



MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL - U.N.L.P.

CATEGORIA "A" DE CONEAU

**APORTES DESDE EL TRABAJO SOCIAL A LAS
PRÁCTICAS SUSTITUTIVAS A LA LÓGICA
MANICOMIAL:
¿UNA ALTERNATIVA POSIBLE?**

Ibarra, Rosanna

Directora: Mgr. Clara Weber Suardiaz

La Plata, Junio de 2021

Comisión Evaluadora

Resumen

Este trabajo tiene como propósito caracterizar y analizar las prácticas sociales impulsadas por profesionales de Trabajo Social bajo la denominación de prácticas sustitutivas a las lógicas manicomiales desde dos dispositivos: el hospitalario (Colonia Psiquiátrica de Oliveros) y comunitario (Casas de Medio Camino) bajo la modalidad de dispositivos de Viviendas Asistidas en la localidad de Oliveros, provincia de Santa Fe en el periodo 2012-2015. Se parte de la experiencia concreta transmitida por los profesionales que sostuvieron los mencionados dispositivos, y se complementa con sus perspectivas de análisis vinculadas a las instancias jurídicas y a los modelos de asistencia y reformas institucionales en el campo de la Salud Mental. En el entramado de estas voces, se ponen de manifiesto diferentes procesos de transformación vinculados a las prácticas instituidas- Modelo Asilar- y prácticas instituyentes- Modelo Comunitario- al momento de la derivación/externación/evaluación/sostenimiento y permanencia de las y los pacientes/usuarios que dejan el hospital psiquiátrico en el camino de ingresar a los dispositivos de Viviendas Asistidas. Se evidencia en los resultados de la presente investigación las tensiones y distenciones que se presentan al momento de concretar transformaciones que permitan romper con el encierro y las prácticas del sistema manicomial.

Abstract

This research aims to characterize and analyze social practices driven by Social Work professionals, which are referred to as substitutes for the asylum logics, from two different mechanisms: the mental hospital (Oliveros Psychiatric Community) and the communal model (Halfway Houses), under the modality of Assisted Housing in the city of Oliveros, Santa Fe province, Argentina, between 2012 and 2015. This study is based on the concrete experience communicated by the professionals that supported the aforementioned devices, which is complemented by their analytic perspectives, linked to the legal aspects, the assistance models, and the institutional changes in the Mental Health field. In the scheme of these voices, different transformation processes are brought to light, all of them associated to the formerly established practices –the Asylum Model – and the newly introduced practices – the Communal Model –, when patients/users reach the point of referring/discharging/assessing/maintaining and continuing treatment, after leaving the mental hospital, and on the way to entering the Assisted Housing programs. In the results of this research, it is evident that there are tensions and distensions that occur when the time comes to concretize the transformations that allow to end the confinement and practices of the asylum system.

Agradecimientos

Cerrando un largo camino, para lo que hace un tiempo atrás se presentaba en escritos, reflexiones, consultas, balbuceos, aquello de lo que llamaba, “Un proyecto mayor”: el de mi Tesis de Maestría, la mirada hoy, se hace retrospectiva y dimensiono lo que implica aquella frase de “ir cerrando procesos”.

En ese caminar, acompañando, disintiendo, encontrándonos, siempre estuvo colmado de Otros que alentaban, insuflaban energías, daban estímulo, aportaban sus conocimientos, y caminaban conmigo.... y me esperaban.

Desde la convicción de haber asumido la profesión de Trabajo Social con la certeza de que siempre hay un trabajo posible de hacer, desde la participación, incluyéndonos, fortaleciéndonos, y permitiéndonos asumir esta tarea con Otros, los sujetos con los cuales intervenimos, sus familias, los agentes que intervienen en otros dispositivos, y desde el diálogo constