una Estrategia Terapéutica. Por otra parte, se percibe una cierta literalidad para entender los señalamientos.

Esto dado que en ningún lugar formal/legal existió una “prohibición”; sí una exigencia por mirar más allá de la práctica de consultorio y de lo puramente farmacológico, lo que se considera insuficiente para abarcar la complejidad de las situaciones. Puede pensarse que estas interpretaciones, son nada más y nada menos, que la expresión de la propia resistencia que se genera ante la demanda de un cambio.

Un punto para seguir trabajando es la instalación en el discurso, que hasta la fecha perdura, de que a los psiquiatras -al ser pocos- hay que “cuidarlos”. Intentar llamarlos lo menos posible en instancias de guardia, no demandarlos con frecuencia; etc. ¿Se generó una negociación implícita donde los psiquiatras ceden el rol “protagónico”; a cambio de trabajar menos horas y cobrar lo mismo o más que los psicólogos? No parecía ser un problema de cantidades de personas, ya que esto sucedía aun cuando los psicólogos eran 4 y los psiquiatras 3. Ese lugar que refiere la entrevistada como de un papel protagónico y de poder, se presenta igual; quizás de otra manera a la esperada. ¿Quizás en forma de “beneficios”, “privilegios”, un lugar diferenciado de “cuidado”, en relación al resto de los profesionales? También se pueden interpretar como muestras de poder las renuncias masivas, licencias prolongadas que han dejado al servicio en reiteradas oportunidades sin psiquiatras. Los costos subjetivos de esta lucha por el poder, para todos los profesionales que trabajan allí han sido y continúan siendo muy alto; por el malestar que genera. Y pueden observarse reales manifestaciones de malestar; estrés; enojo; desborde en algunos profesionales.

Esto nos lleva a pensar en cómo circulan estas formas de *poder*.

E.5³⁰ relata una anécdota de cuando ingresa a trabajar al servicio. Al llegar por primera vez al servicio, le hablaba a la psiquiatra como si ella fuera la jefa; ante lo cual ésta le hace saber su rechazo rotundo a ocupar ese cargo. ¿Por qué de las 7 personas que conformaban en ese momento el servicio; la entrevistada, desconociendo absolutamente el funcionamiento; identifica como figura de jerarquía a la única psiquiatra? Hay algo que está instalado en el imaginario; en la estructura que se enseña en la carrera de grado donde preparan a los psiquiatras “para ser jefes y tomar decisiones”, y a los psicólogos “para trabajar en forma colaborativa con el psiquiatra”. Esto luego se sostiene en la institución hospitalaria; por eso sorprende cuando algo de esto no se da de esa manera. En el caso del servicio no existieron

³⁰ Psicóloga. Coordinadora del Centro de Día de Salud Mental; periodo 2009-2010

psiquiatras que abiertamente disputaran el lugar de jefatura del Servicio ¿quizás porque algo del poder está presente y se garantiza; aun sin ser jefes?

Para la psiquiatra, ya jubilada, el servicio se manejaba desde un modelo “psicólogodominante”. ¿Quizás se pudo haber invertido los lugares de poder y los psicólogos terminar psicologizando las prácticas; o sea otorgar un significado psicológico a todo, incluso a lo que no lo es? ¿Acaso en este Servicio el poder estuvo siempre en manos de los profesionales psicólogos? ¿La Hegemonía como tal donde se ubicaría? Pareciera que hay algo que es parte de la cultura interiorizada que busca la manera de sostenerse, de adaptarse.

Surge otra pregunta ¿aun queriendo instalar una nueva forma de circulación del poder; ya no en relación a la psiquiatría, los profesionales psicólogos refuerzan el lugar de hegemonía de éstos? En los espacios de reflexión sobre las prácticas se ha explicitado la hipótesis de que los médicos psiquiatras siempre se van del Servicio o están desbordados; porque la práctica de las demás disciplinas están “psiquiatrizadas”. Es decir, se los sobredemanda; ante la incapacidad de tolerar la angustia y el malestar de la persona/familia que se asiste; y por ello se recurre la medicalización de los síntomas a través de la demanda al psiquiatra. Estas afirmaciones también nos hacen pensar el lugar reducido que se le otorga a la profesión de psiquiatría, como si lo único que pudieran aportar es el esquema farmacológico. Aun así el hecho de que el equipo pueda haber identificado esto y ponerlo a discutir; muestra una capacidad de poder “ver” desde un constructo teórico que enciende una alarma. Esos procesos no siempre se dan en los equipo, y puede señalarnos un trabajo de desconstrucción de las miradas sobre las prácticas.

Sería poco acertado pensar a los profesionales, borrando su singularidad, homogenizando una forma de pensar y de hacer. Por ello es necesario aclarar, que se considera a la psiquiatría como parte indispensable del campo de la salud mental; y que incluso muchos de ellos son los grandes referentes de las reformas y sostenedores de un Modelo de Salud Mental Comunitaria. Esto no quita el hecho de que se detecten algunas posturas que se oponen o resisten abiertamente a la forma de funcionamiento que se plantea desde el Servicio; sobre todo, cuando se producen incorporaciones. Se registra en el cuaderno de campo anotaciones que hacen referencia a: psiquiatras que se han negado a realizar entrevistas conjuntas con psicólogos; aludiendo que no era conveniente ya que se realizaban “preguntas muy psiquiatronas”. O se resistían a realizar informes interdisciplinarios. Así como han expresado desacuerdo por tener que realizar guardia con Trabajadoras Sociales; argumentando que era una disciplina que no estaba en el nivel necesario para ser parte de un equipo de guardia. Tampoco es menor, que la mayoría de estos profesionales hayan terminado renunciando, quizás ante la imposibilidad de adaptarse a la forma de funcionamiento que cuestionaba en acto sus prácticas.

En el funcionamiento del equipo de guardia también se puede identificar una diferencia entre quienes asisten en primer lugar a realizar la primera escucha y evaluación de la situación de guardia: en general psicología en dupla con la misma disciplina o con una diferente (Trabajadora Social; Terapeuta Ocupacional; Musicoterapeuta). Y la incorporación, en segunda instancia de psiquiatría. No se presenta como una tripla de trabajo. Así también, en la evolución de la historia clínica consta muchas veces que esta la dupla deja sentado: “se realiza interconsulta con psiquiatría”. Lo “inter”, aquí, da cuenta de algo que no pertenece a ese equipo; como si estuviera por fuera del mismo. Es decir, ¿El psiquiatra se considera otra instancia diferente al proceso de evaluación que se inició? ¿De mayor complejidad?

Ya habíamos hecho referencia a que las políticas sociales en la provincia no estuvieron arraigadas a un modelo de construcción de grandes monovalentes.³¹ Lo que habíamos ubicado como una de las mayores dificultades era en relación al *Sector Privado*. A nivel provincial, previo a las Leyes, se exigía desde justicia la internación compulsiva en clínicas privadas; incluso llegaban oficios con el nombre de clínicas privadas a las que tenían que internar. Cuando se intentaban frenar estas internaciones compulsivas; llegaban oficios bajo apercibimiento de incumplimiento de deberes de funcionario público. Se realizaron, desde el Departamento y luego Dirección provincial, intentos por superar esta tensión: con los dueños de la Clínica, con los referentes de las Obras Sociales; con Justicia, hasta con Derechos Humanos de Nación. Pero la primacía del interés económico, y la incompatibilidad de esto con una perspectiva de derechos humanos, no permitieron realizar movimientos en las posiciones. La funcionaria entrevistada cuenta al respecto que el dueño de una Clínica de Madryn en particular le dice, que no le convenía tener a las personas afuera; porque a él le pagaban por las personas adentro. A esta situación compleja de intereses económicos se sumaba la colaboración de profesionales que trabajaban tanto en el ámbito privado como en el público; y que intencionalmente bloqueaban camas en el público para derivar al privado.

A nivel local E.3 relata³² que las personas tuvieron que ser llevadas a Clínicas Privadas, para poder arreglar el Hospital. Internaciones que el Estado pagaba al privado:

“Fue muy difícil. Había que ir a entrevistarlos allá; muy difícil también la relación con el Psiquiatra (Dueño) Es más, recibimos amenazas (...) porque según ellos, nosotros

³¹ En los dos momentos en que se identifican en la provincia Hospitales Monovalentes: Santa Teresita; cerrado en 1989 y el Amancay; cerrado en el 2003-2004. Porque en esos momentos, existieron algunas alianzas o Actores que colaboraron en desarrollo de las políticas públicas; que acompañaron al entonces Departamento de Salud Mental, para evitar el armado o crecimiento de monovalentes.

³² Alrededor de 1997 se derrumba el piso del Hospital Viejo.

le íbamos a sacar el negocio. Y ¡no! los pacientes no son rehenes para cobrar dinero. (...) los familiares que venían a pedir que sacáramos a su familiar de ahí (...)"

Con el correr de los años el crecimiento de la demanda al sistema público se ha incrementado de manera exponencial. Actualmente el Servicio Privado está conformado por dos clínicas psiquiátricas y un psicogeriátrico. Para el caso de las obras sociales que deben prestar la asistencia en salud mental, no brindan el servicio de urgencia en agudo ni de rehabilitación psicosocial. De esta manera cualquier persona que disponga de obra social³³ no tiene garantizadas estas prestaciones. Estos solo lo brinda el sistema público. Es decir, los equipos de Salud Mental realizan un doble trabajo, asisten la situación poniendo a disposición los dispositivos existentes de la red para no continuar vulnerando los derechos, pero gestionan y reclaman la asistencia correspondiente a través de la obra social: cobertura de medicación, asistencia psicológica, asistencia de psiquiatría, acompañantes Terapéuticos o Cuidadores- de acuerdo a lo que corresponda en cada caso-. Con pocos resultados efectivos, o en tiempos dilatados que no se condicen con la necesidad de la estrategia a implementar. Es decir, la aplicación de la ley parece ser solo responsabilidad del sistema público.

3.3 El Proceso del Servicio en sus Tres Momentos

Para poder dar cuenta de cómo se llegó a la conformación actual de la Red Socio Sanitaria; se han realizado cortes temporales a los fines analíticos; y puede decirse que el Servicio pasó por tres etapas.

3.3.1 Primer Momento: de Incertidumbre (2008-2011): Momento del servicio caracterizado por la sanción de las Leyes provincial y nacional. La *incertidumbre* es la palabra que puede graficar ese momento; que según el diccionario refiere a la “falta de seguridad, de confianza o de certeza sobre algo, especialmente cuando crea inquietud”. El clima laboral se complejizaba ante el desafío de repensar todo lo que estaba “establecido”. Por un lado, la estructura organizacional instituida; pero también los propios posicionamientos de los profesionales. La situación inercialmente llevaba a salirse del lugar de “confort” complejo que brindaba la forma de funcionamiento. La interpelación personal /profesional; sumado a las precarias condiciones de contratación e insuficiente salario; marcó esta etapa por el malestar institucional y las renuncias constantes- sobre todo de lxs profesionales incorporados recientemente-

³³ Por ejemplo PAMI paga una cápita a una de las clínicas; es decir esa clínica debería dar respuesta a todas las demandas de personas que tienen PAMI. Si estas prestaciones las brinda el público, no las puede facturar; porque PAMI ya le paga por mes a la clínica por hacerlo.

Lo que es visto como positivo por parte de la Dirección Provincial de estar acompañando en el territorio a los equipos; es percibido desde lo local como un “Servicio Intervenido” por la Dirección Provincial. ¿Qué repercusiones o cómo afecta esto de “lo de arriba hacia abajo”?

Surge con mucha fuerza en casi todas las entrevistas la tensión con “Nivel Central”³⁴ La *vigilancia*; el “*Ojo de Nivel Central en el Servicio*”; *Presión*; “*bajada de línea*”; el servicio como *contaminante*. Un claro conflicto entre “un ellos y nosotros”; este último también fraccionado: por un lado el “servicio” y por otro la “residencia”. Además lo “central” estaba puesto en la figura jerárquica de la Dirección Provincial, y no en el Servicio; perdiéndose de vista a los Usuarixs que deberían ser los protagonistas principales.

A nivel provincial, se hace referencia al desafío de modificar en forma permanente las prácticas; ya que existe una inercia que tira para reproducir las prácticas que se aprenden en el grado. Y por ello se piensa como estratégico fortalecer los Equipos Interdisciplinarios; como estrategia para amortiguar la resistencia. Así se suman nuevxs profesionales; previa entrevista para evaluar perfiles que se adecuarán a esta proposición. En este mismo tenor se piensa la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental. Se esperaba que con la incorporación de estxs profesionales egresados e ingresados al sistema, se produjeran los cambios.

Respecto a las renuncias constantes en esta etapa, ubican como desencadenante el no pago; el pago insuficiente y las contrataciones precarias. Estas renuncias eran leídas desde la Dirección Provincial como un rechazo a la nueva ley, aunque no se registra en la investigación una expresión clara en contra de los lineamientos de la misma. De lo interpretado de las entrevistas realizadas, estos dos factores estaban presentes de algún modo. Por un lado, la no inversión económica para la contratación y los sueldos acordes para los trabajadores. Sumado a la solicitud de un mayor esfuerzo que debían realizar para el armado de una estructura diferente de trabajo. Es decir, mucha exigencia de trabajo y poco reconocimiento salarial. Por otro lado, se observan los efectos del cimbronazo que las leyes hacen a las formas de funcionamiento y algunas prácticas; lo que generaban confusión; sensación incertidumbre- no saber qué y cómo hacer-; y la sensación de desprotección ante el desmoronamiento de estructuras que “contenían”.

En un trabajo de segundo año de un residente se encuentra que entre el 2008 y 2009 las palabras que caracterizan el momento del Servicio eran: “crisis compleja” “reorganización” “reestructuración” “de-construcción” “transformación institucional”. Y describe el funcionamiento del servicio como el *furor organizandis*; el que estaba marcado por sus vetas más técnico-administrativas que de replanteo de la praxis. También se alude a los espacios de

³⁴ Dirección Provincial de SM.

encuentro del Servicio como de catarsis; puestas en escena y manifestación de conflictivas vocacionales.

Para los que ingresaban en ese momento las pautas de trabajo eran percibidas como poco claras: Una de las psicólogas relata que la demanda era:

“tenés que circular por los distintos centros de salud; no quedarte en el hospital (...)” Y la imposibilidad de encontrarse con otros para hacer equipo: “(...) cuando volvía al hospital; siempre había alguien que había renunciado o se estaban yendo (...)” En esta nueva forma de hacer; por un lado estaban desbordados porque había mucha gente por atender; y la directiva desde Nivel Central se planteaba la asistencia, pero no de esa manera; y esto no se entendía. (...) Y al no entender bien cómo serían estos cambios, o de qué manera sería, qué lugar ocuparían o de qué manera empezar a trabajar; eso molesto bastante. Y muchos decidían irse.”

La entrevistada cuenta que fueron 9 personas, de diferentes disciplinas, las que renunciaron en esos primeros días que ella ingresa. Podría decirse que estaban en tensión dos marcos que no lograban diferenciarse: por un lado el marco normativo -las Leyes-; y por otro, el Marco Operativo -estructura del servicio y la práctica-.

Con la mayor claridad que da ver los procesos en perspectiva; E.4³⁵ reflexiona y refiere que:

“los marcos legales lo que vienen a hacer es a limitar la forma de intervención del estado. (...) Vienen a decir esto no lo puedes hacer. Si vos vas a trabajar con el sufrimiento de la persona, bueno no la encierres. Pero si le preguntás al marco normativo: bueno, no las encierro ¿Qué hago?; ahí no vas a encontrar las respuestas.”

Se hace referencia a que la ley vino a cuestionar las formas enquistadas y cómodas en la que se daba respuesta. Y puede verse lo difícil que fue, primero soportar el cuestionamiento; para luego repensar y construir marcos operativos propios y locales para cumplir con el marco normativo. Cuando se logra un equipo de profesionales más estables en el tiempo, se supera esa instancia de incertidumbre, para asumir el desafío de construir nuevas formas; nuevas estructuras. La cultura/lo simbólico, que está en continuo movimiento, se reconfigura en el Servicio. Tomando el planteo de Giménez Montiel (2007, p. 35), los modelos simbólicos están íntimamente ligados a los actores que son quienes incorporan subjetivamente -“modelos de”- y los expresan en sus prácticas -“modelos para”-, bajo el supuesto de que “no existe cultura sin actores ni actores sin cultura”. De allí la importancia de que fueron éstos, y no otros los actores, los que asumieron los desafíos.

³⁵ Psicólogo. Jefe del Servicio desde 2014 al 2018.

Comienza en el Servicio la revisión y reconfiguración de las *Representaciones Sociales*. Para Giménez Montiel (2005, p. 46) las representaciones socialmente compartidas, los esquemas cognitivos, las ideologías, las mentalidades, las actitudes, las creencias y el stock de conocimientos propios de un grupo determinado, constituyen formas *internalizadas de la cultura*, resultantes de la interiorización selectiva y jerarquizada de pautas de significados por parte de los actores sociales

Este es el proceso de trabajo que se encuentra finalizando esta etapa del el servicio. Donde se describe un equipo pequeño, con varios profesionales nuevos; que frecuentemente se juntaban en reuniones que funcionaban con un estilo asambleario. Se utilizaba como espacios de revisión de práctica; toma de decisiones, análisis/diagnóstico de la situación; discusión técnica y de conceptualización; y también para la elección de representantes que ocuparían cargos jerárquicos. Con el aumento de personas en el Servicio, se realiza una división entre la Reunión General; Reunión de Coordinadores y Reuniones de Revisión de Práctica como instancias diferenciadas de trabajo.

¿Usuarix o Paciente? Lo simbólico también contempla los ritos y los actos *performativos*. Ortega (2015, p.283) explica que las “expresiones performativas”³⁶ hacen referencia a lograr ciertos efectos por (el hecho) de decir algo. Debemos notar que “hecho” y “acto” se corresponden; por lo que es de gran importancia cuando el equipo comienza cuestionarse, por ejemplo, como nombrar a ese otro a cual dirigen sus prácticas: ¿Usuarix o Paciente? E.5 dice “alguien, de nivel central comenzó a llamarlos Usuarixs (...)”

Se observa que se alterna el uso de un término u otro de acuerdo con el receptor al que va dirigido: por ejemplo; en las interconsultas que el Médico de guardia hace al equipo, éste deja por escrito la devolución de la evaluación realizada; y mayormente se encuentra la referencia de la persona como Paciente. Lo mismo sucede cuando se habla con personal médico o enfermería de otros servicios. En los diálogos entre el equipo, los informes realizados para justicia, por el contrario, se encuentra referenciada a la persona como Usuarix ¿Como si se necesitara, para ser entendidos, hablar el mismo idioma? ¿Cómo una muestra de la colonización de ese modelo médico-hegemónico que persiste en los equipos?

Lemus Alcántara, Hamui Sutton, Ixtla Pérez, & Maya (2017, p. 100 y 101) explican que el nombrar como paciente responde a un modelo que impide una dinámica de horizontalidad entre personal de salud y sujeto-comunidad. Por otra parte, borra la singularidad del sujeto, lo cual es incompatible con la manera diferenciada en que las personas viven, enferman, trabajan y mueren. La atención a la salud en las sociedades capitalistas encuentra en la noción paciente,

³⁶ Concepto acuñado por John Austin (1971:167) desde la filosofía del lenguaje.

dos rasgos esenciales, pasividad e individualidad; ambas útiles para operar la homogeneización y para cosificar al sujeto. Los mismos autores hacen referencia a cómo este concepto de paciente también resulta anacrónico para el discurso empresarial; por lo que ubican que es desde ese sector que surge el concepto Usuarix. Se cambia paciente por Usuarix confiriéndole la cualidad de elegir dentro de las opciones que ofrece el mercado; como si cualquier sujeto pudiera, estar en iguales condiciones para elegir. En la práctica, el término Usuarix no faculta al individuo a elegir dónde quiere atenderse o tomar decisiones sobre la atención recibida. Los vincula al sistema de salud desde un esquema producto-consumo; donde las leyes de mercado regulan la atención y definen el tipo de relación.

Butler (1997, p. 62) refuerza que el Nombrar requiere un contexto intersubjetivo, así como una forma específica de *dirigirse a alguien*. Ya que el nombre emerge como un neologismo que se dirige al otro, y mediante esta llamada, el neologismo se vuelve propio. Su objetivo es indicar y establecer a un sujeto en la sujeción, producir sus perfiles en el espacio y el tiempo. Su operación repetitiva tiene el efecto de sedimentar esta "posición" con el tiempo. Es decir, no es menor la forma en que se llama a este Otro; y el cuestionamiento interno que se hacía el equipo.

“yo entendía la importancia del cambio de denominación y desde mi disciplina es muy importante el significado que uno le da a las palabras. Pero era muy difícil para nosotros mismos, tener que cambiar la palabra. (...) cuando uno tenía que hablar con otros Servicios, con los médicos por las interconsultas, empezar a introducir la palabra

Usuarix ¿Qué me querés decir con Usuarix? ¿Qué es Usuarix? (...) se hizo un poco tedioso e incómodo al principio. Pero yo creo que como todo, va fluyendo, y creo que incluso ya ahora lo adoptan; lo toman (...)”E.5

Resulta interesante poder reflexionar sobre lo observado a la luz de los aportes de Danel (2020, p. 3) para entender las narrativas “(...) como contingentes, situadas, epocales, fruto de lo social significado y lo discursivo performando lo social (Butler, 2002; 2007)”. Poder ubicar estos giros lingüísticos/ discursivos como intento por deconstruir las nociones; con la finalidad de generar contrasentido. Nombrarlos como Usuarixs y no pacientes, por parte de Nivel Central y adoptado por el Servicio; puede decirse que fue el intento por romper con la lógica hegemónica; resignificando al Otro como Sujeto con derechos.

Stolkiner (2012, p. 4) refuerza esta idea cuando cuenta de donde surge el nombre, desde la Asamblea Permanente de Usuarixs de los Servicios de Salud Mental – APUSSAM. Los participantes, en un acto de elección, deciden autodenominarse como *Usuarixs*. Justamente para diferenciarse de “pacientes”. Se deduce que han tomado el término Usuarix en su

definición más esencial: quien hace uso de un Servicio. Al definirse de esta manera, descartan hacerlo por tipos de “enfermedad” o “patología”; e incorporan la denominación “padecimiento mental”. Hay algo del respeto por la decisión del otro a ser nombrado así. Y podríamos continuar pensando en mejores neologismos que no tenga una implicancia mercantilista; pero también podemos preguntarnos ¿Quiénes son los profesionales o académicos para cuestionar esta decisión?

Por ejemplo, en el caso de las Empresas Sociales se los denomina *Emprendedores*; en vez de pacientes o Usuarixs. Resaltando su lugar ligado a la productividad laboral y a la reivindicación del potencial y las capacidades para emprender y ejercer un trabajo.

Según Giménez Montiel (2007, p. 32) todo puede servir como soporte simbólico de significados culturales: no sólo la cadena fónica o la escritura, sino también los modos de comportamiento, las prácticas sociales, los usos y costumbres, el vestido, la alimentación, la vivienda, los objetos y artefactos, la organización del espacio y del tiempo en ciclos festivos, etc.

Entonces otro de los cambios que se pueden ubicar en el servicio y que pasa a formar parte del simbólico del mismo, fue la discusión respecto al “Uso o no del Ambo” /vestimenta del profesional:

“Fue muy cuestionado el uso del ambo, en ese momento. De hecho yo deje de usar el ambo cuando nos mudamos a la 9 de julio. El ambo lo usabas dentro del hospital, cuando trabajábamos allá (...) Se asociaba la cuestión del ambo con algo más asistencial; y no usarlo, era como estar más metido en la comunidad. Aunque también se decía que usar el ambo dentro del hospital era necesario porque habría puertas para acceder a los servicios, lugares, para gestionar cosas dentro del hospital. Se asociaba más a la parte hospitalaria, a la parte, más hegemónica (...) pero se empezó a notar más la proximidad de nosotros con los Usuarixs. Y de una manera más horizontal. No tan verticalista y de marcar la diferencia con el ambo (...)”E.5

El lugar donde el equipo/profesional comienza a ubicar al otro sujeto/Usuarixs; a su vez modifica, en este proceso intersubjetivo, al propio equipo/profesional. El ambo fue cuestionado como símbolo de lo hegemónico; como la barrera que separa los “sanos” de los “enfermos”; como forma de colocar al otro en un lugar de inferioridad; fueron los argumentos por los cuales muchos profesionales eligieron dejar de usarlo. Sin embargo; el ambo es utilizado por ejemplo para asistir a la guardia; para circular dentro del hospital. ¿El uso del ambo es estratégico porque abre puertas para circular y “pertener” a la institución hospitalaria? Para otros, el uso se asocia a la comodidad y la reducción de costos económicos personales.

Es importante el significado que se le atribuye, y el intento por manifestar el cambio en algo visible como la vestimenta. También debemos estar advertidos de que no resulta suficiente si se piensa en un cambio más amplio de prácticas y posicionamientos; ya que esto no solo depende de la vestimenta. Es decir, se puede dejar de usar ambo y aun así continuar reproduciendo prácticas manicomiales. Pero se entiende éste como un elemento más que cuestionaba y cuestiona el modelo instaurado.

Para el Centro de Día esta etapa fue fundamental; a partir del 2008 comienza a surgir la necesidad de reconstruirlo, de repensarlo; ya no como Hospital de Día, sino como Centro de Día. Se escribe tiempo después que el objetivo del mismo es:

“El Centro de Día es un dispositivo de rehabilitación psico-social, destinado a Usuarixs del Servicio de Salud Mental que padecen algún tipo de sufrimiento mental crónico o transitorio. La idea de sufrimiento mental implica contemplar indicadores de vulnerabilidad. Es un dispositivo terapéutico asistencial, que apuesta a la subjetivación como horizonte primordial de la rehabilitación. El objetivo es que cada persona pueda alcanzar el mayor grado autovalimiento posible.”

E.5 Retrata la imagen que le queda grabada cuando ingresa al Servicio; más específicamente al Hospital de Día- En el año 2008- Refiere que si bien nunca estuvo en un “manicomio”, lo más cercano que podía relacionar era esto:

“Haber entrado la primera vez al Hospital de Día... estaba todo oscuro. Las ventanas, estaban cerradas. Había ventanales grandes; que después fuimos descubriendo que se podían abrir. Todo un ambiente oscuro. Los pacientes solos, sin interactuar, cada cual por su lado. Recuerdo haber visto a L, y que me dio mucho miedo, en ese momento, muy bizarra; en un rincón; sola. (...) en ese momento, no había actividades. Entonces no había nadie que coordinara; me dio como... miedito entrar ahí. Después con el tiempo fui viendo; y entendiendo que podíamos organizarnos de otra manera... Fue diferente. Uno después va a haciendo lazo con los Usuarixs. Pero en ese momento, esto de fumar adentro; todo cerrado; cada uno por su lado (...) los Usuarixs que iban a Hospital de Día; muchos de ellos estaban internados. Yo los veía muy medicados, muy abúlicos, afásicos. Pero estaban internados en agudo.”

Esta forma de funcionamiento refiere que estaba naturalizada y en ese momento en particular sucedían tantas otras cosas en el servicio que no se cuestionaba esto. El equipo en ese momento iba perdiendo compañeros que renunciaban; discutían sobre cómo funcionar; pero no se veía al Usuarix. Fue luego, cerca del 2010 cuando comienza a establecerse un equipo mínimo de profesionales que comienzan a plantear ¿Qué se quiere de este Dispositivo? De pasar a estar

toda la mañana y la tarde; incluso dormir la siesta en ese lugar; se convocó a las familias y vínculos afectivos para que las personas comenzaran a compartir la cotidianeidad en sus casas. Se deja de brindar el almuerzo; contemplando aquellas situaciones económicas que ameritaran la gestión de bolsones de alimentos en la municipalidad; o en los casos de falta de apoyatura y habilidades perdidas; la vianda se retiraba de la cocina del hospital. Esto permitió que las personas pudieran compartir la instancia de almuerzo y cena con las personas que convivían.

Retomando las palabras de la entrevistada; comenzaron a “Abrirse las ventanas”; y se comenzó a ver más allá del edificio. Se comenzó a habitar ése, y el nuevo espacio – en el 2011- desde una resignificación del dispositivo; se reconstruye esa forma de dispositivo.

Se realizan pequeñas modificaciones; pero que ubican el foco en la persona: identificarlos; elaborar una evaluación de los que estaban en ese momento (identificar por ejemplo área en las que necesitaban mayor apoyatura) Se incorpora una Planilla de Admisión; ya que eran muy confuso y difícil de agrupar personas en agudo-internadas con aquellas que estaban en ambulatorio. Se comenzaron a establecer objetivos ¿A qué irían al Centro de Día?; a escribir esas estrategias terapéuticas que eran ordenadoras. El primer señalamiento estuvo en diferenciar los momentos de un tratamiento; el agudo que debía cursar en la internación, y la instancia de su rehabilitación como otro momento que permitiera pensar en su reinserción psicosocial.

Así como fue el primer dispositivo que incorpora las profesiones de Trabajo Social, Terapia Ocupacional y Musicoterapia; también surge la necesidad de crear la figura del Operador de Apoyo. Esta última adquiere una gran relevancia, y termina de cumplimentar el equipo necesario para avanzar con los objetivos propuestos. Comienzan las pequeñas incursiones en la comunidad: el contacto con el municipio; pero también con Organizaciones culturales como el Espacio Caracol; con el cual intercambiaron actividades y se trabajó de manera conjunta. Así también se relatan en las entrevistas los avances en las estrategia terapéuticas individuales a partir de la apoyatura del Operador.

Un punto para destacar; que se menciona en esta etapa; pero que recorre el resto; es el trabajo en el Primer Nivel de Atención. ¿Desde qué lugares, el Servicio de Salud Mental, se plantea el trabajo en Atención Primaria de la Salud? Se pone en tensión lo Extra y lo Intra Muro; lo Hospitalocéntrico. ¿Qué imaginario había de los muros? Lo que surge pareciera ser una posición que “incomoda” del que está por fuera; la sensación de “desprotección” ya que de alguna manera los muros “contenían”. Luego se produce un cambio de nombre a Área Externa; intentando marcar la diferencia del trabajo por fuera; descentralizado. Cabría preguntarse ¿externo a qué?; entendiendo que el foco está puesto en la descentralización como el cambio

de lugar físico; pero poco se habla de los objetivos de Atención Primaria de la Salud y la comunidad.

Tomando a Carballada (2018. p.87) podemos decir que lo hospitalario y las prácticas hegemónicas, suele ser vividas como un lugar que otorga una percepción efímera de seguridad y certeza. Contrariamente, el afuera -si es que existe- suele ser algo ajeno, lejano y peligroso. En esas tensiones se construyen diferentes lenguajes explicativos acerca de los que llegan por propia voluntad, mandato, o lo que queda de viejas mecánicas sociales.

Es interesante ver como surgen en las entrevistas, como parte del análisis y el diagnóstico, la detección de las necesidades más primarias no resueltas en la población. Si bien se manifiesta no saber qué hacer con ello; con la complejidad de cada singular situación; no es menor que se pueda ver y escuchar. Lo que afirma que “todo eso” forma parte de la subjetividad de la persona. Aunque se percibe una necesaria fragmentación imaginaria, que disgregue al sujeto y determine qué le toca atender a psicología. La persona que se presenta es *con toda su trayectoria vital y todos sus recursos y carencias*. Por otra parte, se marca una clara división entre lo privado y lo público; colocando en este último todo lo complejo que el privado no quiere abordar ¿es solo responsabilidad del público dar respuesta?

Hay algo de la realidad que retorna como inabordable o que pone en jaque las formas aprendidas –en este caso- para la psicología. En la búsqueda de nuevos modos de hacer Lewkowicz (2004) señala que nos encontramos con la *perplejidad*, la *desolación* y la *incertidumbre* que genera este mismo sistema. *Perplejidad* en tanto uno se queda sin parámetros para valorar lo que sucede, lo aprendido no nos sirve; quedamos sin organizadores simbólicos capaces de significar una situación. Esta perplejidad que en muchos momentos nos paraliza, ante la búsqueda de respuestas que garanticen derechos a ese sujeto. O cuando lo que antes se hacía o se daba como respuesta, ahora ya no da los resultados que esperábamos. ¿A quién se reclama los derechos que se tienen que garantizar? Y *desolación* ante un estado que se enuncia como impotente y que transfirió hacia el mercado su potencia soberana. Se destituyó el otro (estado) capaz de proporcionar solución o castigo. Es lo que aparece cuando no hay otro al que interpelar. Entonces ¿Cómo reclamar/interpelar a un Estado que se corre o esconde? Es importante estar advertidos de que “habitamos un tiempo de *incertidumbre* -en el conjunto de las condiciones agotadas no está dado lo que viene a sustituirlas-; es también un tiempo abierto de creación” (p. 39)

Efectivamente este trabajo que se le demanda a lxs profesionales en el Área Externa los interpela; les impone la necesidad de repensar ¿Qué hace un psicólogox en los Caps o en un Servicio de Salud Mental Comunitaria? Y se escuchan en las entrevistas preguntas como:

“¿Cuál es mi lugar acá? ¿Desde dónde? ¿Esto es ser psicólogo? Y las preguntas que en la actualidad se repiten: E.10³⁷ “¿Qué hago? ¿Qué soy? ¿Soy psicóloga? ¿Cuál es mi especificidad?”

Pero esta incertidumbre que genera ruidos y por momentos paraliza; también puede ser el motor que incentive para la creación o re significación del lugar y posición de ésta profesión; entendiendo que no es en soledad que algunas alternativas de respuestas puedan surgir.

3.3.2 Segundo Momento: de Reconfiguración (2011-2014). Construcción de marcos operativos propios: Lo que caracteriza esta etapa es lo que explicita Hermida (2018.p.2) “hacernos carne de la dimensión institucional no ya sólo como parte del problema sino también como parte de la solución”.

Se comienza a revisar esa demanda que veía como “bajada” del Nivel Central; que ahuecaba, sin el manual instructivo que dijera cómo se hacía; eso que era recepcionada como imposición; pero que no generaba un proceso de reflexión sobre las prácticas; generaba rechazo; enojo; malestar; ruido. El Equipo se apropia de las premisas que promulgaban las leyes; pero las re trabaja; las discute; las piensa en la práctica a partir de un proceso de construcción propio, local, singular.

Como explica Hermida (2018) “Sabemos que la identidad no es positiva en términos de una esencia que se revela a partir de un proceso lineal. La identidad es ante todo diferencia y separación”; por lo que este proceso de construcción de *identidad* del servicio, no era un proceso opositor ideológico-político en contra de la ley- como podía haberse llegado a interpretar desde la Dirección Provincial- Sino que ese movimiento de separación era el paso indispensable para constituirse como equipo; para el cual era necesario esa separación y diferenciación de Nivel Central. Se puede inferir que hay un movimiento de reposicionar “lo central” colocándolo en lo local. El equipo que puja por modificar los preceptos y la prácticas, contrario a lo que predecían la Dirección Provincial -iba a darse a partir de la incorporación de los que terminaran la RISAM-; surge de las nuevas incorporaciones de profesionales de diferentes disciplinas que estaban comprometidos con el proyecto de la ley. Fue un proceso de mucha discusión interna -a veces percibida como excesiva-; pero fueron en esos espacios donde se empezaron a dar contenido a las demandas; a trabajarlas y no responder de manera automatizada; a comenzar a alojarlas. Fue el equipo quien las significó; los que las llevaban a la práctica, y los que explicitaban las dificultades que ello les generaba. Esos espacios -que no

³⁷ Psicóloga. Coordinadora del Área Externa desde el 2011 al 2015.

eran percibidos así en aquel momento- eran espacios no sólo de revisión de práctica; sino de construcción de capital simbólico y de conocimiento situado; que dejarían huellas.

Se puede pensar que el primer proyecto presentado para una jefatura³⁸, por parte de una Psicóloga y egresada de la RISAM, fue un momento bisagra. Plasma lo que de alguna manera el equipo venía trabajando y deja sentado parte de lo que se tomaría de base para continuar. Intenta unificar el Servicio. E.6³⁹ Recuerda que si bien esa Jefatura no estaba legitimada por el Servicio; sino que había sido designada verticalmente desde nivel central; ayudó a comenzar a cerrar esa grieta entre lo que era el Servicio y la Residencia. Comenzaron a darse posibilidad de encuentro en reuniones donde se discutía qué tipo de trabajo se iba a dar en los Centros de Salud. Si bien la residencia tiene un programa con objetivos de formación propios; estos debían ser integrados a las prácticas de los profesionales del servicio; ya que los fines últimos eran los mismos.

El proyecto, si bien no pudo ser llevado a la práctica por esta jefatura, refleja algunos puntos interesantes que se fueron logrando con el correr del tiempo. La aplicación formal de la Red Asistencial; donde aparecen los diferentes dispositivos. Se explicita la necesidad de contar con Equipos itinerantes Urbanos Interdisciplinarios -los Equipos que luego se llaman de Área Externa- y Equipo Rural Interdisciplinario. Habla de la importancia del trabajo intersectorial. También la apuesta a la formación, capacitación del equipo del Servicio. Propone generación de espacio de capacitación y revisión de práctica. Respecto a la Internación; deja explicitado los parámetros planteados por la ley. Y se enuncia a enfermería como parte del Servicio, a pesar de que el equipo de Enfermería tiene su propia Jefatura y dependencia dentro de la estructura. Esto debido a las recurrentes complicaciones a la hora de coordinar la actividad diaria; generalmente por estas dobles o triples jefaturas, a veces con lineamientos divergentes. Contrariamente, en las anotaciones de campo, se registra que a la hora de hablar del Equipo de Internación, se hace referencia a psiquiatría, psicología; trabajo Social; y se nombra como una parte diferente a la Enfermería. Por lo que se entiende que la incorporación de enfermería como una disciplina más del Equipo Interdisciplinario, continúa siendo algo a trabajar.

E.6 Recuerda cómo termina esa Jefatura; ubicando como detonante las nuevas demandas que surgen con la Ley Nacional - todavía no se había conformado el Órgano de Revisión- “justicia presionaba para que se comiencen a realizar las Auditorías al privado. Esa demanda llegaba a nivel central y ellas la bajaban para que la ejecuten los equipos locales. Eso interrogaba toda la estructura del Servicio. La demanda de Auditorías fue muy desprolija la forma en que lo establecieron, y que generó mucha pregunta en los profesionales ¿A quién

³⁸ Único documento de estas características encontrado en el Servicio.

³⁹ Psicóloga. Coordinadora del Área Externa año 2010. Jefa del SSM y A periodo 2010/2013 (suplida por Trabajadora Social mitad del año 2011 al 2013)

auditar? ¿Bajo qué legalidad auditar? ¿Que se supone que había que auditar? ¿Quién designa a los que auditaban? Eso convocó a muchos conflictos; principalmente en dos de las tres psiquiatras, que trabajaban en los privados a los que había que auditar. No era posible que se auto auditen. Este conflicto no lograba resolverse; por lo que renuncia la jefa de ese momento no solo al cargo, sino que se va del servicio- ; y luego renuncian ambas psiquiatras.”

A partir de esta renuncia y ante la necesidad de darle continuidad al funcionamiento del Servicio; el equipo empieza a conformarse como tal. Recuerda E.6: “El miedo en ese momento era que si no se definía una persona del servicio como jefe; iban a poner alguien de afuera y estarían obligados a responder sin posibilidad de plantear o proponer otra cosa.” Esto que operaba como amenazante; fue lo que logró el efecto de unión del Equipo como tal. Todos los profesionales de ese momento- incluidos los residentes- eligen a la nueva Jefa de Servicio.

El Servicio logra establecer equipo estable de 12 profesionales; además de los 7 residentes en diferentes años (2010-2011) Con el impulso de la ley nacional; comienza a pensarse no solo en los derechos de los Usuarixs y familiares; sino también en la importancia de contemplar los recursos económicos que se debían disponerse para llevar adelante un Servicio que pudiera brindar una asistencia de calidad y acorde a los designios de la ley. El equipo realiza un movimiento de corrimiento de la alienación al trabajo (en términos de Marx); reconociéndose como Trabajadorxs y reclamando mejoras ante la precarización laboral. Incluso se agremian masivamente. A la par que se comienza a establecer qué y cómo dar respuestas a las nuevas demandas de la ley nacional- lo técnico/operativo-.

Se plasma en la práctica una nueva forma de llevar adelante el funcionamiento del Servicio; ya no se piensa en una persona sola; sino en un equipo de trabajo:

“La condición fue que la Jefatura estuviera apoyada con la legitimación de las Coordinaciones de los Dispositivos. Era la primera vez que se hablaba de esta figura; la primera vez que se pensaba la gestión de un servicio desde un grupo de trabajo y no unipersonal” E.6

Esta forma de funcionamiento primero se pone en acto; luego se reclama a la dirección hospitalaria y de salud mental provincial, el reconocimiento económico para los profesionales que asumieran esta responsabilidad. Se arma una Mesa de Gestión.

El Servicio comenzó a crecer en nivel de complejidad, porque se necesitaba armar equipos en cada uno de los Dispositivos. Así también había que generar diferentes puertas de ingreso a la red. En un primer momento se ponen en función las coordinaciones de Centro de Día; Internación y Área Externa. Luego, y con un proceso diferente, se suma la de Empresa Social.

Hubo un movimiento que marcaría un antes y un después para el funcionamiento del Servicio. La nueva Jefa de Servicio acuerda con quien fuera Directora del Hospital, de profesión odontóloga que: este Servicio- como cualquier otro del hospital- tenía su dependencia inmediata y directa de la Dirección Hospitalaria; ya no de la Dirección Provincial. Esto por un lado, igualaba e incorporaba al Servicio de Salud Mental a la dinámica Hospitalaria; reconociendo la Dirección su responsabilidad respecto del mismo. Y por otro, hacía que la Jefa de Servicio ya no quedara en medio de las dos direcciones. La Dirección Hospitalaria ofició de ese tercero que mediaba en el conflicto; y que por otro lado, ayudó a aglutinar hacia adentro de la institución a un Servicio disgregado.

E.11 señala que las Direcciones, generalmente, no tiene en cuenta el Servicio de Salud Mental; no saben que existe y no saben para qué está. Considera como un obstáculo que en la direcciones siempre se conforman equipo de médicos- los Directores Generales son en su mayoría Médicos, los Directores del Área lo mismo; y Ministros y Subsecretarios también- Y allí ubica la incapacidad de entender para qué sirve Salud Mental. Explica que en general lo minimizan muchos y creen que el Servicio se maneja solo, que no necesita de la Dirección; y cuestiona la no contemplación por parte de éstos de la Salud Mental como la quinta clínica básica. Así mismo reconoce los avances que se han dado en la incorporación del Servicio a la institución en general, con el correr del tiempo y el trabajo realizado.

Hermida M. (2018) analiza que en los intentos de generar hegemonía desde arriba; es decir, desde leyes que ampliaban derechos; lo que sucedía era que faltaban cuadros que supieran decodificar esa propuesta, ponerla en acto o mejorarla incluso. Según estimaban y pensaron estratégicamente desde la Dirección de Salud Mental; estos cuadros formados serían los egresados de la RISAM; lo cual tendría mucho sentido. En la práctica no fue la posición elegida por los egresados de la residencia; por ejemplo el ocupar lugares de coordinaciones. Hermida (2018) dice que lo que sucedió en esos casos fue que “Cambiaron las leyes y no las cabezas.” Como se mencionó con anterioridad, sobre todo en este Servicio, se considera que la ley sí planteó un cambio que fue tomado por el equipo en ese momento. Esto se da a través del cuestionamiento a los diferentes sentidos asociados a los modelos de Salud Mental; a las estructuras y el funcionamiento del Servicio. Creemos que incluso ese cuestionamiento a las prácticas y las concepciones fueron los que desencadenaron renuncias de algunos profesionales; y a otros los impulsó a trabajar intensamente en la resignificación y reordenamiento de lo que se estaba haciendo. Y sobre todo, es en ésta etapa que se describe, lo que guió las decisiones, posicionamientos e intervenciones, fueron justamente las premisas de la ley. No se dio quizás de la manera que Dirección Provincial estimaba; sino desde una propia.

Empieza a visibilizarse la existencia del Servicio de Salud Mental: esto implicó cambios como la ampliación de espacios físicos para Servicio:

“Hubo toda una reestructuración; incluso se nos designaron dentro de la estructura grande consultorios para aquellas situaciones que requerían ser atendidas. Logramos que nos designen un área para el trabajo del equipo y jefatura adentro del hospital ¡en la parte nueva! que nadie había contemplado que Salud Mental estaba dentro del Sistema; por lo tanto nadie había pensado en los espacios que necesitaba Salud Mental.

Incluso nos designan computadoras, escritorios, cosas que eran esenciales (...) Se rearma toda la parte de Internación; cambiamos camas, sábanas. Hicimos la limpieza de los placares del único lugar donde funcionaba todo. Había cosas viejísimas que nadie se acordaba para qué estaban.” E.6

El Movimiento de desarmar; desempolvar y reordenar puesto en lo concreto. Y por otro lado, comenzar a exigir lo que se necesitaba para funcionar mejor. Había una naturalización de que era ésto y no había posibilidades de algo mejor. Había que aceptar; desde una posición ligada a lo que se hacía referencia como lo misericordioso o filantrópico. Quizás también el reclamo por mejoras dejó de estar solo en el nivel ministerial de la dirección, y comenzó a acompañarse desde el Servicio. Con el hecho fundamental de haber logrado sintonizar prioridades con la Dirección del hospital de ése momento. De alguna manera se rompe con la estructura petrificada.

Para el año 2012 el Centro de Día se ve resentido por el cambio de dirección. En esta etapa la falta de entendimiento de la importancia de la Salud Mental y sus dispositivos de rehabilitación complejizó el funcionamiento. Llevó a un gasto de energía el trabajo de gestionar con la Dirección para que pagara el gas, los impuestos; ponga personal para limpieza, mantenimiento. En definitiva, para que entendiera que era responsabilidad de la Dirección el funcionamiento del mismo. Debido a esto según refiere E.12 renuncia a la Coordinación.

Con la aprobación de la ley nacional; desde justicia comenzaron a enviar demandas por oficio que multiplicaron exponencialmente la cantidad mensual que se recibía. No existía un sistema de secretariado para soportar esa cantidad de demanda; por lo que la jefa de servicio era quien se ocupaba de esto; mientras se solicitaba la incorporación y equipamiento para una secretaria. La efectivización de un lugar para la tarea administrativa, ayudó al ordenamiento. Incluso con el tiempo se logra la incorporación de secretariado en los diferentes dispositivos; los cuales tenían sus propias demandas de trabajo.

Se realiza una revisión, a partir de los requerimientos de la ley Nacional, respecto al funcionamiento de la Guardia de Salud Mental. Quien era Jefa en ese momento relata que en el 2009 las guardias eran paquete de horas que contemplaba el pago de las horas de Psiquiatría; y el restante de horas que no se ocupaban se repartían en la grilla para completar las horas con psicología. Pero solo con el personal que estaba en planta – dos, en ese momento-. El resto que ingresaba con una contratación más precaria; en el “contrato” tenía como obligatorio hacer guardia. El psicólogo tenía que ir a una guardia, pero esa guardia no estaba contemplada formalmente en la lógica administrativa. Se comenzó a pensar en la jerarquización de una Guardia Pasiva de Salud Mental; en principio de Psicología y Psiquiatría, quienes eran los únicos habilitados para ello. Comenzaron a preguntarse de qué manera funcionar; a darse estrategias para trabajar de manera conjunta con los profesionales de una guardia general.

“La gran dificultad era que te llamaban, no te presentaban al paciente; que el psiquiatra no se sentía en condiciones de ir a una guardia... entonces el psicólogo quedaba como ahí haciendo magia. Tratando de resolver lo irresoluble. Como si esa persona fuese solo responsabilidad del psicólogo de guardia” E.6

Una de las psicólogas que en ese momento hacía guardia recuerda que el psiquiatra no iba a la guardia.

“Vos tenías que llamarlo por teléfono y anotar lo que él decía que indicaba como medicación. Después esto se empezó a cuestionar, el psiquiatra debería concurrir a la guardia o aunque sea hablar con el médico de la guardia respecto a la parte farmacológica (...) Y era: Acá tenés el paciente; y se borraban totalmente. Después no lo encontrabas al médico para hacerle una devolución de lo que había pasado porque se había ido a dormir, o estaba cenando o estaba con otra situación. La situación era solo del psicólogo que iba a la guardia”. E.5

La ley ordenó y ayudó a mostrar la necesidad de realizar acuerdos intrainstitucionales. Se comenzó a partir de la ley a elaborar un Protocolo de Guardia. Como pasaba con todo lo que se emprendía; no existía en otro lado de la provincia ni a nivel nacional modelos a tomar. Se vuelca parte de lo que contempla la ley en relación estrictamente a la Internación; los tiempos en que hay dar una respuesta -30 minutos para llegar-; que significaba una internación voluntaria, involuntaria; firma del consentimiento informado; lo que necesitaban los enfermeros de salud mental a la hora de un ingreso -que tenga la hoja de las prestaciones realizadas en guardia; los estudios; incluso que quien haga el pase de la situación sea un enfermero de la guardia; que este la hoja de indicaciones farmacológicas; etc.- Pero a diferencia de otros lugares de la provincia; aquí las guardias se pensaron en duplas/triplas

interdisciplinaria- cuando pudiera realizarse. A veces se conforma por dos profesionales de psicología y uno de psiquiatría; y se abre la posibilidad de que se incorporen a esta instancia a disciplinas como Terapia Ocupacional; Musicoterapia y Trabajo Social. Esto se fundamentaba en la multiplicidad de tarea, la complejidad y responsabilidad que implicaba la nueva forma de pensar la Guardia. Ya no es justa quién decide quien se interna; es un equipo interdisciplinario, que con una evaluación integral, en algunos casos debe “torcer” la voluntad de la persona; o no. Debía ampliarse la evaluación contemplando no solo el diagnóstico, sino los factores de riesgo, la existencia o no de red de contención; armar una estrategia para dar respuesta con los recursos con que se cuentan en ese momento. Por otra parte, había todo un “trabajo extra” de vincularse y realizar acuerdos para contar con la “colaboración” de médicos y enfermeros de la guardia; quienes solían correrse de la situación cuando veían que había personal de salud mental trabajando. El señalamiento apuntaba a que si una persona asiste a la guardia; es responsabilidad de todos los que conforman la guardia brindar esa atención o evitar que se retire sin la asistencia adecuada. Además se incrementa el trabajo administrativo. Todo esto no podía estar bajo la responsabilidad de un solo profesional. Se piensa en dos instancias o momentos. Ante el llamado del médico que recepciona la situación; se acerca la dupla interdisciplinaria; y en una segunda instancia; dependiendo de la evaluación que realiza la dupla, se convoca o no a psiquiatría de turno. El equipo de la Guardia pasiva de Salud Mental comienza a partir de esta modalidad de funcionamiento a obtener un lugar en la guardia general; lo que permite a su vez que las demandas del Usuarix sean alojadas desde una mirada integral. El Usuarix no siempre acude a la guardia porque requiere de salud mental; también recurre por dolencias físicas que no eran contempladas: E.6 “era como si nuestros pacientes no tuvieran cuerpo”.

El protocolo fue elaborado con el Director de aquel momento; la Asesora Legal; Jefe de Médicos de Guardia; Jefa de Enfermería de la Guardia; Jefa del Servicio de Salud Mental; Jefa de Enfermería de Salud Mental. Se logra no solo llegar a un acuerdo escrito; sino que queda homologado como protocolo hospitalario e informado a todos los servicios. Este protocolo fue compartido con otras localidades de la provincia.

Una de las mayores dificultades en este periodo fue el escindido trabajo con el Centro de Día de Adicciones. E.15⁴⁰ explica que se trabajaba desde el Paradigma Abstencionista, es el que se enseñaba y desde que debía intervenir el equipo. Era un criterio que se tomaba dentro de las admisiones; y organizaban los tratamientos mediante los 12 pasos. Un paradigma de narcóticos anónimos que se construye en Estados Unidos. La mirada estaba puesta en la

⁴⁰ Psicóloga. Coordinadora del CIT periodo 2015-2017

sustancia; el protagonista era la sustancia. Y el fin era la abstinencia. No volver a consumir nunca más. Que la persona estuviera recuperada, y que la persona era un enfermo de por vida. La persona debía aprender a vivir con esa enfermedad toda la vida.

En esa etapa el analizador es el surgimiento del “paciente dual”; aquel que en el que además del consumo, se evidenciaba sintomatología compatible con otro tipo de sufrimientos mentales. El *sujeto inesperado*⁴¹ del que habla Carballada (2018). Lo que se presumía como cuestión diagnóstica, dirimía para qué lugar iba la persona; si parecía de un consumo problemático iba para para el Centro de Día de Adicciones; si la persona tenía una psicosis tenía que ir para el Servicio de Salud Mental. Como si las personas pudieran ser más fragmentadas de lo que el sistema de salud ya las fragmenta. Y la persona terminaba yendo de un lugar hacia otro sin un sentido terapéutico.

E.4⁴² recuerda que el programa se proponía como asistencia integral, con toda una serie de abordaje interdisciplinario, que en la realidad no podía brindarse. Todo lo que no podía hacerse desde allí; debía coordinarse con el hospital. Pero esta relación no era favorecida por ninguna autoridad. El sistema hospitalario, en ese momento entendía, que cómo estaba planteado el programa tenía que tener su grado de autonomía; entonces consideraban que realmente si el programa se plantea un abordaje integral, le exigían al programa que cumpla con esa integralidad. En ese momento lo que hacía la Dirección de Adicciones, era generar convenios con distintas Comunidades Terapéuticas; entonces se funcionaba como primer nivel de atención -de forma asistencial -y cuando había una situación que ameritaba internación; se coordinaba directamente con las distintas Comunidades Terapéuticas- Privadas-. Solamente se recurría al servicio cuando la situación aguda, de desborde que implicaba la necesidad de una internación, una descompensación o por un cuadro clínico. A pesar de ello; en la práctica: “Me paso de venir a la guardia y quedarme con el paciente; y que ni siquiera accedíamos a la guardia del Hospital.”

Relata que el equipo del Centro de Día de Adicciones reclamaba a las autoridades provinciales la necesidad de trabajar conjuntamente con el servicio; pero no se los escuchaba.

⁴¹ Ese sujeto inesperado surge allí donde la complejidad del sufrimiento marca las dificultades de los abordajes uniformes y preestablecidos, en expresiones transversales de la cuestión social que superan muchas veces los mandatos de las profesiones y las instituciones. Así llega a éstas un sujeto que no es ya homogéneo, sino que más bien es una muestra de la fragmentación y la desorientación que lo constituye, un desconcierto que se presenta como premeditado, impulsado desde el temor y la represión que evoca lo siniestro de nuestra historia. Es otro, no se asemeja al que las instituciones esperan. Se expresa de otra manera, con diferentes lenguajes, tiene una relación distinta con el conocimiento, porta a veces múltiples lógicas. Pero, como la misma sociedad, está fundamentalmente golpeado, fragmentado, desvinculado de su historia, de los otros. Es posiblemente una muestra del triunfo de la lógica neoliberal en la construcción de subjetividad, pero soporta, sufre, sobrelleva ese mandato impuesto por el mercado.(Carballada 2018,p.88)

⁴² Psicólogo que trabajó allí desde 2008 al 2011.

El entrevistado entiende que existían grandes diferencias que manifestaban las Direcciones a nivel provincial; lo que afectaba directamente a los equipos y sobre todo dejaba sin la asistencia adecuada a las personas.

Desde la Internación se percibe la imposibilidad de encuentros para coordinar abordajes intervenciones. Irregularidades en el seguimiento, por parte del equipo tratante de Adicciones; mientras la persona permanecen en el dispositivo. Lo que complejiza la contrareferencia del proceso terapéutico que se aborda en común. Falta de comunicación acerca del abordaje terapéutico diseñado, para poder articular correctamente las intervenciones conjuntas y el cumplimiento del tratamiento implementado. Permanencia prolongada de los Usuarixs que van a ingresar a Comunidad Terapéutica sin planificación a largo plazo; por lo que la indicación de internación en si misma terminaba resultando iatrogénica, debido a los tiempos que demora la gestión, autorización, confirmación de cama y el traslado. Existían requisitos estrictos que debían garantizarse desde internación: 30 días sin consumo; estudios clínicos varios; envío de medicación, etc. También se hace referencia a la ausencia de articulación para la reinserción socio laboral de un Usuarix que regresa de la comunidad terapéutica.

El sujeto inesperado también ingresa a la Internación. Hermida (2018. p.5) refiere que las instituciones se configuraron a partir de dos ideas de sujeto: el que llega y el que debe salir. El que llega no es cualquier sujeto. Es más, la persona que quiere acceder a determinada institución debe aprender a devenir ese sujeto esperado para que su acceso no sea interdicto. La institución no tiene con qué responder a la imagen de lo que debe ser. Y los sujetos que son sus Usuarixs, no se asemejan en nada al sujeto que los mandatos fundacionales le asignaron.

Las nuevas demandas de justicia: Ante la incertidumbre y las preguntas que generaban estas nuevas demandas; desde la jefatura de Salud Mental se comienza a trabajar en conjunto con la Dirección y la Asesoría Legal del hospital.

Para el caso de las Evaluaciones de Capacidades solicitaban desde justicia que tenían que darse dos informes de médicos psiquiatras, más uno de psicología y otro de trabajo social. Lo que pudo señalarse en una primera instancia fue que las evaluaciones no se hacían por suma de informes; sino que se realizaban de manera interdisciplinaria: un equipo conformado por una de cada disciplina; evaluando en conjunto y volcando las conclusiones en una respuesta escrita informe.

E.11⁴³ recuerda que eran alrededor de 300 evaluaciones las que había que realizar. Explica que antes de la ley lo realizaba el cuerpo médico forense: La familia pedía la incapacidad y con

⁴³ Abogada. Jefa del Departamento de Asesoría Legal del Área Programática Norte

dos certificados de dos médicos, se lograba que la jueza lo declarara incapaz para toda la vida. Y se le designaba un Curador. Era un proceso de incapacitación. Con la ley, se plantea un proceso de Evaluación de Capacidades; lo que hace énfasis en lo que sí puede realizar la persona de manera autónoma y cuáles son las tareas/áreas en las que necesita apoyatura. Por otra parte, esta sentencia tiene una validez de tres años; debiendo revisarse una vez culminado ese periodo. Esto entendiendo que la situación de una persona puede variar en el tiempo, y que no es permanente. Además la figura de apoyatura no necesariamente tiene que ser una sola persona; sino que puede dividirse en varias que acompañen.

E.11 relata que “las Juezas”, a partir de que la ley, les quitan el poder de realizar lo que históricamente se hacían; exigen la inmediata respuesta al Servicio de Salud Mental. Pedían un trabajo de evaluación de tipo “pericial”. Y en ese momento, con la Jefa del Servicio, nos oponíamos rotundamente; e incluso buscaban fundamentos jurídicos por todos lados. Pero no porque no fuera importante que esto se realizara; todo lo contrario, porque se consideraba que una tarea de tal nivel de importancia ameritaba profesionales/equipos que la realicen de la mejor manera posible. “Me acuerdo de haber llamado a Bs. As; inclusive trajimos gente de allá. Ellos lo hacían distinto a nosotros, ellos tenían una estructura armada: profesionales y un protocolo en elaboración (...)” Explica que no se teníamos la estructura, más allá de las buenas voluntades. Por su parte, la Jueza de Familia, exigía el cumplimiento del Código de Procedimiento- el cual no se había *aggiornado* a la ley- que en un artículo plantea que tenían que ser dos médicos o tres. Es decir, la ley de salud mental estaba bien pensada; pero no se había logrado amalgamar del todo con el sistema ya vigente.

“Se realizaron varias de estas evaluaciones y se escribía en los informes de lo que en ese momento se podía dar cuenta; y lo que necesitaba justicia era otra cosa, que desde acá no se podía hacer: si se podía casar, si podía manejar bienes, si podía votar; etc. (...) pero a nosotros nos correspondía el tratamiento de la persona.” E.11

Luego de varias idas y vueltas de oficios y respuesta; se llega a un acuerdo: las Juezas convocaron a sus Médicos Forenses; al Servicio Social de la Defensa que tenían sus Trabajadorxs Sociales y el Equipo Técnico Interdisciplinario, y son ellos los que realizan la evaluación. Cuando existen dudas o desacuerdos respecto a una situación; se solicita al equipo tratante de la persona un informe que dé cuenta de su proceso; para que la jueza termine de definir. Esto posibilitó que el equipo tratante se reposicionara; en vez de evaluar, acompaña a la persona durante éste proceso. Se le ayuda a entender cuáles son sus derechos: por ejemplo a tener un abogado que defienda sus intereses y deseos -lo que antes no era posible-; incluso enviar informes -antes de que se declare la sentencia firme- ante algunas capacidades que estén siendo coartadas.

Otra de las demandas eran las Auditoría en el sector privado: era una tarea que nunca había realizado el servicio. La demanda llegaba desde Justicia a la Dirección Provincial de Salud Mental- en tanto Autoridad de Aplicación-; la que, al no tener organizada una forma de dar respuesta; transfería esta responsabilidad a los equipos locales. Al igual que con la anterior demanda; se consideraba de suma importancia el cumplimiento de ésta tarea; el problema era ¿Quiénes deberían realizarla? ¿Cómo; teniendo en cuenta que cosas? Se les solicitó, en primera instancia modelo de evaluaciones; puntos que se consideraran pertinentes a evaluar: ya que de otra manera, dependiendo de quienes fueran, sería lo que se establecería como criterios. Se logra luego de mucha insistencia que Dirección Provincial de Salud Mental elabore una suerte de protocolo de cómo realizar esas auditorías.

E.11 recuerda que en 2011; cuando se intenta iniciar con esta tarea; las instituciones privadas no querían abrir las puertas; argumentando que desconocían la tarea que se iba a realizar. A pesar de que eran llamados y se les explicaba que en el marco de la ley, y a pedido de justicia, se iba a realizar la auditoría. La abogada se pone a disposición para acompañar las primeras veces; aun así, al principio no permitían el ingreso. Para superar este obstáculo se acuerda con la Dirección el envío de notas informando los nombres del equipo profesional que se presentarían en las instituciones.

Al no contar con el Órgano de Revisión a nivel provincial; esta función se consideraba que le correspondía al Ministerio de Salud; quien debía conformar un equipo a tal fin. Pero esto no lograba ponerse en práctica. El tener que cumplir con las nuevas exigencias, trae como desencadenante la renuncia de dos de las tres psiquiatras del servicio; y la tercera psiquiatra ante el malestar institucional generado, se toma una licencia prolongada. Estas psiquiatras trabajaban tanto en el público como en el privado; no podían auto auditarse. Se entendía que el espíritu de la ley era garantizar una auditoría imparcial. Ante la presión tanto de justicia como de la Dirección Provincial; el servicio arma duplas de psicología y trabajo social. Se realizaron alrededor de 160 auditorías; de personas internadas en los dos psiquiátricos y un psicogeriátrico. En los informes que se elevaban se aclaraba que no se podía dar cuenta del área de psiquiatría por carecer de ese recurso. El servicio queda sin psiquiatra; por más de un mes, y funcionó con una psiquiatra que viajaba desde Rawson 2 o 3 veces por semana a la internación. No se podía dar respuesta a todo el resto de las demandas. Al año aproximadamente se conforma un equipo desde nivel central que se ocupaba de las localidades del valle: Madryn, Trelew y Rawson. En muy pocas ocasiones se volvió a recibir esta demanda.

Consideramos que lo que sucedió particularmente en la provincia, y en Puerto Madryn, es que a partir de la sanción de la ley, la justicia tomó rápidamente la misma y comenzó a exigir su cumplimiento con poca claridad de cómo hacerlo. Por otra parte, la Autoridad de aplicación

de la ley, y en este caso el servicio de Salud Mental –que habían estimulado esta ley- no estaban preparados estructuralmente para dar respuesta; lo que generó una sobredemanda que desbordó la capacidad instalada. Lo que queda como interrogante es si esta saturación del sistema de salud por parte de justicia; y la no apertura de canales de comunicación que permitieran acuerdos ¿puede haberse debido a la quita de poder que la ley hace a la justicia?

Lo que queda como reflexión es que ante las situaciones de malestar institucional; por segunda vez, se da como mecanismo de “resolución” la renuncia de profesionales.

La postura de aquel equipo era que no podía divorciarse la aparición del discurso de las leyes; de las prácticas. La ley no sustituye prácticas; no dice qué tiene que hacer cada profesional, cada Servicio. E.6 señala que uno de los trabajos más fuertes que se hizo desde la jefatura; conjunto con las coordinaciones, era ordenar algo de lo que parecía que era un laburo artesanal creado de cero todos los días. Tenía que haber estructuras y horizontes que debían quedar claros. Fue la Ley la que traccionó a repensar las prácticas a un nivel mucho más profundo; que implicó: el lugar de la Salud Mental en una Guardia General, el lugar de la Salud Mental en un CAPS, el lugar de la Salud Mental en la comunidad; la relación de la Salud Mental con las distintas instituciones como son Educación, Justicia; o la Fuerza Pública. Fue un movimiento que los habilitó a pensar- no sin esfuerzo ni resistencias- cuáles eran las líneas generales para que permita operar dentro de la particularidad disciplinar, y la singularidad de cada situación. Esto último considerado como inprotocolizable.

Se realizaron numerosas reuniones intersectoriales. Con policía con todos los jefes de comisaría y el Jefe de la Regional; puntualmente había que coordinar cual debía ser su papel de colaboración y cuáles eran las mejores maneras de hacerlo.

“Ellos no entendían que no necesitaban un oficio para tomar intervención en una situación. Que el profesional o equipo podía pedirles colaboración y ellos tenían que brindarla. Y después discutir el cómo brindarla; cómo intervenir entendiendo que la persona no era un delincuente; que en general están descompensados. Entonces en ese momento hasta se acordó qué perfil era el más adecuado dentro del personal policial; el de la Policía Comunitaria.” E.11

Luego también se realizaron encuentros con Justicia: Asesoría de Familia; Defensoría; las Juezas de Familia. Lo mismo sucedió con las diferentes áreas del Municipio. Pero como señala E.11 se realiza mucho trabajo y existe mucho esfuerzo puesto en llegar a acuerdos; que todo el tiempo estaban en peligro de disolución. Con cada cambio de autoridades jerárquicas en justicia; municipio; policía; etc.; había que volver a establecer canales de diálogo y acuerdos

que garantizaran la continuidad del funcionamiento. Al no existir un instrumento formal, queda en la buena voluntad de quienes ocupan estos cargos sostener o no los acuerdos.

El área Social; Cultural, Deportiva, Educación y de Trabajo también debe poder poner a disposición sus recursos para que la ley se aplique- ya sea a nivel municipal, provincial o nacional- aunque esto no siempre ocurre. Porque las situaciones de las personas exceden lo que puede brindar el Servicio de Salud Mental. Pensar las intervenciones desde una concepción integral implica que muchos de los derechos vulnerados; sean el origen o el obstáculo para que esa persona pueda compensarse e insertarse en la sociedad. Hay una falencia por parte de las otras instancias en sentirse con la responsabilidad de dar respuesta o de cumplir con la ley.

Otra de las demandas fue la de Atención a Detenidos en comisaría. El sistema penitenciario posee lugares de detención que no cumplen con los requisitos de atención integral de salud. Incluso, ante la falta de lugares, existen personas cumpliendo condena en las comisarías. No existe en la provincia, por ejemplo, el Patronato de Liberados. Se propiciaron reuniones de trabajo intersectoriales, donde fueron invitados el Ministerio de Seguridad, Políticas Penitenciarias; Jefe de la Regional; Médicos de la Policía y la Dirección de Adicciones (en ese momento funcionando de manera independiente) El objetivo era poder optimizar la asistencia con los recursos de cada sector. Desde el lado de Salud: adicciones se niega a recibir en el Centro de Día personas detenidas, argumentando un problema de seguridad. Desde la guardia se queda a disposición ante casos de urgencia. El Ministerio de Defensa y Políticas Penitenciarias refieren que si bien tienen un presupuesto; es insuficiente para armar un equipo propio. E.11“Fue muy difícil porque no se llegó a un acuerdo. La propuesta nuestra fue recibirlos, dejar abierta las instancias de guardia y ver en el caso a caso; sabiendo que no contábamos con la voluntad de un trabajo mancomunado.”

Lo interesante de esto, a pesar de los resultados, fue que desde la institución hospitalaria; identificando el crecimiento de esta demanda, y la dificultad en dar respuestas acordes; realiza un intento de gestión, que quizás debía haberse dado a nivel de ministerios; no en lo local. Se funcionó con la atención de demandas puntuales; siempre recepcionadas por quien era Jefe de Servicio en ese momento y la apoyatura de algún otro profesional con voluntad y causado por ese trabajo. Pero las intervenciones eran fragmentadas.

Haciendo un análisis de este corte temporoespacial; el posicionamiento de los profesionales que integraban en ese momento el Servicio, fue clave en lo que devino luego como forma y marcos de funcionamiento. Este equipo transformó una situación de incertidumbre, de caos, de desborde y malestares; en el motor para generar formas más acertadas y saludables de funcionar. Y los preceptos de las leyes fueron los que encuadraron este trabajo. Fue

identificando cada demanda, para luego re trabajarla, re significarla y buscar una respuesta acorde. Fue un trabajo *artesanal*; que sentó bases que quedarían en la cultura /simbólico del servicio. Fue una creación de “abajo hacia arriba”.

3.3.3 Tercer Momento: de Resistencia (2015-2018): A partir del 2015 existe un punto de inflexión que marca un proceso de deterioro del sistema público en general. Ya habíamos hablado del empeoramiento de la situación económica crítica en la provincia. Particularmente los estamentos estatales fueron los más afectados: Salud; Educación; Justicia; Seguridad; etc. Las protestas en las calles se multiplicaban; los paros y medidas de acción directa como la toma de las Áreas Programáticas de Salud o el Ministerio de Educación; cortes de ruta; etc. Eran las expresiones de los Trabajadorxs ante los recortes presupuestarios; las condiciones precarias de trabajo y falta de pago de sueldos. Esto con el consecuente deterioro de la garantía de derechos para la población.

Este contexto atravesaba al Servicio; esta vez no por conflictos internos- los que aun, si bien mucho se habían superado, continuaban estando presentes- Lo que se escuchaba hacia adentro de la Mesa de Coordinadores; marcaba una posición de protección del Equipo: “son momentos difíciles; hay que resistir. Hay que hacer todo lo posible por no perder lo que logramos hasta acá. No podemos esperar avanzar; pero sí, no retroceder”. Resistir al embate de las políticas que venían a desmantelar lo construido. Los acuerdos interinstitucionales y la predisposición de recursos por fuera de salud se hicieron cada vez más escasos. Y el desarrollo de las prácticas cotidianas comenzaba a complicarse ante la falta de recursos internos. Hermida (2018.p.6) refiere que el desmantelamiento no es la simple ausencia. No sólo es dejar de producir determinadas cosas, o prestar determinados servicios. Esto es grave; pero no implica desaparición de lo público. Estas ausencias, estos vaciamientos, no se explican en tanto falta de producción, ya que son extremadamente productivos. Muchas instituciones están para decir que no tienen nada y no puede nada. Esta es una posición que interpela a cada profesional y al Servicio en su conjunto.

Desde la gestión provincial se marcaba como una forma de funcionamiento óptima: la No injerencia de la Dirección en los equipos/Servicios de Salud Mental. Esto argumentado en la importancia de respetar las vías jerárquicas: Dirección de SM; Área Programática; Director del Hospital; Jefe de Servicio y si era necesario Coordinador de Dispositivo. Y viceversa. Pero en la práctica esta postura más que un respeto a las jerarquías; se percibió como una postura de alejamiento del Servicio; de corrimiento de las responsabilidades que le correspondían. E.4 respecto a la relación con la Dirección Provincial-Cambio de Gestión; explicita:

“La gestión actual, ni siquiera tiene presencia. Fue como cuando fui a escuchar a Andy Blake: "yo a la ley la voy a respetar". Eso no hablaba de alguien que iba a defender ese modelo; sino de una persona que se siente interdictado en su hacer. La actual gestión dice, cuando asume: "Nosotros nos vamos a ajustar a la ley". Y tiene una posición ambivalente; porque por un lado, si vos aceptas algo, deberías ser consecuente con eso. Si entras al Sistema Público, y después decís que sos objetor de conciencia... te tenés que ir a hacer otra cosa. Si no estás impidiendo que se desarrolle, algo en lo que vos no crees. Sostener, sin proponer; es una forma de demostrar que algo no anda. Es una manera de no pagar el costo de dejar que algo se muera, por inoperancia. En términos de gestión, por lo menos en Puerto Madryn; siempre fue una gestión local; siempre de manera precaria y es permanente. Quizás se podrían haber hecho desde la responsabilidad de las gestiones-provinciales-; y dejarnos que nosotros podamos trabajar en lo que nos interesa y nos falta.”

¿El haber habitado la institución puede haber sido clave para la resistencia? Hermida (2018.p 12 y 13) dice que *habitar* es una experiencia integral donde se entrelazan los sentidos corporales y mentales. Tomando a Heidegger: “Al habitar llegamos, así parece solamente por medio del construir. Este, el construir, tiene a aquel, el habitar, como meta. (...) Sin embargo (...) construir no es solo medio y camino para el habitar. El construir ya es en sí mismo habitar (1951: 1)”

Quien asume la jefatura, en este periodo, decide continuar con lo iniciado en la etapa anterior desde el haber habitado y elegir continuar habitando. Por otra parte, señala ese movimiento al que hacíamos referencia con anterioridad, donde el Servicio se reposiciona desde un lugar de voluntarismo/caridad/filantropía; hacia un lugar técnico/operativo:

“ser trabajador del campo de la salud mental es toda una posición. El avance tiene que ver con poder consolidar un grupo humano que pueda trabajar durante un tiempo y pueda extraer consecuencias de lo que hace. El grupo humano que conforma un equipo en distintos momentos, y con mayor o menor precisión, soportó las revisiones de lo que venía haciendo; pudo superar los problemas de los significados de las tensiones inherentes a los grupos (...) esos factores permitieron que el grupo humano no se disgregara, tengamos dentro de los distintos dispositivos profesionales formados y causados (...) Y no es un grupo de gente voluntariosa; sino como un Equipo Técnico que da respuesta; es aceptado y respetado. Está legitimado”. E.4

Ampliando los aportes de la autora, podemos afirmar que los vínculos que se gestan y fortalecen mientras se construye, tienen otra densidad. Cierta satisfacción, cierto orgullo bien

habido al mirar el fruto de nuestro trabajo, las horas de vida que quedaran para siempre incrustadas y latiendo en eso que construimos y que nos llevó dolores de cabeza, risas, tiempo, ilusión. Es difícil habitar una institución que no construimos, no en términos fundacionales, sino en la construcción diaria, en términos de sentirnos parte de su devenir. Aquí parece estar la respuesta a ese posicionamiento de resistencia que fortalecía al Servicio; pero a la vez se configura en eso intransferible a los compañeros que se van incorporando. Esto era posible de lograr a partir de una construcción conjunta, y siendo parte de la misma.

Por otra parte, esta posición también pone en tensión al Servicio: entre la responsabilidad de garantizar el derecho a la atención de la población- la que parecía no importarle a ningún otro estamento (provincial o nacional)-; y reclamar por los propios derechos vulnerados, en tanto Trabajadorxs. Surge en esta época una expresión que resultaba tranquilizadora: “cumplir con la *esencialidad*”. La esencialidad era eso indispensable que no podía dejar de hacerse para garantizar la mínima atención; mientras en paralelo, permitía tener un tiempo destinado a visibilizar el propio reclamo. Esta estrategia pensada a corto plazo era tranquilizadora; pero sostenida en el tiempo fue causando más deterioro. Por ejemplo, lo que en su momento era importante pero no urgente; sin una intervención realizada en medio; terminaba convirtiéndose en urgente e ingresando por la guardia. Es decir, las situaciones que se podían acompañar y detectar a tiempo para no llegar al punto de necesitar de lo urgente o medidas extremas como la internación; comenzaban a ser más frecuentes.

Pero esta no fue una etapa que se haya caracterizado por la parálisis, a pesar del contexto desfavorable. Se continuó trabajando. Por ejemplo en relación a la legitimidad, que con anterioridad se explicitó que adquirió mucha importancia; surgió la necesidad de comenzar a formalizar algunas instancias. Hubo que cubrir las coordinaciones que iban quedando vacantes, por renuncias. Como estaban establecido en el Convenio Colectivo de Trabajo⁴⁴ los cargos jerárquicos que figuran en los actuales organigramas de los hospitales, deberían ser concursados. Esto, por cuestiones económicas y de organización dentro del Ministerio; no se logra completar. Por otra parte; si bien se había avanzado en la formalización de los Cargos de Coordinación con el pago correspondiente; nunca se logró actualizar el Organigrama Hospitalario; por lo que solo figuran como estructuras dos raviolos: la Jefatura y la Coordinación de lo que era el Hospital de Día. A partir de ésta situación y en un intento de formalizar y legitimar de alguna manera estas coordinaciones; se elabora un documento desde la Mesa de Coordinadores, en acuerdo con la Dirección del Hospital; donde se comienza a utilizar como herramienta de elección los Certámenes Internos entre el año 2016 y 2017. Se procedía a dar aviso de la convocatoria a todos los Trabajadorxs del Servicio; se establece fecha

⁴⁴ A partir de aquí CCT.

límite para entrega de proyecto; y fecha de presentación/defensa del mismo. La votación se realiza en tres instancias y se define por mayoría simple. Un voto tienen los integrantes del Dispositivo; otro los Coordinadores y el tercero la Dirección. Se dio una forma, no solamente de consenso, sino también de representatividad. Porque se considera que para llevar adelante políticas de una complejidad como ésta y para poder resolver las situaciones que se presentaban; el Coordinador tendría que estar legitimado.

Por otra parte, existía la necesidad de dar un orden y formalizar las nuevas construcciones de funcionamiento, cada vez más complejas, que no figuraban o no tenían antecedentes previos o que no estaban escritas como Programas desde la Dirección Provincial. Se inicia con la escritura de un documento que pudiera dar cuenta del funcionamiento a nivel local; el Manual Operativo de Servicio de Salud Mental. El mismo no fue concluido y homologado como había sido pensado en un inicio. Quien ocupa la Jefatura explica que le parecía que era una herramienta el plasmar por escrito esa forma de hacer; los marcos o encuadres básicos que hay que entender si alguien se incorpora a trabajar al Servicio. Una forma de recuperar todo eso trabajado, incorporado en la práctica de quienes lo vivenciaron; eso que resulta tan difícil de transmitir.

El manual quedó estructurado para su revisión en el año 2018. Describe el marco legal y las misiones y funciones del Servicio; y los objetivos y fundamentación de cada Dispositivo. Así también plantea las misiones, funciones y requisitos para acceder al cargo de Jefatura y Coordinaciones.

Uno de los desafíos para esta jefatura fue la incorporación del Centro de Día de Adicciones a la Red del Servicio. Esto impactó en la organización de la Guardia, en el Área Externa, en la Internación, en Clínica Médica. Esto generó mucha resistencia adentro del Servicio y para afuera. Según relatan, era una demanda que el Hospital directamente rechazaba; pero que de alguna manera se logró alojar. Se percibe una mayor accesibilidad de las personas al Servicio de Salud. El incorporarse al Servicio según E.15⁴⁵ fue una decisión a nivel local del equipo. Fue una decisión que se toma desde el servicio ante la necesidad de mejorar la calidad de asistencia y dar respuesta a la demanda que se abordaba de manera parcial. A diferencia de otras ciudades; este Servicio fue quien impulsó la verdadera incorporación. Cuando se integra el dispositivo al servicio, al principio se incrementaron las derivaciones a comunidad terapéutica; pero en la actualidad disminuyeron. Esto se debe a que se habilitan y alojan las situaciones poniendo a disposición la red de dispositivos; lo que permite trabajar los

⁴⁵ Psicóloga. Coordinadora del CIT periodo 2015-2017

tratamientos en ambulatorio y contar con la terapéutica de una internación en los momentos de descompensación.

Este dispositivo también transita por un cambio de paradigma, la incorporación del *Paradigma de Reducción de Daño*. La entrevistada relata que no encontraron resistencias francas desde Nivel Central de Adicciones; pero con cautela señala que se está todavía en un proceso donde convive un poco de los dos –haciendo referencia al Paradigma Abstencionista- Lo cierto es que se cambia la mirada; ya no está puesta en la sustancia, sino centrada en la persona; sobre lo que le pasa y sobre su padecimiento. La coordinadora de este momento refuerza la idea de que la problemática debe trabajarse desde lo que le pasa al Usuarix; y no desde de poner el foco en el consumo. Considera, que desde este punto de vista, es como trabajar con cualquier otro paciente que está sufriendo; tratando de ver que es lo que le ocasiona el consumo como síntoma.

Resulta interesante cómo en la entrevista surgen posibles alternativas de promoción, prevención o mejora de la accesibilidad de las personas. Plantean como objetivos a alcanzar es el trabajo en el primer Nivel de Atención; realizando un acompañamiento a los equipos de los Caps; lo que llama –la Coordinadora- una especie de matriciamiento. O el traslado de la modalidad grupal en cada barrio/ Juntas Vecinales.

Se da muestra de una nueva manera de pensar los ingresos; ya no con requisitos tan rígidos y pensando en alojar a las personas y no expulsarlas, como se percibía antes. E.16⁴⁶:

“se apunta que el Dispositivo sea amigable, accesible; más allá de que haya un orden y se otorga turno. Si una persona viene urgenciada y necesita ser atendida; si una persona viene con una intoxicación aguda, se la atiende igual. Se priorizan los grupos, antes que la atención individual.”

Otro de los cambios fue el lugar de funcionamiento: antes estaba ubicado en el barrio donde se centra la población de mayor nivel adquisitivo. La ubicación era un problema; se tornaba inaccesible; incluso las personas eran retenidas por la policía para ser interrogadas, por el estigma- portación de rostro-; por suponer que estaban allí para cometer un delito. Con la mudanza, se observa que empezó a acercarse gente más aledaño al barrio; generó un impacto en el barrio y logró insertarse en la comunidad. Se temía que la nueva institución en el barrio sea interpretada una amenaza para quienes venden sustancias- aunque se aclara que la venta se realiza en toda la ciudad- También se tomaron precauciones como por ejemplo que la policía

⁴⁶ Médica especializada en Salud Mental Comunitaria. Coordinadora del CIT desde el año 2017.

no estuviera con presencia en el lugar; por ello se acordó la no atención de personas privadas de la libertad; para que no se torne inaccesible el dispositivo. Se acuerda en la mesa de coordinadores del Servicio, que esa población se alojaría en otro espacio/programa.⁴⁷

Para la Internación; en esta etapa continúa generando dificultades; sobre todo se observa el impacto en Enfermería. Lo sentían como duplicar el trabajo; estar más atentos a las cuestiones clínicas; por los cuadros de abstinencia. Surge como fuerza el *Estigma* que portaban estas personas; del cual los profesionales no están exentos. E.13⁴⁸ “tuvimos que hacer capacitaciones incluso, por ejemplo de enfermedades venéreas: HIV; sífilis, enfermedades infectocontagiosas. Esto causaba rechazo y miedo. Había muchos mitos alrededor (...) enfermeras que temían a las rondas de Mate por miedo al contagio.”

No puede dejar de señalarse el componente de estigma y prejuicio. Se relaciona a las personas con problemáticas de consumo con las enfermedades venéreas; cuando este tipo de enfermedades estaban presentes en la población que venían asistiendo; no era nuevo. Lo que quizás pudo haber sucedido es que también comenzaron desde el equipo a estar más atentos a la detección por ejemplo de HPV. Esto también llevo a abrir el trabajo mancomunado con otras clínicas como la Médica; Tocoginecología; etc. Porque además se suma con mayor frecuencia la población de mujeres embarazadas, o con niños pequeños en situación de lactancia. La resistencia y el estigma pudieron ser identificados para trabajarlo hacia adentro del equipo; con menos resultados en el trabajo con los otros servicios.

Se considera fundamental el trabajo previo de acercamiento y discusión que se venía dando entre los equipos. El pasar a integrar la mesa de Coordinación desde un lugar de igualdad; de poner a disposición toda la red y asumir la atención de esta población como Servicio; se configuró como un logro. No es menor señalar que la integración de Adicciones en Madryn fue una de las pocas que lo logró en la práctica y no solo en los papeles.

Para el caso de Centro de Día se evalúa en esta etapa algunos avances importantes: se suma Operadores y Secretaria; dos Talleristas contratadas por provincia y la renovación anual de horas de Talleristas que destina Cultura y Deporte del municipio. A partir de Obras Pública de la Provincia se logra realizar mejoras edilicias. El servicio de internet fue el que garantizo el único medio de comunicación. Todas estas últimas mejoras de las condiciones del dispositivo

⁴⁷ Una demanda que no lograba encausarse era la de atención de personas privadas de la libertad. No fue hasta el año 2018, luego de que la Justicia oficiara al Hospital para que brindara esta asistencia; que se crea un programa específico. El Programa se presentó con dependencia directa de la Dirección del Hospital; ya no del Servicio de Salud Mental (aunque impulsado desde aquí) para la asistencia a detenidos en comisarias. Programa de Atención a Personas Privadas de la Libertad: el equipo está pensado con profesionales de Psicología; Psiquiatría; Trabajo Social; Operador y Medicina General. Es el único en la provincia.

⁴⁸ Trabajadora Social. Coordinadora de Internación desde el 2015.

fueron gestiones exclusivas de la coordinación; y fueron posible de viabilizar ya que el Hospital vuelve a cambiar su Dirección. Una muestra más queda en evidencia la importancia de que quien ocupa estos lugares pueda reconocer a este Servicio como parte de la institución y se responsabilice de ello. Los insumos para que los talleres funcionen se obtienen cada 2 o 3 años; y parcializados. Por ello la mayoría de las actividades se piensan con materiales que puedan ser reciclados; y se han recibido donaciones de otras Asociación que trabaja con población con discapacidad “Educación y Desarrollo de Personas con Disminución Mental o Motora”- EDDIM- Se amplía la inserción en la comunidad trasladando talleres a la Junta Vecinal abiertos a la comunidad. Se realizaron actividades en conjunto con ONG de Arte; para exposición en diferentes instituciones. Se participa con las producciones de Literario en la Ferias del libro. Se incorpora un stand en la feria Municipal “Madryn Crea” para la venta de productos y plantas. Se trabaja durante 6 años con la ONG Ceferino Namuncurá, donde los Usuarixs sostienen un programa radial “Lo que queremos es posible: tu momento de locura”; el que tiene diferentes segmentos de actualidad. E.5 Evalúa el proceso:

“Yo creo que hubieron muchísimos cambios en poco tiempo. Porque a veces me pongo a pensar, son solo 10 años, para un cambio de paradigma; 10 años no parece tanto. Yo creo que en la 9 de julio lo que se intento fue, meter algunas reinserciones en la sociedad, intentar incorporar Operadores; pero de una manera muy tímida, muy pálida. Y no teníamos recursos; entonces sostener el Dispositivo era como lo más importante. Yo creo que lo que cambió mucho fue trabajar interdisciplinariamente, incorporar otras miradas (...) el hecho de la gestión fue fundamental; lograr conseguir un lugar donde funcionar; y tener cada vez más recursos (...) Entonces las estrategias que se planifican, se pudieron sostener en el tiempo y se pudieron ver sus frutos (...) He visto llegar Usuarixs casi catatónico; y antes lo que nos costaba que hicieran un contacto visual, empezar a hacer lazos en el adentro, para después pensar en el afuera. Todo eso nos costaba un montón. Y ahora ves que eso sale rapidísimo, en cuestión de meses. Empiezan a manifestar deseos de querer hacer cosas afuera, que logran concretarlas.”

Otra de las observaciones es que se pasa de 10/15 Usuarixs a 49/52 en 2019. Así también se ve una baja en la edad de las personas que ingresan al dispositivo. Se puede estimar que hay una detección precoz de las situaciones; y el Servicio logra armar una propuesta de rehabilitación a tiempo. Los perfiles de los Usuarixs que se incorporaban antes se caracterizan como cronificados y de años de deterioro. Esto continúa ocurriendo, con menos frecuencia. Se observan grandes diferencias cuando se comienza a acompañar a la persona y su familia a tiempo; el deterioro es menor; la pérdida de habilidades sociales se estimula en menor tiempo.

Este dispositivo se caracterizó siempre por funcionar con lo que había; pero no ha dejado de gestionar lo que faltaba. Sin esto probablemente no hubiesen logrado avanzar. Eso marca una postura del equipo de trabajo y Usuarixs que llevaban adelante esta tarea. Pero también retorna en la responsabilidad puesta, muchas veces, solo en el Equipo. Encontrándose pocas respuestas en las otras instancias del Estado (Dirección Hospitalaria; Provincial de Salud Mental) quienes deberían garantizar las condiciones para que el equipo pueda centrar su trabajo en los objetivos propuestos para el Dispositivo. En este punto hay coincidencia con lo que marca Weber Suardiaz (2017) respecto a las experiencias y acciones siguen siendo básicamente armadas de manera aislada y artesanal por equipos o distintos grupos de Trabajadorxs y Usuarixs. Pidiéndoles a los Trabajadorxs que hagan su esfuerzo para integrar aquello que en la política social se presenta como fragmentado y escaso. Se filtra el mandato fundador de lo filantrópico o paternalista; que tensiona y conflictúa. Esto hace que el equipo deba revisar continuamente sus prácticas; para que el objetivo de la perspectiva de derechos continúe guiando las intervenciones.

En este periodo, y a pesar de la falta de apoyo sistemático de la Dirección; y de la difícil situación general económica del país y la provincia; se logra culminar con un proyecto que venía gestándose años atrás. Es el primer Emprendimiento de Empleo con Apoyo; el que lleva a cabo con la apoyatura la Dirección del Hospital; el nivel local.

E.8 ⁴⁹ reflexiona acerca de la necesidad que surge en el proceso de la Empresa Social, que exigía un más allá. Las capacitaciones son una parte; pero existe todo el proceso de rehabilitación y la reinserción laboral real de las personas que no se logra concretar. Las Empresas Sociales deben ser pensadas como transitorias y las personas deben insertarse en algún momento en un empleo. Esto en la teoría está muy bien; pero en la práctica, la comunidad no está preparada para insertar a los Usuarixs. Para lograr este proyecto fueron trabajando en red con otros emprendimientos de otros lugares del país; y se fueron nutriendo mutuamente.

El Buffet “Cocinando Sueños” se inaugura en el año 2016. Se ubica en uno de los ingresos más transitados del Hospital. Se inicia con tres Usuarios del Centro de Día de Salud Mental y tres de la Empresa Social -6 personas- El proyecto lleva 3 años en funcionamiento. La apoyatura la realizan una Técnica gastronómica/ Capacitadora y una Operadora de Apoyo.

Durante esta Jefatura surgió la necesidad de contar con una nueva Coordinación; ante el aumento de Operadores, Tallerista y Capacitadores. Si bien esto se realiza con el aval del hospital; no se contó la misma apoyatura por parte de la Dirección Provincial. Este grupo de

⁴⁹ Psicóloga y Coordinadora de la Empresa Social desde su creación, hasta la fecha.

trabajadores funcionaba disgregado; por lo que se propuso realizar un trabajo de definición de objetivos comunes, otorgar una forma de organización; incluso instalar instancias de supervisión de situaciones. Se la nombró Coordinación de Operadores de Apoyo y Recursos no Convencionales. La demanda de acompañamientos a nivel interno desbordaba la cantidad de operadores -en un comienzo era un operador por cada persona-. Al no poder contratar más trabajadores; había que repensar cómo dar respuesta a la demanda con lo existente. Este fue el primer objetivo del Coordinador. Así también se establecieron espacios semanales para compartir experiencia y obstáculos; revisión de prácticas y capacitaciones.

Existió también desde el 2014 al 2017, la conformación de un equipo denominado *Equipo Comunitario Móvil- ECOM* – el que fue pensado para el abordaje de la complejidad de algunos casos; que por la forma de organización del Servicio, no llegaban a ser acompañadas. Desde la Dirección Provincial se designan dos profesionales nuevos; con la primera intención de trabajar para el desarrollo del Programa Residencial. Una política pública proyectada por la Dirección Provincial; también una demanda del Servicio; que no logra concretarse por el contexto de ese momento. Entonces se reformula la función, desde la Dirección Provincial; tomando del Plan Nacional de Salud Mental: “10.3.10.- Para el fortalecimiento de la red de servicios con base comunitaria se estimulará la creación de equipos interdisciplinarios móviles para la atención de las urgencias en los sub sistemas público, privado y de la Seguridad Social.” Hubo que adaptar la estructura a la necesidad del servicio; entendiendo que se compartía la visión de mejorar o fortalecer las respuestas que se daban en el primer nivel de atención. Se acordó como Objetivo:

“Prestar apoyo asertivo y brindar atención accesible, descentralizada, integral y continua en el entorno comunitario a personas que hayan tomado contacto con el servicio de salud mental y se encuentren en riesgo y/o presenten situaciones complejas, y no pueden ser abordados en su totalidad desde otro/s dispositivos.”⁵⁰

No era exactamente lo que planteaba el Plan Nacional; pero si ayudaba a descomprimir la demanda de los equipos que no lograban enlazar un vínculo de referencia con algunas personas. Con el correr del tiempo algo de esta “movilidad” se volvió “inmovilidad”. Lo que se esperaba que se realizara como enlaces de esas situaciones para que llegaran a abordarse desde el primer nivel o los dispositivos de rehabilitación; no se lograba. El equipo no contaba con móvil y terminaron haciendo “base” en el hospital; por ende, los Usuarixs acudían al hospital a pedir la asistencia. El equipo considera que la dificultad era que no se respetara la elección y la referencia de estos Usuarixs al hospital; y que el Servicio debía ser más flexible. Desde la

⁵⁰ Tomado del Documento de presentación del Equipo al Servicio.

jefatura y la mesa de coordinadores, se analizaba que la circulación de estos Usuarixs por el hospital, tenía que ver con la elección del equipo de hacer “base” allí. E. 4 “si colocaban un equipo en un lugar; es allí por donde va a circular la demanda. Y el objetivo era justamente descentralizar la demanda del hospital.” Se intenta realizar señalamientos para modificar la dinámica; no pudiendo lograr acuerdos con el equipo. Esto lo que muestra es una posición de revisión permanente del funcionamiento del servicio; y de detección de prácticas cristalizadas que no aportaban a los objetivos propuestos. Se evaluaba que las situaciones que eran refractarias, continuaban siendo refractarias; y el objetivo de que enlazaran con el primer nivel o los dispositivos de rehabilitación, no se concretaban mayoritariamente.

Ese equipo se disuelve y se redistribuye el personal en el dispositivo de Área Externa. Y al poco tiempo se arma un nuevo equipo; el *Enlace*. El servicio detecta que algo estaba desenlazado y necesitaba redireccionar a la atención en el territorio. Se apuesta a reforzar el Área Externa. Se decide no brindar asistencia de consultorios externos del hospital; las profesionales fueron reasignadas a los Caps; así como todos los ingresos entre el 2011 y 2016 fueron destinados a ampliar la atención del primer nivel. Se llega a cubrir con equipos de Salud Mental, 7 de 9 Centros de Salud.

A pesar de ello, la demanda de personas nuevas o más acostumbradas a recurrir al hospital continuaba llegando. Se necesitaba un equipo que tomara la demanda, trabajara con ella y después la derivara donde mejor respuesta se pudiera dar. Por otro lado, también se pensó para responder a las demandas internas hospitalarias de interconsultas; a las que debía garantizarse un seguimiento. El Jefe de Servicio explica:

“El hospital tiene una fuerte tendencia a la centralización (...) Entonces la interpretación de esa demanda es fundamental; y ahí es fundamental el Enlace. Porque tiene que codificar. (...) Uno tiene que poder decir que estamos tomando la demanda y la estamos enlazando en la lógica de nuestro trabajo.” E.4

Respecto a las interconsultas; se abre la posibilidad de trabajar la demanda; que en algunas ocasiones permitió detectar que eran más del equipo que derivaba que de la persona. Se comenzó a identificar la demanda de los equipos y a trabajar con ello. No en todos los casos fue posible; pero se dejaba abierta la posibilidad de trabajar sobre la demanda en conjunto.

A grandes rasgos, lo que puede identificarse como Dispositivo que aún no ha encontrado la forma de alcanzar los objetivos propuestos; es el área externa o Primer Nivel de atención. Que según nuestro marco conceptual es el de mayor nivel de complejidad- contrario a como se considera en el modelo médico hegemónico- El Área Externa; se presenta casi en su

totalidad como Asistencial; de consultorio y seguimiento de situaciones complejas. Como una réplica de lo que se podría realizar en consultorios en un hospital; solo que en un centro de salud. Quien Coordina- E.9⁵¹ -señala que “todos los que trabajan en área externa son psicólogos, y trabajan desde lo que conocer y saben hacer, lo asistencial (consultorio).” Es muy poco lo que se realiza de promoción y prevención; porque la demanda no permite dejar tiempo para las otras tareas. Describe a lo asistencial como una canilla abierta; que no se puede cerrar, que no deja tiempo para parar y pensar. Así como la multiplicidad de demandas que no permiten organizar la tarea. Lo que se propone por fuera de esta tarea, es vivido como más trabajoso. Es una de los grandes pendientes para continuar trabajando.

El contexto afectó la forma de funcionamiento que se intentaba sostener. Los espacios de trabajo interno de revisión de prácticas, empiezan a espaciarse y comienzan a tener menos participación. La forma que se visualiza como preeminente es a través de la *queja*; los *desentendidos*, las *acusaciones* de lo que los otros no hacen; depositar en el afuera los orígenes o responsabilidades de lo que no funciona. Esta es una forma de funcionamiento que se va sostener en el tiempo; ya que se transformó en la forma de transitar; que también tranquiliza porque desresponsabiliza al equipo de los efectos que genera la institución. Hay una especie de corrimiento y de posición incómoda que a algunos no les permitía *habitar la institución*; y a otros les dificulta continuar construyendo o resistiendo para que no se desmantele.

Desde la jefatura, E.4 reflexiona acerca de la revisión de las prácticas:

“La verdad que parar no te ahorra; te genera un trabajo. Entonces, nos lo proponíamos continuamente (...) porque algo lo interrumpe, afecta, lo conmueve o lo interroga. Entonces cuando pasan esas cosas uno necesita preguntarse si hizo todo lo que podía; si lo que podía estuvo bien hecho. Si vas a charlar de la práctica; tienes que tener algunas coordenadas básicas. (...) Si me pongo de acuerdo que le vamos a decir Usuarix, o paciente o persona; es efecto de un trabajo entre nosotros. Cualquiera puede venir de afuera y decir cualquier cosa; pero el trabajo genuino y real es el que se da entre nosotros. Ahora, si entre nosotros no nos ponemos de acuerdo si le decimos, Usuarix o paciente; no hay efecto de revisión de práctica. Podrá sí haber mucho reproche o angustia personal.”

Se puede observar que esto de resistir-se; de no parar; de no poder ver y escuchar; se va filtrando entre las grietas de lo que era un momento difícil en muchos planos. Por otra parte, no es menor el número de personas que llegan a conformar el Servicio; más de 57 personas.

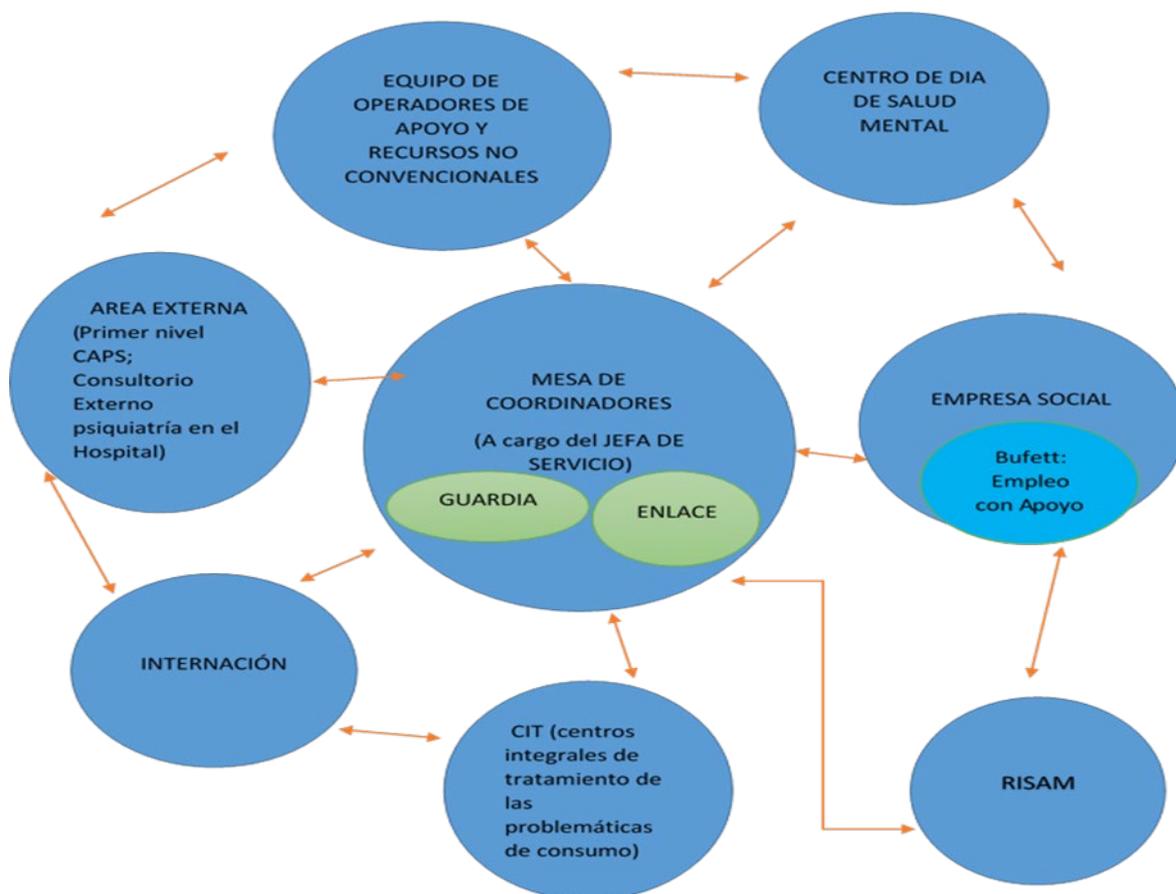
⁵¹ Psicólogo. Coordinador de Área Externa 2010-2012 y 2017-2019.

Cuanto más personas eran; más difícil se hacía llegar a acuerdos unánimes como Servicio. Quizás sí se dio un mayor trabajo interno hacia adentro de cada Dispositivo.

A pesar de esto E.4 refiere que tiene la sensación de que se ha trabajado más, de lo que se pudo conceptualizar. Se han respondido más pedidos; de lo que han entendido que estaban produciendo como forma de respuesta. “Cuando uno dice que en la práctica se forma; yo creo que no le hemos podido dar forma. No le pudimos dar el estatuto que tiene que tener (...)”

Estas palabras refuerzan la idea de que No todo pudo sostenerse; pero tampoco No todo se perdió. Parafraseando a Hermida (2018.p19) podríamos señalar que esta conclusión no sería posible si no se hubiera hecho previamente el ejercicio de saberse sujeto institucionalizado e institucionalizante, y a la vez asumir una posición de defensa inculdicable o impugnación absoluta de lo institucional. No es posible exteriorizarse/salirse de este proceso de construcción y reconstrucción mutua entre la Institución y el sujeto.

También debemos señalar que los procesos de políticas neoliberales dejan profundas heridas. Una entrevistada nos refería “Se puede, por supuesto que se puede; es más fácil desarmar que armar. Yo creo que en la resistencia también se retrocede, lamentablemente” Para cerrar este apartado dejamos la actual forma que adquirió la Red Socio Sanitaria del Servicio de Salud Mental de Puerto Madryn (2018)



CAPÍTULO 4: PROBLEMATIZANDO E IDENTIFICANDO TENSIONES

4.1 Problematizando el Aporte del Trabajo Social

Para poder hablar del lugar del Trabajo Social en este campo; es necesario entender que no puede pensarse y analizarse como disgregado del resto de las disciplinas que lo conforman. En este caso debemos retomar el concepto de campo; más específicamente el de *Campo Científico*, ya que es allí donde se da la lucha por el monopolio de la competencia científica; y no es menor que una de las pocas disciplinas que viene de las Ciencias Sociales, sea el Trabajo Social.

Bourdieu (1994 p.131) nos hablará del sistema de relaciones objetivas entre posiciones adquiridas, el lugar de una lucha competitiva que tiene por desafío específico el monopolio de la autoridad científica- la capacidad técnica y el poder social- o, si se prefiere, el monopolio de la competencia científica que socialmente se le reconocen a un agente determinado; es decir, la capacidad de hablar e intervenir legítimamente en materia de ciencia. Complejo desafío -en el que siempre terminamos envueltos- al tener que defender el prestigio profesional hacia adentro de las organizaciones; en el que se nos exige que demos respuesta a ¿Cuál es nuestra especificidad? Lo que se intentará aquí es aproximarnos a esas tensiones e incomodidades que se generan en la relación con las otras disciplinas y la superación de las mismas; así como esbozaremos ideas de lo que se podrían considerar aportes desde el Trabajo Social a este campo. Esta tesis intenta ser en sí misma un aporte al campo, desde la mirada particular del Trabajo Social.

Parece ser una exigencia; para que una disciplina se considere como tal, tener delimitada su frontera ¿Se puede pensar quizás en que el trabajo Social necesita una frontera *Estratégicamente Permeable*? Pensando en cómo poder aportar al cumplimiento de los preceptos de ley es necesario realizar un trabajo en varios frentes: dentro de la institución hospitalaria, dentro de los equipos que conforman el Servicio de Salud Mental y en la comunidad y sus instituciones. La importancia de la “Desmanicomialización” no sólo remite a las intervenciones que se deberían realizar para introducir modificaciones en las instituciones monovalentes; sino a la detección de prácticas manicomiales, aun cuando existan estructuras que se delinearon -en el seno de la ley- para modificarlas. Para ello hay que trabajar el estigma que pesa sobre los sujetos a los cuales se dirigen las prácticas; con el estigma que portan los que trabajan en salud mental hacia adentro del hospital; así como también con la comunidad para que pueden albergar en su seno a los sujetos.

Según señalan Aquín, Custo, & Torres (2012, p. 314) los Trabajadorxs Sociales podemos terminar produciendo sujetos sobredeterminados por la institución o por la política social que la institución vehiculiza. Podemos terminar descontextualizando a los sujetos, como si no

tuvieran historia, solo como portadores de un diagnóstico, como sujetos estigmatizados. Para estos autores, cuando utilizamos categorías que solo responden a las carencias que atraviesan los sujetos, corremos el riesgo de desarrollar una intervención profesional heterónoma. Ahora, si releemos este aporte, ¿no podría ser un señalamiento para cualquier disciplina que trabaje en el campo de la salud mental? Evidentemente los Trabajadorxs Sociales intentamos estar más advertidos de esto; o lo ponemos como uno de los requisitos para cumplir con nuestra tarea.

Para el Trabajo Social es necesario estar advertidos del lugar donde colocamos al “otro” sujeto con el que vamos a intervenir, para minimizar los riesgos de reproducir una lógica contraria a lo que pregonamos o nos esforzamos por modificar. Pero esto no puede ser solo una premisa disciplinar. Es necesario que en esta frontera permeable, otras disciplinas nos nutran; pero también nosotros poder aportarles posicionamientos teóricos, técnicos y metodológicos.

Castoriadis C. (1998) podría advertirnos a los Trabajadorxs de la Salud Mental, que en tanto sujeto inmersos dentro del *Imaginario Social -o Subjetividad Instituida* como la denomina Lewkowitz (2004, p. 74)-; aportamos a la reproducción de significaciones e instituciones, en y con, las cuales trabajamos. Así también, como parte del *Imaginario Radical*, los Trabajadorxs de la Salud Mental podríamos optar por no reproducir; sino ayudar a romper con el mismo y colaborar en la creación de algo nuevo.⁵² Esto nuevo, no puede pensarse sin esos Otros sujetos con los que trabajamos-Usuarixs-

Significar a los sujetos como portadores de derechos, con capacidad de agencia, no puede ser solo una tarea de los Trabajadorxs Sociales. Para pensar una verdadera transformación, esta perspectiva debería transformarse en “El marco de trabajo” que hace que un Servicio de Salud Mental sea Interdisciplinario. Es solo a partir de allí que se estará realizando una intervención que apueste a realizar movimientos respecto del lugar que ocupa ese “otro” (sujeto, persona) con el que se está interviniendo.

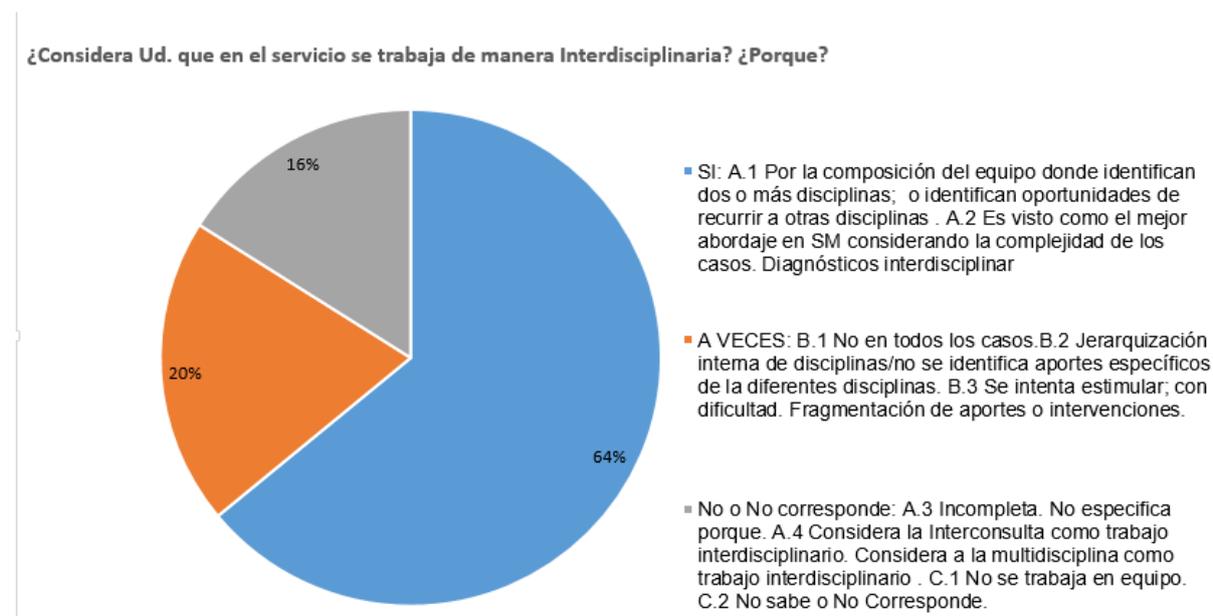
Un modelo de trabajo con orientación comunitaria y una conceptualización de la salud integral y abarcativa; exige que el trabajo sea *interdisciplinario*. Se hace inevitable pensar que no alcanza con solo una disciplina o solo las disciplinas “psi” para abarcar la complejidad que se necesita. Pensar en la formas en que debe darse este trabajo surge la *Interdisciplina*. Para Adriana Sznajder (2010, p. 53) lo que caracteriza y define a los equipos interdisciplinarios es la presencia de conocimientos y habilidades complementarias, el establecimiento de objetivos comunes, la definición de niveles de logro esperados, el desarrollo de estrategias para alcanzarlos, la presencia de una tarea en la que esta estrategia se desarrolla, el desarrollo

⁵² Castoriadis se refiere a la Creación como instancia “donde hay creación en el sentido fuerte de lo nuevo, que no digiere ni puede ser íntegramente digerido por lo ya existente.” (Castoriadis, 1997, p. 140)

concomitante de sentimientos y valores que vinculan el conjunto de personas que conforman el equipo.

El Campo de la Salud Mental Comunitaria deberá incluir en situación de igualdad varias disciplinas. Este debe ser un principio rector en cuanto a la incorporación de las disciplinas; pero siguiendo las ideas de Bourdieu, sabemos que en cada contexto, acorde a los juegos de poder y de hegemonía, las configuraciones disciplinares impondrán sus marcas diferenciales. Esto no debería representar un problema, sino una ventaja para el logro de una mirada integral.

Intentando identificar cómo esta premisa de trabajo es concebida y llevada a la práctica en el Servicio; se tomaron los resultados y aportes de una encuesta anónima, en la que se invita a participar a los trabajadorxs del Servicio. También nos interesaba en la encuesta identificar, qué lugar ocupa o le es asignado a nuestra profesión en estos equipos interdisciplinarios.



La primera pregunta fue: ¿Considera Ud. que en el servicio se trabaja de manera Interdisciplinaria? ¿Porque? El 84% responde que Sí y A Veces.

El a veces, alude a que no se da todo el tiempo. Hacen referencia al intento porque esto suceda y el logro en algunas oportunidades; y en otras, la existencia de dificultades que hacen que los aportes y las intervenciones se den de manera fragmentada. Se puede identificar aquí la concepción del trabajo Interdisciplinario o Transdisciplinario, que plantearan algunos autores como Stolkiner (1999) como un momento de coincidencia y no un estado permanente. Para ilustrar a qué se refiere con esta noción de momento *transdisciplinario* realiza una analogía con el concierto de una orquesta:

“Si reemplazáramos los instrumentos por las disciplinas, la sinfonía, esa única sinfonía, esa unidad que desaparecerá apenas termine la ejecución, sería lo transdisciplinario.

Este momento transdisciplinario (...) Es una situación en construcción continua, no un estado. La tensión entre diferenciación e integración no se resuelve nunca de manera acabada y reaparece frente a cada problema a abordar.” (p. 1)

Se puede inferir que el Servicio se autopercibe con una modalidad de trabajo interdisciplinario. Las explicaciones del porqué pueden dar cuenta de trabajo en equipo en tareas como entrevistas; admisiones; evaluaciones donde se busca siempre la escucha conjunta; y la construcción de intervenciones desde las múltiples miradas. Se explicita, en algunos casos, que se concibe como el mejor abordaje en Salud Mental considerando la complejidad de los casos; para realizar diagnósticos más asertivos y adaptados a cada situación.

El restante 16% se divide entre quienes no especifican por qué, y los que confunden el trabajo interdisciplinario con Interconsultas; lo multidisciplinario; o la equiparación con el trabajo de coordinación entre dispositivos; interservicios o interinstitucional. Como una concepción que da cuenta de un trabajo con otros, pero que no da cuenta de un trabajo de equipo que comparta encuadres, estrategias, objetivos, logros, vínculos; etc.

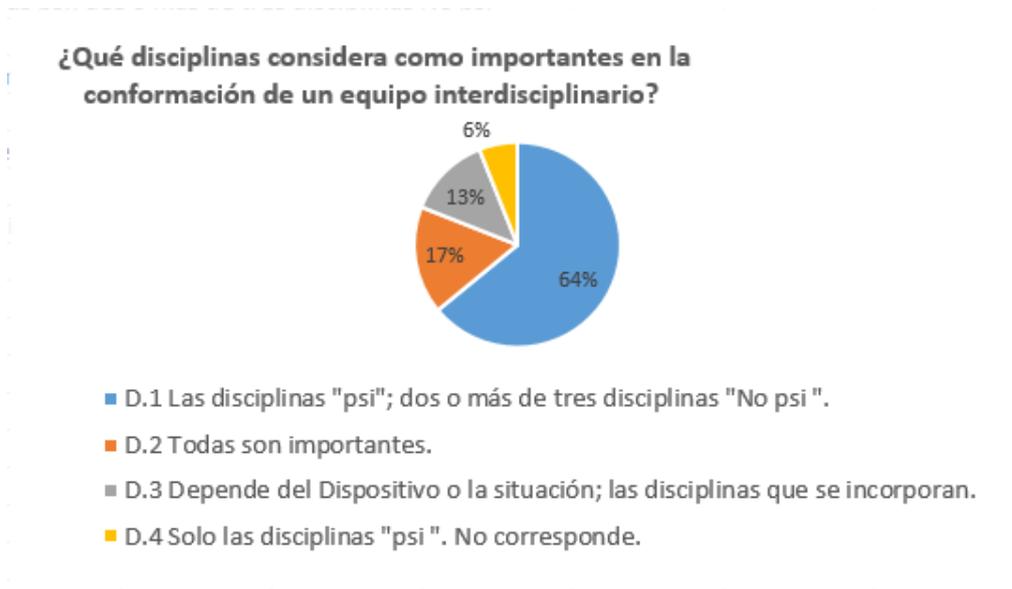
Las interconsultas, son aquellas consultas que se realizan a algún profesional que no forma parte del equipo de trabajo; que está por fuera. Respecto a lo multidisciplinario se observa una confusión; que se detecta también en autores que utilizan los conceptos de multidisciplinario e interdisciplinario como sinónimos. O como veíamos antes; la propia ley provincial utiliza ambos términos para hacer referencia al modelo de trabajo de los equipos; lo que genera confusión.

López, Andreoni, & Gulino (2012) aluden a la *multidisciplina* como a la suma de las miradas de las disciplinas desarticuladas del todo; sin posibilidad de integración. Señalan que frecuentemente se cae en la multidisciplina, desde una matriz individualista que, en el mejor de los casos, se limita a establecer acuerdos convivenciales. Y señalan que para abandonar la perspectiva disciplinar por la interdisciplinar, se debe alimentar la reflexión epistemológica. Para el cambio en la manera de encarar la producción de conocimiento y las prácticas de los equipos asistenciales, se requiere una suma de competencias y actitudes, de espacios y herramientas; en síntesis, fundar una nueva *instrumentalidad*. En relación con esto, Galende plantea que

“cada miembro del equipo [debe poder] asumir las funciones específicas a su formación profesional en cuanto provee una coherencia de sus esquemas de comprensión y procederes racionales, y a la vez estar dispuesto a la movilidad que requiere comprender las otras dimensiones en juego y adquirir la capacidad de opinar e intervenir sobre ellas” (1997.p 5).

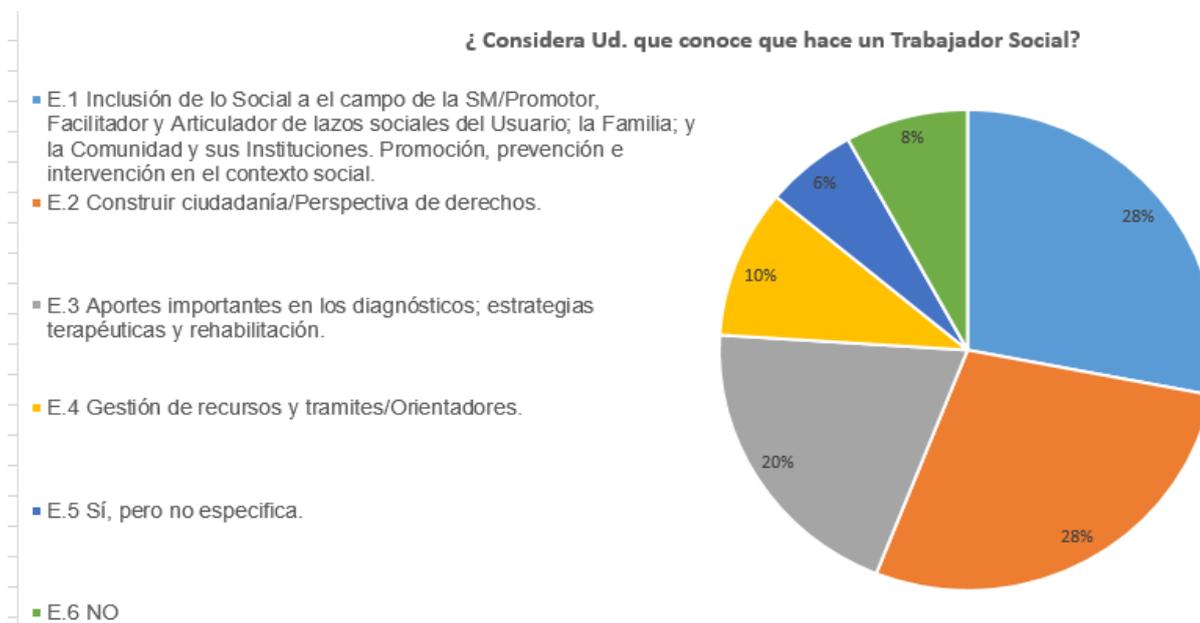
También se hace referencia las dificultades en cuanto a la jerarquización interna de disciplinas: las que tienen más poder deciden sin consultar; o al desconocimiento del campo específico de la disciplina del otro, que no permite identificar o solicitar los aportes específicos disciplinares. Martínez & Agüero (2018, p.33) hace referencia a que las diferencias de capital simbólico entre los miembros de un campo científico, establecen jerarquías de poder y autoridad, y relaciones de dominación. Ciertos miembros monopolizan capital y deciden respecto a la trayectoria de otros miembros y a la configuración del campo. Sin embargo, como el poder es una relación social y las relaciones de poder son móviles, inestables y modificables, el campo científico -como todo campo social- es un campo de lucha, donde hay dominación, pero también hay resistencia y posibilidad de cambio.

Puede observarse como una buena señal, la identificación de la conformación de equipos con disciplinas no “tradicionales” -psiquiatría y psicología-: Trabajo Social; Terapia Ocupacional; Musicoterapia; Operador de Apoyo; Enfermería. Incluso algunos incluyen al personal administrativo y de limpieza como parte de los equipos. Quizás desde la visión de la importancia del aporte de cada uno de ellos en el mejor desempeño y desarrollo de la tarea diaria. Entonces ante la pregunta ¿Qué disciplinas considera como importantes en la conformación de un equipo interdisciplinario?



El 64% explicita que para la conformación de un equipo interdisciplinario se necesitan, además de las disciplinas psi; dos o más disciplinas *No psi*. El 17% expresan que todas son importantes; colocándolas a todas en igual nivel de importancia y jerarquía. Y el 13% señalan que depende del Dispositivo o la situación; debería pensarse las disciplinas que se incorporan. Esta visión contempla, por un lado los recursos existentes en cada dispositivo; y por otro, prioriza la singularidad del sujeto y su entorno, como aquel que determinará el equipo acorde para realizar el abordaje.

Abordando la pregunta que nos realizábamos en el proyecto de investigación: ¿Cuál es el lugar que se le asigna a la profesión dentro del equipo de trabajo? Se realizaron dos preguntas ¿Considera Ud. que conoce qué hace un Trabajador Social? El 92% responde que sí.



Caracterizan a la disciplina como la que se ocupa de la inclusión de lo Social al campo de la Salud Mental. Como promotor, facilitador y articulador de lazos sociales del Usuario; la Familia; y la Comunidad y sus Instituciones. Como los que se ocupan de la promoción, prevención e intervención en el contexto social -socio-económico-ambiental- Otros hacen foco en que la disciplina ayuda a la construcción de ciudadanía; desde la perspectiva de garantizar el acceso a los derechos. Y se resalta la importancia de los aportes en los diagnósticos; estrategias terapéuticas y rehabilitación.

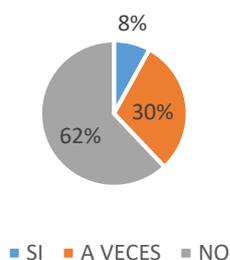
Tomando a Hermida M. (2018, p. 10) vamos a reforzar la importancia de que el equipo ligue a la profesión con los Derechos. En la noción de derecho se cruzan diversas disciplinas, miradas políticas, siglos de historia y de disputa por sus efectos. Para nuestro colectivo profesional, la noción de enfoque de derechos se vincula menos a la jerga de los organismos internacionales y más con las propuestas denominadas garantistas; en clara confrontación con las perspectivas liberales que apuntan a la penalización, y a la individualización de problemáticas que son sociales. Se promueve la presencia del Estado en contraposición a la mano invisible del Mercado como reguladora de lo social. El enfoque de derechos trasciende aspectos técnicos vinculados a protocolos que proponen organismos internacionales en pos del desarrollo; y se convierte en una categoría política, como perspectiva que busca reconstruir derechos.

Extrañamente, de acuerdo a lo que se acostumbra a escuchar, solo el 10% relaciona a la disciplina con las gestiones de recursos y orientadores de trámites; con las funcionales más “asistenciales”. Es importante aclarar que se considera que estas funciones asistenciales son parte de la tarea de la disciplina. Tomando los aportes de Alfredo Carballeda; Susana Malacalza

y Susana Cazzaniga⁵³: La disciplina no se debe renegar de esta tarea específica; porque el horizonte del profesional no termina en el conseguir específicamente el recurso; sino que se considera como un paso más dentro de un proceso de intervención. Hermida M. (2018) considera que la asistencia es un concepto importante en Trabajo Social; el que ha sido y es significado de maneras muy diversas. Existe una perspectiva que denosta lo asistencial como una instancia proto-profesional, que genera cuerpos dóciles y disponibles para las prácticas clientelares. Suele estar asociada con una mirada desconfiada respecto de la política, como espacio de cooptación, de extorsión. La autora nos invita a resemantizar la asistencia como un derecho; desde un pensar situado; ir desnudando los prejuicios que habitan la concepción de asistencia que amasaron las teorías situadas en el corazón de la colonialidad del poder, del ser y del saber. El acceder a la asistencia del estado, es un derecho y por lo tanto no es una tarea ingrata la que realizan los Trabajadorxs Sociales. También desde esta perspectiva puede pensarse que estas tareas “asistenciales” puedan ser compartidas con otras disciplinas/saberes. Se considera que reclamar, gestionar y señalar al Estado su responsabilidad en la cobertura de las necesidades no es solo responsabilidad de una disciplina; debería considerarse como parte de una concepción compartida por los equipos de trabajo.

Este último posicionamiento es coincidente con el señalamiento que se realiza en la encuesta, ante la pregunta: ¿Esas funciones/tareas pueden ser cumplidas por otras personas o disciplinas?

¿Esas funciones/tareas pueden ser cumplidas por otras personas o disciplinas?



La mayoría, el 62%, responde que No. En una clara postura de respeto a la Disciplina como tal. Lo que refuerza una idea de legitimidad de la misma dentro del Servicio.

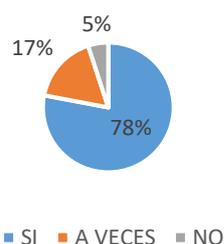
El 30% responde que A veces; y el 8% que Sí; señalando que aquellas tareas asistenciales pueden ser realizadas por el psicólogo; el Trabajador Comunitario de Salud en Terreno o el Operador de Apoyo. Surge también que ante un trabajo de equipo verdaderamente interdisciplinario- o transdisciplinario- se difuminan los límites disciplinares; lo que genera que se compartan funciones y se transfirieran conocimiento. Esta concepción se acerca más a lo que Emiliano Galende considera como una *Transdisciplina*, cuando plantea la creación de una

⁵³ Señalamientos tomados de los Seminarios que brindaron como parte de la Maestría.

nueva disciplina. Esta estaría construida con los aportes conjugados de las distintas disciplinas; constituiría así un nuevo campo teórico y de prácticas. Su conceptualización y los procedimientos metodológicos serían el resultado de la imbricación de las distintas disciplinas.

Respecto a la pregunta: Según su criterio, ¿Realizan las Trabajadoras Sociales del Servicio de Salud Mental, las funciones/tareas que corresponden?

Según su criterio: ¿Realizan las Trabajadoras Sociales del Servicio de Salud Mental, las funciones/tareas que corresponden?



La mayoría responde que Sí; haciendo referencia al compromiso y militancia con la ley de Salud Mental. En la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26657) se “legaliza” nuestra intervención en dicho campo (Artículo 8°)⁵⁴; incluso se habilita la posibilidad de ocupar cargos jerárquicos. De hecho entre el 2011 y el 2013, es una Trabajadora Social la que ocupa el lugar de jefatura; no sin cuestionamientos por parte de las posturas más hegemónicas.

Entendemos que nuestro trabajo “es” en el trabajo con “otros”. Nuestro trabajo es con esos “otros Usuarixs” y esos “otros profesionales”. Los Trabajadorxs Sociales, como explica Hermida M. (2018), somos *transdisciplinarios*. Pero no porque nuestra función sea aplicar lo que otros construyen; sino que somos una voz más en el campo de las ciencias humanas y sociales, con una posición privilegiada para saltar las caprichosas fronteras que la Modernidad imprimió en otras disciplinas. Nos atreveríamos a afirmar que en el campo de la salud y la salud mental, los Trabajadorxs Sociales somos los más preparados para trabajar interdisciplinariamente. No sabemos otra manera de hacerlo. Entonces nos preguntamos, en este campo caracterizado históricamente por la individualidad y la soledad en el desarrollo de la tarea ¿Será parte de nuestra especificidad aportar a la construcción de equipo interdisciplinario que trabajen en pos de abordar integralmente la salud, entendiéndola desde una perspectiva de derechos e inclusión?

⁵⁴ “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.”

Respecto a la exigencia para considerar la autonomía científica de una disciplina/profesión; se habla de “clausurar el campo” delimitando un objeto de estudio exclusivo – en términos de Bourdieu- Si bien es necesario aclarar que una minoría realiza el siguiente señalamiento, puede tomarse como ejemplo de cómo surge el intento de delimitar el campo de la psicología en la lucha por la hegemonía del objeto. El señalamiento dice que se considera que hay una “Disfunción de la función”; donde la disciplina -Trabajo Social- excede su campo entrometiéndose en el campo del psicólogo porque aborda la *intersubjetividad*. ¿Algunos psicólogos consideran como propio y no “compartible” lo *subjetivo*?

Como bien advierten López, Andreoni, & Gulino (2012, p. 147) tomando a Stolkiner hay algo de lo inevitable “(...) Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente. (1999: 199)” Este señalamiento resulta interesante ya que algunos psicólogos consideran que son los únicos que tienen permitido ver, entender y trabajar la subjetividad o la intersubjetividad. Como si para el resto, incluido en Trabajo Social, la subjetividad no fuera algo importante a lo que atender; entender; incluso reconstruir; reproducir o no. Como si tampoco influyera la subjetividad de ese Otro, en una posible transformación de la subjetividad profesional. Es en esa relación donde se articula al mismo tiempo “(...) las expectativas que construimos en torno a las apuestas individuales que “el otro” asume. Y la producción de certeza de que el otro, siempre será el otro y tomará decisiones más allá de nuestras sugerencias.” Danel (2020, p.3)

Se puede intuir, siguiendo a Danel (2020), que lo aquí está en disputa es el significante de la *escucha*. La escucha que se enlaza a la *contención*, como constitutiva de la misma. Allí surgirá la construcción de los límites de la intervención y de los encuadres de la demanda. La recuperación de la narrativa del sujeto que demanda en pos de reconstruir su historia, trayectoria, y tendiente a construir en forma conjunta un proyecto interventivo. Y es por ello que se puede pensar el aporte del Trabajo Social en una Guardia, por ejemplo. Allí no sólo se dirime un diagnóstico psicopatológico y/o un esquema farmacológico; se debe poder pensar una Estrategia que resulte terapéutica. Y podemos afirmar que “lo terapéutico” puede resultar muy amplio y multifacético; y dependerá de lo que necesite y le sirva a cada sujeto. Allí se presenta la persona con su subjetividad, donde está contenida su trayectoria de vida; sus condiciones materiales de vida; sus redes socio-afectiva o la falta de ella; sus dolencias y sus padeceres; lo que puede soportar y aquello que lo desborda. Y tomando Carballada (2015), el autor nos dirá que la *palabra*, la *mirada* y la *escucha* son instrumentos claves en las diferentes metodologías de intervención social ya que forman parte de un mismo proceso; pero también la *gestualidad*. Para Danel (2020) la intervención profesional de los Trabajadorxs Sociales está integrada de sutiles actos, de miradas intercambiadas, de palabras enunciadas en contextos de entrevistas, de información compartida, de accesos habilitados. Tomando a Skliar (2009; 2014),

la autora nos invita a revisar esos gestos mínimos, los que nos hacen reflexionar sobre aquello que pone en evidencia si el otro me importa, me conmueve, me habilita esfuerzos intelectuales para generar intervenciones. Se puede pensar en aportar a la superación de los obstáculos que presenta el propio equipo de salud en relación a entender las condiciones de vida de la población con la que trabaja ; evaluar la viabilidad de llevar adelante los tratamientos prescritos; señalar la importancia de conocer el contexto del Usuarix para a partir de allí delinear estrategias más adecuadas.

Para cerrar este capítulo, quizás podamos pensar que el mayor aporte que puede realizar el Trabajo Social al campo de la Salud Mental sea, parafraseando a Hermida (2018, p.15) la ardua tarea de la búsqueda de criterios de articulación que no diluyan las diferencias, sino que trabajen desde la capacidad aumentada que implica ver desde la tensión, caminar reconociendo las contradicciones, crear asumiendo la complejidad. Tener lealtad a nuestras premisas éticas básicas de defensa ineludible de los derechos, compromiso con los sectores subalternizados por la diversidad de opresiones que el capitalismo colonial patriarcal despliega. Además de un estado permanente de “Vigilancia-advertencia⁵⁵- Epistemológica” respecto de los anclajes, límites y potencialidades de nuestras herramientas teóricas para comprender con más claridad, reparar con mayor éxito, y transformar con más radicalidad las desigualdades que nos convocan a intervenir. Ortega, (2015) dirá que la “vigilancia epistemológica” contempla el repensamiento de qué somos, qué hacemos, cómo lo hacemos, por qué lo hacemos y cómo nos vemos en perspectiva con las ciencias sociales y la sociedad misma. Podríamos agregar a esta lista, la necesidad de ese estado permanente de *elucidación* del que habla Castoriadis C. (2007) de “pensar lo que se hace y saber lo que se piensa en el ejercicio de la profesión”.

4.2 El lugar del Usuarix, Familiar; un Lugar que Tensiona

En diferentes momentos de la historia del servicio, integrantes de los equipos o las propias Directoras Provinciales, intentaron estimular la Organización de Usuarixs, familiares y allegados.

Se intentaba contribuir a la construcción de actores nuevos e indispensables, que como explica Stolkiner (2012, p. 1) podrían descentrar la hegemonía de voces corporativas dentro del campo de la salud mental, fundamentalmente porque son los interesados más directos y los principales afectados en las prácticas del campo.

⁵⁵ En el texto la autora lo llama “vigilancia epistemológica” invitando a repensar y reemplazar la palabra “vigilancia”.

Desde Centro de Día a partir del año 2009-2010 se convoca a las asambleas multifamiliares y se realizan encuentros para el trabajo y difusión de la ley provincial. Tratando de estimular la participación de la familia en un rol protagónico y de control sobre los tratamientos de sus familiares y allegados. Trabajando sobre los cambios de conceptualización que planteaba la ley; pero luego de los tres primeros encuentros, las familias dejan de participar.

En el año 2011; en el proceso de la creación de Alibuen Patagonia, nuevamente se convoca a Usuarixs y familiares para el trabajo sobre la ley- ahora también nacional-; intentando visibilizar la importancia de la participación real en lo que sería el Órgano de Revisión. Participan algunos familiares de Usuarixs de la Empresa Social y de Centro de Día; pero no logra sostenerse las reuniones en el tiempo. No se llega a armar un grupo que mostrara predisposición o tomara el liderazgo. Entonces los profesionales se preguntaban ¿Qué lugar ocupaban ahí? ¿Hasta dónde tenían que acompañar? ¿En qué momento se tenían que correr? ¿Somos nosotrxs los que tenemos que llevar adelante esto? Porque también las Asociaciones de Familiares, Usuarixs y Amigos se piensan para ser contralor de los Servicios que brinda el estado. Este lugar resultaba incómodo.

El último esfuerzo se realizó en el 2014, pero esta vez se intentó que naciera como algo independiente del Servicio; pero nuevamente estimulado por profesionales que formaban parte del mismo. Las movilizaban algunas inquietudes en función de lecturas que se venían haciendo, y de algunos contactos con la gente de la Red FUV de Bs. As -Red de Familiares, Usuarixs y Voluntarios-. Una de las Trabajadoras Sociales que participó de esta experiencia cuenta que, en ese momento las autoridades del Ministerio de Salud decían que para terminar de armar el Órgano de Revisión en la Provincia, era necesario una Asociación de Usuarixs y Familiares que la pudiera componer.

Se convocaron a las más variadas instituciones; Usuarixs, familiares y la comunidad en general. Esta vez se pensó en un lugar que no estuviera ligado a lo hospitalario; fue una escuela. La primer reunión tuvo mucha convocatoria; alrededor de 100 personas. Con el correr de los encuentros quedaron comprometidos de manera estable unas 20 personas. “Un buen número, si se hubiese mantenido en el tiempo”, reflexiona la entrevistada. Se le puso nombre; el que fue elegido por ellos: *Cebras*. Se inició con cosas pequeñas como reclamos sobre carencias o necesidades que tenía el sistema o sobre necesidades de los Usuarixs en relación al transporte, medicación, por ejemplo. Después realizaron algunas tareas de promoción y prevención en la playa, en la rambla; participaron de eventos culturales y artísticos con un stand; con el objetivo de sumar más personas a la organización. Por último, comenta que intentaron formalizar algo de esta Asociación. “Fue un proceso difícil porque había que ponerse de acuerdo; que en todo grupo humano siempre es difícil” Se llegó a armar los objetivos y el listado de autoridades; pero no se llegó a armar el estatuto. Se trabajó para tener un lugar propio para juntarse;

alquilaban un lugar que les cobraba un valor simbólico. Y se recaudaba dinero con bono contribución o una cuota ficticia. Siempre el trabajo desde un espacio horizontal que decidiera por consenso; porque se entendía que las votaciones dejan rispideces que siempre son difíciles de saldar. La entrevistada considera que fue una experiencia de la que todas y todos salieron fortalecidos; no solo los Usuarixs. En el año 2017 comenzó a diluirse la asociación. Se intentó realizar varias convocatorias para que se pueda continuar; sobre todo para que personas de la comunidad se sumen. Pero coincidentemente cuando las profesionales que participaban comenzaron a no poder hacerlo, se dejaron de reunir.

La no participación, el no lograr que se colectivice los intereses y la defensa de los derechos de esta población, parece generar tensión y frustración ¿Qué les pasa a los Usuarixs, familiares que no participan? Sería la pregunta que nos moviliza. De hecho el Órgano de Revisión a nivel provincial comenzó a funcionar sin esta parte fundamental; ante la falta de organizaciones en toda la provincia.

Intentaremos aproximar algunas puntas de análisis; sin la pretensión de dar respuesta a algo que no ha sido materia de investigación directa; es decir no fueron consultados o escuchadas las voces de quienes son los protagonistas. Es importante aclarar que a los fines analíticos se realiza esta división categórica ficticia entre un “ellos y nosotros”; ya que se considera que cualquier persona que integra una comunidad puede enfermar y formar parte de la población de “Usuarixs”. Lxs profesionales tampoco estamos exentos.

Creemos que primero debemos entender las circunstancias particulares que “ellos”, y no todos, tienen que atravesar. Empecemos con la *opresión* Young (2000, p. 75) la conceptualiza como grandes y profundas injusticias que sufren algunos grupos como consecuencia de presupuestos y reacciones a menudo inconscientes de gente; y como consecuencia también de estereotipos difundidos por los medios de comunicación, de los estereotipos culturales y de los aspectos estructurales de las jerarquías burocráticas y los mecanismos de mercado. En este punto, no es menor pensar cómo abordar los prejuicios de una sociedad respecto de los “Locos como sinónimo de peligrosos”, y el tratamiento que de ello se hace en los medios masivos de comunicación. Así como también resolver las dificultades que se generan en las prácticas profesionales cuando las posturas y formas de funcionamiento son tan dispares. Se debe continuar generando espacios de debate y formación continuos; a partir de los cuales interpelarnos. No hay manera de que por imposición se produzcan modificaciones; solo “ocultamientos de formas de pensar y hacer” que se ajusten lo mejor posible “a derecho” -a la ley vigente-.

Por otra parte, podemos hablar de *Explotación* que Young (2000) enmarca en una sociedad capitalista, en la cual todos son libres legalmente para contratar libremente con los empleadores

y recibir un salario. Pero hay opresión en tanto existe un proceso sostenido de transferencia de los resultados del trabajo de un grupo social (trabajadorxs) en beneficio de otro (empleadores). Desde esta perspectiva marxista, las personas con sufrimiento mental están en un lugar complejo porque no dejan de ser oprimidos en tanto – en su mayoría– pertenecen a una clase social pobre; pero no tienen la “posibilidad de ser explotados” por un patrón. La necesaria Pensión no contributiva, los entrapa en un lugar de pérdida de su capacidad de producir, de trabajar; no puede vender su fuerza de trabajo. Mayormente no pueden acceder, aun cuando existan capacidades para hacerlo, por periodos largos o más cortos de tiempo, con más o menos apoyaturas. Como explica Young (2000), esta provisión de bienestar –pensiones– produce nuevas injusticias al privar a quienes dependen de ella de los derechos y libertades que tienen otras personas y aun cuando las privaciones materiales sean mitigadas, la marginación es injusta porque bloquea las oportunidades de ejercer las capacidades de modos socialmente definidos y reconocidos (p. 95)

Las personas en sus intentos de conseguir un trabajo, se encuentran compitiendo con otras personas que pueden ofrecerle al empleador más eficiencia y menos “contratiempos” a la hora de realizar la tarea encomendada. Es así como esta población pasa a ser parte del “ejército de reserva” que planteaba Marx, pero de manera permanente. Entonces a su condición de pobres excluidos se suma a la de sentirse Marginados. *Marginación*, para Young (2000, p. 94) sufren las personas que “el sistema de trabajo no puede o no quiere usar” Este tipo de opresión la plantea como la forma más peligrosa. Una categoría completa de gente es expulsada de la participación útil de la sociedad; quedando así potencialmente sujeta a graves privaciones materiales e incluso al exterminio. Las personas obtienen en el mejor de los casos una pensión por dicha discapacidad, que le permite con suerte cubrir sus necesidades básicas, pero no “progresar” desde los parámetros que esta sociedad capitalista de mercado impone como “ideal”. La autora advierte que ser dependientes en nuestra sociedad implica estar sujetos a frecuentemente arbitrariedades de quienes suministran servicios sociales y que aplican reglas que la persona marginal debe acatar.

Podemos avanzar preguntándonos ¿Puede suceder que para las personas con sufrimiento mental no les resulta *agradable o positivo* la incorporación a un grupo donde comparten características? No podemos pensar en respuestas que puedan englobar la singularidad de cada sujeto; y dependerá también del análisis situado, contextual del recorte de su trayectoria vital que se realice.

Young (2000) dice que “cuando una persona ingresa en una asociación, y aun en el caso de que la pertenencia a dicha asociación afecte su vida de manera fundamental, dicha pertenencia no afecta la definición de la propia identidad (...)” Y esta afirmación no resulta aplicable

siempre y para todos, si tenemos en cuenta que en la construcción de una Identidad no se puede dejar de lado lo que los otros nos reflejan sobre uno. Esta misma autora, habla de la

Proyectabilidad (tomando a Martin Heidegger) ya que “la identidad se define en relación a cómo otras personas nos identifican, identificación que dichas personas llevan a cabo a su vez en términos de grupos ya asociados con atributos específicos, estereotipos y normas” (p. 82) En esta construcción de la identidad; la sociedad en su conjunto, sus estereotipos y mitos; aportan a la autopercepción. Esto podría resultar beneficioso para grupos que sienten que dicha pertenencia le genera la posibilidad de fortalecerse; como el hecho de poder encontrar compatriotas con los que reivindicar la cultura del país de origen. Pero en el caso de las personas con sufrimiento mental, puede significar algo negativo en sus vidas y reforzar el estigma que los “avergüenza” o los hace sentirse afuera de la sociedad “normal”.

Por otro lado, podemos referenciar las experiencias que viven algunos Usuarixs, por ejemplo en el Centro de Día de Salud Mental, donde se encuentran con otros con los que pueden socializar desde un lugar de respeto, desprejuiciado y sin etiquetas. Esto, en ciertos momentos de sus trayectorias vitales les resulta fortalecedor, y les permite posteriormente hacer el movimiento de despegue/ alejamiento, mientras se van insertando en espacios “comunes” de la sociedad. La Identidad Social nos dice Hernández Zamora (1992, p.2) “no es cerrada ni “acabada”; se trata de un sistema “vivo” en continua interacción con el medio y, por tanto, susceptible de ser transformado. Es siempre un Sistema incompleto.” Esta continua falta de “completud” genera la necesidad de búsqueda permanente; lo que permite que se puedan presentar condiciones de posibilidad para la Transformación de lo Social -de la comunidad; de la familia; del Usuarix- Lo importante es estar *advertidos* de que se puede hacer algo diferente a la mera reproducción. En ese entramado entre lxs profesionales y los Usuarixs; pueden darse los cambios para que otra identidad en ese sujeto pueda ser posible. Lo que no garantiza - y lo relatado inicialmente lo comprueba- que con el sólo estímulo de los profesionales, se pueda generar la unión o una forma colectiva de organización como se esperara.

Aquí reside uno de los puntos que genera más tensión en los Equipos de Salud Mental en el intento de ayudar en la reivindicación de los derechos de las personas con sufrimiento mental. ¿Es posible trabajar para la inserción/inclusión de las personas con sufrimiento mental a partir de la diferencia? ¿De qué manera? Se puede coincidir con el planteo de Fraser (2011, p. 235) respecto a la necesidad de dejar de lado las soluciones afirmativas de reconocimiento que tienden a promover las diferenciaciones de los grupos existentes y apostar a las soluciones transformadoras de reconocimiento que las desestabilizan a largo plazo con el fin de dejar espacio a futuros reagrupamientos. Entonces ¿Qué igualdad se debe reclamar?

Apresuradamente, podemos responder que la Igualdad que iguala derechos y oportunidades. Y ¿cómo hacer para que esta Igualdad, iguale sin borrar subjetividades?

Kymlicka & Wayne (1997, p.20), distinguen tres tipos de grupo y tres tipos de derecho grupales que tienden a confundirse⁵⁶. A nosotros nos interesa centrarnos en los *Derechos especiales de representación*. “el reclamo de derechos grupales toma forma de una demanda de representación especial en los procesos de decisión política del conjunto de la sociedad”; por ejemplo en lo que representó el periodo de discusión y sanción de la ley. Pero probablemente debamos tomarlos como medidas temporarias en la marcha hacia una sociedad en la que no se necesite de una representación especial. No deberíamos estar insistiendo en la importancia de la Salud Mental; si la misma en la práctica, ya fuera concebida dentro del concepto Salud. En el horizonte como meta; la sociedad debería intentar eliminar la opresión, y con ella la necesidad de reivindicar y reclamar este tipo de derechos. Según estos autores, los grupos que se sienten excluidos desean ser incluidos en la sociedad global; y suele considerarse un camino facilitador el reconocimiento y la acogida de su "diferencia"; pero el impulso básico que subyace a los derechos de representación es la integración, no la separación. (Kymlicka & Wayne, 1997, p. 21 y 22)

Por su parte, Moufe (1999. p 102) en el marco de una *democracia radical* que ella plantea, apunta a trascender los reclamos grupales desde la diferencia. Propone este tipo de democracia como una identificación que apunta a la construcción de un *nosotros*, una cadena de equivalencias entre sus demandas, a fin de articularlas a través del principio de equivalencias democráticas. No como una mera alianza entre intereses dados, sino modificar realmente la identidad misma de estas fuerzas. Se hace necesario para ello des-construir las identidades existentes; o cuestionarlas en principio. Sucede con frecuencia que personas con el rótulo de un diagnóstico psiquiátrico, al momento de presentarse lo hace por su diagnóstico o por su incapacidad; antes de hacerlo por su nombre. Como si ese diagnóstico o el certificado de discapacidad fuera lo que abarcara la totalidad de su identidad, de su subjetividad, de su ser.

Para Boaventura de Souza (2007) debería darse “una construcción teórica donde el respeto de la igualdad y el principio del reconocimiento de la diferencia estén presentes, y saber que una lucha por la igualdad tiene que ser también una lucha por el reconocimiento de la diferencia, porque lo importante no es la homogeneización sino las diferencias iguales.”(p. 53)

⁵⁶ (a) derechos especiales de representación (en beneficio de grupos desfavorecidos); (b) derechos de autogobierno (en beneficio de minorías nacionales); y (c) derechos multiculturales (en beneficio de inmigrantes y comunidades religiosas). Cada uno de estos tipos de derecho tiene consecuencias muy diferentes sobre la identidad ciudadana(Kymlicka & Wayne, 1997, p. 20)

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES QUE ABREN NUEVOS CAMINOS DE REFLEXIÓN Y RESIGNIFICACIÓN

Iremos apuntando las tensiones y desafíos con los que nos hemos encontrado en el recorrido de la tesis; los que continúan configurando interrogantes para seguir reflexionando. Así mismo, habilitan la posible construcción de un horizonte común, que podría guiar nuestros posicionamientos e intervenciones.

5.1 Pensar en la Plena Aplicación de la Ley

Dijimos que en este proceso de aplicación de la ley no existe algo lineal que avanza hacia una superación positiva y cada vez mayor de lo que sucedió con anterioridad; por el contrario se encuentran rupturas y atravesamientos que generan parálisis, resistencias contrahegemónicas y también retrocesos. Parece que estamos frente a un proceso que aún continúa “vivo”; donde conviven la lógica de lo “viejo” y de lo “nuevo” institucional; no sin tensiones y costos para las instituciones, los profesionales y los Usuarixs que la habitan.

Analizando el proceso de la ley, en tanto acto legislativo; en términos de Populismo. Estamos advertidos de la contradicción intrínseca del populismo de intentar construir hegemonía clausurando cualquier tipo de diferencia a dentro de la comunidad. Durante la tesis se verifica la continuidad de la tensión entre los dos modelos de Salud Mental.

Por un lado, se generó una ruptura con el orden institucional vigente; un cuestionamiento de éste; y se abre una frontera antagónica entre dos modelos. Pero no se produjo de a partir de ella una “fuerte recomposición comunitaria” -como se pensaba cuando se analizaba el populismo- Quizás el desafío a asumir sea, el transitar la vigencia de estas tensiones permanentes, porque quizás sea esa y no otra, la forma de avanzar en las modificaciones que todavía se necesitan.

Existen grandes desafíos respecto a las transformaciones sociales que deberían darse para que la sociedad pueda albergar, recibir e incluir a la población con padecimiento mental. Así como también el derribamiento de mitos como por ejemplo que solo una porción pequeña de la población pueden padecer sufrimiento mental a lo largo de su vida. Pero para ello también debe darse el acompañamiento del Estado en toda su amplitud. La ley parece haberse convertido en algo que exclusivamente se debe cumplir en el ámbito de la salud; y más específicamente de la salud pública- podríamos sumar con cautela a la justicia-. El resto de las partes del estado no se sienten interpeladas por la misma; no se sienten responsables de su aplicación. Y como ya fue desarrollado; no es posible pensar su aplicación sólo desde la salud; la complejidad que

abarca un sujeto, implica la necesaria participación activa de educación; vivienda; seguridad; trabajo; medios masivos de comunicación; etc.

Aquí también podemos sumar al análisis, el aporte de lo que nos corresponde a quienes trabajamos en el campo de la Salud Mental en sus diferentes estamentos; desde los que realizan la asistencia, hasta quienes planifican las políticas sociales. Los debates en el campo de la salud mental continúan- a pesar de los esfuerzos de muchos- situados en una actitud *etnocentrista* (Rodolfo Kusch). El foco de discusión sigue estando centrado en las luchas y discusiones disciplinares. Esto nos coloca en un lugar cada vez más alejado y de su superioridad respecto a esos “otros” –Usuarixs; familiares y miembros de la comunidad en general-

Realizando un análisis general de la historia del Servicio se pueden observar grandes avances a nivel institucional; de organización técnica y operativa. Por el contrario- salvo algunas excepciones- se encuentran pocos enunciados donde se visualice como importante o prioritario el cuestionamiento de las prácticas centrados en lo que le pasa y necesita la comunidad/ el Usuarix.

Otro señalamiento debemos realizar respecto a la una fragilidad normativa/administrativa de la estructura a nivel Ministerial y Hospitalaria. Nos referimos a cómo quedan estructuradas/nombradas los niveles organizativos provincial y local. Por un lado, a partir del 2015, se nombra la Dirección de Salud Mental Comunitaria; la Dirección Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones; y la Dirección de Discapacidad. Luego se crea una estructura jerárquica que intenta albergar las tres direcciones y plantear un trabajo mancomunado; la Dirección de General de Prevención y Asistencia de Problemáticas Psicosociales y Discapacidad- en la actualidad vacante-. Lo que quedo como buenas intenciones. A nivel local, por un lado, el organigrama hospitalario no fueron readecuados a la nueva estructura que se aplica en la práctica. Continúan siendo Servicios, en vez de Departamentos; figura que plasmaría el reconocimiento de la complejidad de cada uno de los Dispositivos que conforman la Red Socio Asistencial, en los ravigoles correspondientes.⁵⁷ En términos de políticas públicas, no es menor este desfasaje. Por otro lado, tampoco es menos como se nombra al Servicios. Por uso/ costumbre se lo llama Servicio de “Salud Mental y Adicciones”; aunque la utilización del término “Adicciones” no sea el adecuado a la nueva perspectiva; sino el de “Consumo problemático”. Coincidentemente la ley nacional y la provincial enuncias esta problemática con el nombre de Adicciones. Minoritariamente también se lo llama “Servicio de Salud Mental Comunitaria”, en un intento por remarcar la importancia

⁵⁷ Se reconoce económicamente un ítem por Coordinación/responsabilidad jerárquica para las coordinaciones; pero no la subrogación de un cargo formalmente establecido en un organigrama.

de su orientación comunitaria. Pero en el organigrama/documentos oficiales continúa figurando como el “Servicio de Salud Mental”. Podría inferirse que, el nombre habitualmente utilizado, intenta visibilizar la incorporación de la problemática de consumo al Servicio de Salud Mental. Por otra parte, esta forma de nombrar, deja plasmada una manera de *significar* que además lo hace desde la diferencia o la separación. No debería existir la necesidad de nombrar una problemática que en sí misma es parte de la Salud Mental. Por otra parte, la necesaria adecuación/actualización del organigrama hospitalario a la Red de Dispositivos existentes- como establece la Ley Provincial- ; de los cuales solo figura la Jefatura y el Hospital de Día (ya inexistente) Se considera que continúa siendo un trabajo a realizar la adecuación normativa administrativa que dé legitimidad y legalidad a la real forma de funcionamiento. De esta manera lo podría constituirse como un capital ganado, queda dependiendo de la persona que ocupa el cargo de gestión. El objetivo debería ser que lo que se constituye como política pública, pueda trascender a las personas.

Se debe realizar un esfuerzo por superar algunas discusiones o revisar dónde se está colocando “lo central”- ya no sería acertado que fuere dentro de las instituciones-. Debería darse un salto cualitativo que coloque “lo central” en la comunidad, como horizonte que guía las políticas y las prácticas. Sin esto, no es posible identificar las principales problemáticas que aquejan a nuestra sociedad; los sufrimientos que padecen, que se manifiestan en el aumento de las problemáticas ligadas a las etapas vitales de la Infancia y Adolescencias; o la Violencia de Género y el Consumo Problemático- por dar algunos ejemplos-. Hoy continúa siendo un desafío el pensar los abordajes.

5.2 La Problemática de Consumo; algo que Atravesamos como Sociedad

Dentro de las tensiones ubicadas, podemos hablar de los diferentes posicionamientos respecto a las policías públicas direccionadas a la problemática de consumo. Y aquí surge otro de los desafíos donde nuevamente no solo se puede pensar desde el Sistema de Salud. Lo que le corresponde al Sistema de Salud es pensar en más y mejores formas de asistir y garantizar el acceso al sistema de salud; pero entendiendo que se atiende los efectos causados por una sociedad capitalista neoliberal de consumo. Poder tener una visión amplia, dimensionando que con lo que se encuentran los equipos que asisten situaciones, es la punta del *iceberg*. Es decir; -y por mucho que nos pese- el consumo es una parte intrínseca de nuestra sociedad; lo cual no significa que debemos mirar la escena pasivamente o adaptarnos completamente a ella.

Byung- Chun Han (2012, 2013 y 2015) habla de *las nuevas formas y procesos de la subjetividad*⁵⁸, esto nos ayuda a ubicar los desafíos que se nos presentan, en particular a la disciplina de Trabajo Social y al campo de la Salud Mental. Nos hemos preguntado si nuestros posicionamientos y prácticas ¿ayudan a la reproducción de este tipo de subjetividad o podrían pensarse nuevas formas de intervención que configuren un movimiento contrahegemónico? Sin eludir que quien ejerce su profesión no es ajeno a este proceso y sus formas. Al cambiar el sujeto destinatario, sus necesidades y problemáticas; genera en las instituciones y sus profesionales una paralización que impide “alojarlos”. Ahora bien, en principio se puede pensar que aquellas estructuras rígidas en términos Foucoltianos, como las del Sistema de Salud, ya no serían las más adecuadas; pero allí también se abre la posibilidad de pensar cuál es el *tipo de cambio* que deberían darse. La *flexibilidad* para romper la rigidez, puede pensarse como punto de acuerdo, ya que permitiría una mayor capacidad de adaptación al nuevo sujeto; pero la pregunta sería ¿flexible para qué? ¿Romper los límites con qué objetivo?

Este tipo de sociedad no permitirá nada que retrase la aceleración de la productividad de los sujetos o les genere “huecos o vacíos”. Por eso, todo aquello que representa lo negativo es expulsado. Desde una posición contrahegemónica, hoy se vuelven más que nunca necesarios la existencia de los mismos. En principio, porque es solo a partir de la “falta” que se genera algo nuevo o transformador. Sin embargo, se le genera a la sociedad una necesidad de llenarlos, y la respuesta que este sistema le da es la de *llenarlos con consumo*. Porque a los sujetos tampoco se les permite ningún sentimiento negativo, como el sufrimiento, el dolor, la pasión. Esto debe quedar anestesiado; y el consumo de sustancias- legales e ilegales- o los psicofármacos es “La respuesta”. Hay que evitar cualquier lesión, cualquier cosa que al sujeto le haga sentir la falta; pues allí se corre el riesgo de que cambie; se singularice y rompa con la uniformidad que se le impone. Mientras se garantice la libre y acelerada circulación y reproducción del capital; y, por otra parte, se logre canalizar el deseo infinito de los sujetos hacia cosas que puedan comprarse; ésta sociedad resulta conformarse por piezas que encajan perfectamente como engranajes de una exitosa máquina.

Quizás surja como propuesta -ante esta realidad- enfocarse sobre las pequeñas acciones; las de la práctica cotidiana, las que podrían ayudar a la construcción de nuevas formas que llenen... Pensar ¿Qué de las Políticas Sociales pueden construirse en este sentido?

⁵⁸ Concepto tomado de la clase teórica del Prof. Muriete. Cabe mencionar que, de acuerdo a lo trabajado en el seminario, parto de una definición de subjetivación, entendiéndolo por ello: el proceso a través del cual se estudian las formas en que el poder se imprime en los cuerpos. Desde un enfoque socio-político se trata de ver cómo opera el poder en los procesos de subjetivación y cómo éstos regulan la conducta.

Un verdadero Sistema de Protección Social: Hablando de la necesidad de pensar posibles policías sociales; otra de las tensiones que queda abierta a análisis, es la existencia de verdaderos *Sistemas de Apoyo y Protección*. El estado debe brindar a la población con sufrimiento mental – y con discapacidad en general- verdaderas oportunidades de inserción laboral. Devolverles el lugar de sujetos con derechos y no debería ser sólo una enunciación discursiva. Se necesita repensar y construir políticas sociales acordes. En la Tesis se nombra como una de las alternativas sobre la que se trabaja en la provincia- no sin mayores dificultades- la generación de Empleo con Apoyo; y el pase de estos, a posibles Cooperativas de Servicios. Para que esto funcione debe haber alguien que las contrate; en Italia es el propio Estado. Entonces es necesario continuar preguntándonos: ¿Cuál debería ser el rol del estado? ¿Cuáles son las políticas sociales que se pueden pensar para alcanzar este objetivo?

Esto nos lleva a reflexionar acerca de este paradigma más ligado a lo Tutelar; que muchas veces cuestionamos en las prácticas/intervenciones. Tomando a Favero Avico, y otros (2020) podemos pensar nuestras intervenciones, no dirigidas al control social; sino a la interpretación de ese orden social y la necesidad de intervenir sobre él. La primera visión está direccionada desde una corriente positivista y colonialista de los saberes, la objetividad, la universalidad y la fragmentación del conocimiento. La segunda, se piensa desde un saber situado, la comprensión, lo transdisciplinario, lo intersubjetivo, la transformación, la comprensión y los saberes populares.

Una de las confusiones que suele encontrarse utilizando este sentido de “tutelar”, es respecto a las internaciones, sobre todo las involuntarias. Estos discursos suelen ser utilizados para desprestigiar la ley con “falsas verdades”. Así se plantea que para no ser “tutelares” y “respetando la voluntad de la persona”; no se indica una internación. Existen profesionales que deciden interpretar que la ley prohíbe esta práctica en todas las situaciones o circunstancias. Asumen esta interpretación en una clara postura de desresponsabilización de su práctica y de su ética profesional; ya que lo aplican como regla aun cuando una persona está en un estado de riesgo cierto e inminente.

Otra de las situaciones que se nos presenta a los equipos es encontrarnos “haciendo por el otro”. Cuando se detecta un sujeto que encuentra vulnerable; sin protección; sin poder decidir y sin acceso a sus derechos. Pero no es un hacer que tiene la intención de sustituirlo e incapacitarlo; sino un hacer que *acompaña*, para que ese otro pueda luego por sí mismo. Algunas veces se acompaña con los tratamientos farmacológicos; otras con romper barreras, mayormente institucionales: del propio sistema de salud pública, de las obras sociales, de las empresas que brindan servicios de luz y gas, del Anses, de las áreas sociales de la

municipalidad, etc. El objetivo es abrir los caminos que no le permiten acceder a sus derechos e independencia; entendiendo que no siempre la persona está en condiciones o cuenta con las herramientas para ejercerlos por sí mismo. De lo contrario; si dejamos de ver esta situación y no se piensa en las *apoyaturas* necesarias, se los deja en un lugar de responsabilidad que se le torna excesiva, que quizás en ese momento no puede asumir. Caemos en la hipocresía de la meritocracia: si se esfuerza lo suficiente lo va a lograr; sin contemplar los contextos; recorridos vitales que lo dejan en diferentes condiciones para afrontar los obstáculos. Pero para que estas intervenciones no se transformen en “tutelares”; es necesario detectar cuándo y cómo correrse a tiempo. En primer lugar, no presuponer que el otro no puede nada; detectar lo que sí conserva como habilidad/capacidad. Así también determinar cómo progresivamente retirar apoyos a medida que el “otro” gana independencia. Por eso es importante repensar en esta tensión entre las acciones direccionadas al disciplinamiento o a la transformación.

5.3 Respetto al Desafío en las Prácticas/Intervenciones

Es interesante luego del recorrido poder pensar qué se significa cuando se habla de *Estrategia Terapéutica*. Ya habíamos dicho que lo terapéutico podía ser un concepto más amplio; ya que será terapéutico para un sujeto en particular, lo que para otro no. Entendiendo que dependerá de muchos entrecruzamientos lo que podrá configurarse como terapéutico. Algunas veces no serán las grandes construcciones artificiales; sino las más sencillas cosas de la vida cotidiana. Oliva, Pérez, & Mallardi (2011, p. 8) también dirán que el desarrollo de *estrategia* de intervención no está determinado únicamente por el posicionamiento del profesional ni por la dirección política de la institución, ni por los Usuarixs; sino por una compleja y dinámica relación que está determinada por diversos recursos, mediados por una articulación que se condensa en el *arsenal operativo* en un momento histórico determinado.

Algo que nos llama la atención en los relatos de la tesis es la referencia en varias oportunidades a lo *artesanal*. Queremos aquí resemantizar esta palabra; despojarla de los prejuicios que se le otorga como algo opuesto a lo técnico; como protoprofesional, o el puro uso del sentido común, considerado muchas veces como poco importante. Concepto ligado a lo primitivo; el trabajo manual sin conocimiento científico que lo sustente, como una repetición de actos aprendidos; aplicar “lo conocido”; “lo que se sabe hacer”. Como si en ese trabajo artesanal no se pusieran en juego todos los conocimientos científicos adquiridos por cada disciplina y todas las aptitudes y destrezas que la experiencia de la práctica le ha otorgado al equipo de trabajo- de manera singular y grupal-. No se habla desde el sentido más restringido de la Real Academia, de la aplicación mecánica de un saber hacer. De hecho lo artesanal de la construcción de una Estrategia Terapéutica tiene muy poco de mecánico.

En los procesos de intervención los distintos actores involucrados tienen visiones, posicionamientos, recursos, intereses particulares, por lo cual es necesario poder identificar y comprender esas particularidades y relaciones. En estos procesos, el profesional cuenta con la posibilidad de seleccionar alternativas que se inscriben y adquieren significado, dirección y materialidad, a partir de la finalidad estratégica. (Oliva, Pérez, & Mallardi, 2011, p. 8)

Favero Avico, y otros (2020. p 225) nos aporta una figura que nos puede ayudar a describir los procesos de intervención profesional; las *urdimbres*. La imagen de una trama configurada desde urdimbres que sustentan, sostienen y alojan esos hilos de colores distintos, de texturas variadas, de grosores dispersos. Las intervenciones son aquellos ejes verticales que sustentan los hilos transversales de la trama. Y en las tramas horizontales quizás se encuentren esos marcos de trabajos claros que encuadran; que ayuden a visibilizar los objetivos; los límites no negociables de lo que pusiera en riesgo o fueran contrarios a garantizar los derechos humanos de las personas. En definitiva, esos marcos de trabajo que se construyeron de manera artesanal.

Mucho en este Servicio se hizo artesanalmente ¿había una mejor forma de hacerlo? No era posible el armado del Servicio con la aplicación de alguna fórmula sencilla que pueda repetirse a modo de receta estandarizada; para cada caso ni para cada Dispositivo. Aunque no deja de ser verdad, que los equipos se sentían construyendo desde cero; sin el manual de instrucciones técnicas para hacerlo. Y si bien se intentó; también como forma de legitimación protocolizar o crear un manual que explique la complejidad del funcionamiento; hay algo de lo *intransferible*. Que solo pueden ser comprendido en la medida que se tiene la posibilidad haber vivido, de haber habitado, de haber construido en esos momentos. El experimentar esos momentos donde se confluye inter/transdisciplinariamente; y lo fortalecidos y enriquecidos que se sale de esos momentos. En un trabajo donde verdaderamente se le dé el lugar que le corresponde al Usuario; incorporarlo como parte de esa construcción. Quizás no sean los manuales ni los protocolos la forma de transmitir; quizás haya que tomarse el tiempo de escribir y compartir las experiencias; para a partir de allí nutrir teorías.

de Sousa Santos (2011, p. 28) nos dice que (...) en el actual contexto de transformación social y política, no necesitamos de teorías de vanguardia sino de teorías de retaguardia. (...) Es más un trabajo de artesanía y menos un trabajo de arquitectura. Más un trabajo de testigo implicado y menos de liderazgo clarividente.

Lo artesanal implica una apuesta personal; cuidadosa; comprometida. Con la intención de

“hacer bien”-el bien hacer-; que en este punto confluye con el concepto de “el buen vivir”⁵⁹ en tanto pone en primer lugar la armonía y la solidaridad por sobre la acumulación, la competencia y el mercado; además de su respeto a la naturaleza. El orgullo de formar parte de ese hacer.

Así también, los equipos debemos prepararnos para el imprevisto; siempre se considera la posibilidad de lo no todo abarcable; ni predecible. Desde un pesar situado, según Laura Massa, nos dice que debemos conjugar la *situacionalidad* del aquí y ahora- aquello que hay que poder ver de lo permanente- y la *procesualidad* -aquello dinámico y complejo-

El poder trabajar sobre un *pensar situado*⁶⁰; puede ayudarnos a entender la importancia de ver las intervenciones, como explica Hermida M. (2018, p.17), desde una actitud *sentipensante*⁶¹. Relacionarnos con nuestra herramienta primera de intervención, no únicamente las técnicas e instrumentos operacionales, sino sobre todo las ideas que orientan nuestras acciones. Un pensar que se sabe situado, que conoce de dónde viene y por tanto es consciente de los prejuicios que lo habitan.

Así lo que antes se pensaba como algo excepcional, en los tiempos actuales puede que quiera convertirse en la regla. Esto exige que los equipos planifiquemos siempre de manera flexible; lo que requiere que estos Dispositivos estén preparados para amoldarse a lo que surja como necesidad; y pensar en nuevas formas de respuestas a las conocidas o a “lo que se sabe hacer”. Son justamente estas instancias las que llevan a los equipos a tener que crear y recrear, ante los interrogantes ¿Cómo plantearse el trabajo en el primer nivel de atención? ¿Cómo cortar la canilla de demandas de consultorios individuales; donde nunca es suficiente la cantidad de psicólogos y psiquiatras que la asistan? ¿Qué aqueja a la población? ¿Cómo se construyeron esas dolencias? Que en definitiva es lo que nos mantiene en movimiento e impide la rigidez o cristalización de las prácticas.

Tomando el planteo de Nietzsche, Byung- Chul (2012, p. 54 y 55) plantea la necesidad de aprender a *mirar*: educar al ojo para una profunda y contemplativa atención, para una mirada larga y pausada. No reaccionar inmediatamente a un impulso, sino inhibir el instinto primario animal. Hoy en día vivimos en un mundo muy pobre en interrupciones, en entres y entretiempos. Los profesionales no estamos exentos a esta dinámica de trabajo acelerada y la necesidad de

⁵⁹ Buen vivir O sumak kawsay (en quechua). Se trata de una innovación en el campo de las representaciones de derechos que algunos consideran un nuevo paradigma jurídico y que innegablemente contiene una representación distinta del sujeto. (Stolkiner , 2010)

⁶⁰ Planteado por varios autores: Carballeda, Danel, Martínez, Arias, Meschini, Hermida, etc.

⁶¹ Concepto acuñado por Fals Borda, (1979) sociólogo; inspirado en aquellas sabias palabras de los pescadores en San Benito Abad (Sucre): “Nosotros actuamos con el corazón, pero también empleamos la cabeza, y cuando combinamos las dos cosas así, somos sentipensantes”.

dar respuestas inmediatas a cada estímulo de necesidad que surge. Queda claramente expresada la necesidad de “detenerse”, parar el “hacer” para darle lugar al “pensar y reflexionar”. La *praxis* de la que tantos hablamos en nuestra disciplina, no se puede dar si ambos (pensar y hacer) no estén presentes y se retroalimenten. Nos encontramos en la dinámica cotidiana haciendo de modo automático; y esto claramente- en el mayor de los casos- también lleva a que las intervenciones “fracasen” y deviene la posterior frustración. Entonces el *mirar*, el *detenerse* se configuran en actos de rebeldía; y será una oportunidad que quizás permita brindar mejores respuestas.

Es esa ida y vuelta de una verdadera *praxis* lo que le da vida a las intervenciones. Como explica Castoriadis C (2007) la *praxis* no solo opera sobre los “otros” sujetos, sino que también transforma al mismo sujeto que la ejerce, volviendo a éste en su propia acción y en su propia reflexión como una experiencia transformadora. Allí radica lo interesante del quehacer de los profesionales, ya que como individuos no estamos fuera del proceso que transita la sociedad, pero a partir de la *praxis* también vamos produciendo transformaciones en nosotros mismos. ¿Será entonces que el desafío de “lo social” es la condición necesaria para pensar los procesos interventivos en este campo?

Durante la tesis se identificaron varios elementos que dan cuenta de una construcción de Capital Simbólico; que se constituyó en alguna forma de Poder. Se percibe la construcción de bases para erigir estructuras- las que se vieron sacudida en el 2015- A pesar de que en los protagonistas dejó la sensación de que “algo se perdió”; y dan cuenta de los costos que esto implicó. Pero hoy, producto de lo que se ha trabajado, quizás se pueda afirmar que los equipos ya no se encuentran contrayendo desde cero... La ley se convirtió en una productora de Significantes Vacíos. Es decir, abrió la posibilidad de comenzar a construir nuevas hegemonías; de construir Capital. Quizás allí radique una visión hacia un horizonte posible; hacia el cual continuar trabajando.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi, J. (2006). El estado pavoroso de la locura en la Argentina. *Catedra Paralela N° 3*, 37-47.
- Barloco, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Revista de salud pública*, 8-27.
- Barros, S. (2006). Espectralidad e inestabilidad institucional. Acerca de las rupturas populistas. *Revista Universitaria Semestral, Estudios Sociales*.
- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. En P. Bourdieu, *Sociología y cultura*, (págs. 135-141). México: Grijalbo.
- Butler, J. (1997). *Lenguaje, poder e identidad*. España: SINTESIS.
- Byung-, C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Byung-, C. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Heder Editorial.
- Byung-, C. (2015). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas del poder*. Barcelona: Herder Editorial.
- C.E.L.S. (16 de diciembre de 2015). *fepra*. Obtenido de Convocatoria Marcha contra la designación de Andy Black: <http://www.fepra.org.ar/feprav3/node/276>
- Calfunao, C., Chávez, B., Danel, P., Martins, M., & Oldani, K. (2019). Luchas resemantizadas en contextos neoliberales: discapacidad. *Entre Dichos. Intervenciones y debates en Trabajo Social*.

Calvo, M. (2020). Reorientaciones de la política pública educativa en la era de Cambiemos.

En P. Danel, & M. Velurtas, *Entre precariedades y derechos: anudando debates del trabajo social, las políticas sociales y la intervención* (págs. 131-154). La Plata:

Universidad Nacional de la Plata.

Canjiano, P. (AGOSTO de 2017). Las Cooperativas Sociales. Análisis de Experiencias y de su

Potencial Desarrollo en América Latina. Buenos Aires: Universidad Tres de Febrero.

Carballeda, J. M. (2018). *Apuntes de intervención en lo social. Lo histórico, lo teórico y lo metodológico*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: MARGEN.

Cariño Trujillo, C. (2012). *Epistemologías otras en la investigación social, subjetividades en cuestión*. Buenos Aires: CLACSO.

Carrizo, G. (2009). Rupturas populistas en América Latina. Bolivia en tiempos de Evo Morales. *Universidad complutense de Madrid*. Madrid: Nómadas.

Castoriadis, C. (1998). *Hecho y por hacer*. Buenos Aires: Eudeba.

Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquest.

Danel, P. (2020). *Habitar la incomodidad desde las intervenciones del Trabajo Social*.

Escenarios.

Danel, P., & Gabrinetti, M. (2018). Pensiones no contributivas y personas en situación de discapacidad: tensiones. *REVISTA DE POLÍTICAS SOCIALES- Universidad Nacional de Moreno*, 97-104.

de Sousa Santos, B. (Julio-Septiembre, 2011). Epistemologías del Sur. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. Año 16. N° 54, 17-39.

Dirección de Salud Mental Comunitaria. (2008). documento Lineamientos Generales del trabajo de Salud Mental en el Área Externa. Rawson, Chubut.

Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria, M. d. (2015). Programa General de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria.

Epele, M. (2015). Entre la escucha y el escuchar: psicoanálisis, psicoterapia y pobreza urbana en Buenos Aires. *Revista de Saúde Coletiva*, 797-898.

Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze y Agamben. *A parte rei. Revista de filosofía*.

Favero Avico, A., Santana Quintero, A., Velurtas, M., Calvo, M., Danel, P., Ageitos, P., &

López, S. (2020). De urdimbres y tramas en las reflexiones y apuestas del Trabajo Social contemporáneo. En M. P. Danel, & M. Velurtas, *Entre precariedades y derechos. Anudando debates del Trabajo Social, las políticas sociales y la intervención* (págs. 225-245). La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Fleury, S. (2002). Políticas Sociales y Ciudadanía. *Revista del Postgrado en Ciencias del Desarrollo*, 189-218.

Galende, E. (2008). “Capítulo 5. Los fundamentos de Salud Mental”, en *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (Mayo de 2012). Salud Mental Comunitaria Y Estrategias Comunitarias.

Cuadernillo de Catedra Tema 2. (Parte II) Panorama histórico sobre la situación de los “enfermos mentales”. Buenos Aires: Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Giménez Montiel, G. (2007). Estudios sobre las culturas y las identidades. En G. Giménez

Montiel, *Teoría y análisis de la cultura* (págs. 25-51). México: ICOCULT y Consejo Nacional de la Cultura y el arte. Obtenido de <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Concepcion%20simbolica%20de%20la%20cultura.pdf>

Gollan, D. (2018). Una desvalorización que comenzó en el 2016. *Soberanía Sanitaria*, 4-6.
Grassi, E. (1995). La implicancia de la investigación social en la práctica del Trabajo Social.

Margen.

Hermida, M. (2018). La intervención profesional en el capitalismo neoliberal: revisar el enfoque de derechos desde las teorías críticas del sur. *Conferencia dictada en Jornada de Trabajo Social: "Desconstruyendo miradas: Trabajo Social Hoy"*. La Rioja:

UNLaR.

Hermida, M., & Meschini, P. (2012). Notas sobre una nueva institucionalidad del ciclo del gobierno Kirchnerista: demandas populares, conquistas legales, resistencias institucionales. *II congreso de Pensamiento político Latinoamericano. Integración Latinoamericana: hegemonía, estado y populismo*. Buenos Aires: Universidad popular Madres de Plaza de Mayo.

Hernández Zamora, G. (marzo de 1992). Ensayo sobre identidad e identificación. México: DIE-CINVESTAV.

Jara Holliday, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos*. Bogotá: Fundación Centro Internacional de educación y desarrollo humano CINDE.

L.M. (2010). *Informe Residente 2º año 2009-2010- Psicólogo*.

- Laclau, E. (2005). *La razón populista*. Buenos Aires: Fondos de Cultura Económica.
- Lasalle, M. (2015). *Historia y discontinuidad. Apuntes sobre un posible diálogo entre Benjamín y Foucault*. . Buenos Aires: Instituto de investigaciones Gino Germani.
- Laurell, A. C. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social*, 79-88.
- Lemus Alcántara, S., Hamui Sutton, A., Ixtla Pérez, M., & Maya, A. (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *REVISTA CONAMED*. Vol. 22 Núm. 2, 98-103.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado*. Buenos Aires: Paidós.
- Lins Ribeiro, G. (2014). Cap. 4. Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia practica un ensayo sobre la perspectiva antropológica. En M. Boivin, A. Rosato, & V. Arribas, *Constructores de otredad* (págs. 194-198). Buenos Aires: PLANETA.
- Martínez, S., & Agüero, J. (2018). La producción de conocimientos en Trabajo Social: hacia una decolonialidad del saber. *Cuadernos de Trabajo Social*, 297-308.
- Ministerio de Salud, P., & Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (23 de mayo de 2013). Ley Nacional de Salud Mental N°26657-Decreto Reglamentario 603/2013. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- O'Donnell, G. (2010). *Democracia, agencia y estado: teoría con intención comparativa*. Buenos Aires: Prometeo.
- Oliva, A., Pérez, M., & Mallardi, M. (2011). Capítulo Introductorio: Procesos de

Intervención y tácticas operativas en Trabajo. En A. Oliva, & M. Mallardi, *Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención* (págs. 4-11). Buenos Aires:

UNICEN.

Ortega, M. (2015). Trabajo Social como Transdisciplina: hacia una teoría de la intervención.

Cinta moebio 54, 278-289.

P.S. (2013). *Documento Evaluación del Dispositivo de Internación de Salud Mental*.

Ranciére, J. (1996). *El desacuerdo. Política y*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Reano, A. (2014). Populismo (en) democracia. Repensando los sentidos de la emancipación en el sur de América Latina. Colombia: Internacional.

Rovere, M. (1993). Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. *Serie desarrollo de recursos humanos N° 96*.

Rovere, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como campo, tensiones, estrategias y opacidades. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 23-41.

Rozas Pagaza, M. (2020). Revisitando la cuestión social contemporánea. En P. Danel, & M.

Velurtas, *Entre precariedades y derechos. Anudando debates del Trabajo Social, las políticas sociales y la intervención* (págs. 13-26). La Plata: Universidad nacional de La Plata.

Stolkiner, A. (1999). Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto.

El campo psi- Revista de Información Especializada.

Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en Americalatina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social- temas y debates*, 89-95.

- Stolkiner, A. (2009). El sector salud en Argentina: ¿qué paso luego de la reforma neoliberal de los 90' y la crisis del 2001? *XV conference of internacional association of health policy*. Toledo-España.
- Stolkiner, A. (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. *Revista Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA*. Obtenido de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_actores_del_campo.pdf
- Stolkiner, A. (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud*. Ed. Psicolibro. Colección FUNDEP.
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría*.
- Trombetta, L. (junio de 2016). *Neoliberalismo, la reforma del sector salud y mercantilización*. Obtenido de www.topia.com.ar: <https://www.topia.com.ar/articulos/neoliberalismo-reforma-del-sector-salud-ymercantilizacion>
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas Teóricos Epistemológicos*. Buenos Aires: Centro editorial América Latina.
- Weber Suardiaz, C. (2017). Perspectivas comunitarias en salud mental: Entre el neodesarrollismo. En M. López, J. Torres, & C. Weber Suardiaz, *Debates en el campo de la salud mental: Prácticas profesionales y políticas públicas* (págs. 130-144). La Plata: Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.

Weber, C., & López, M. (2017). El campo de la salud mental: nociones, recorrido histórico y perspectivas actuales. En *Debates en el campo de la salud mental, prácticas profesionales y políticas públicas* (págs. 11-26). La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Zelaya, S., & Freytes Frey, M. (2011). *Informe de gestión perdido 2004-2010*. Rawson.

Zelaya, S., & Freytes Frey, M. (2007). Experiencia de transformación institucional en la red de salud mental de la Provincia del Chubut (año 2007). *TOPIA*.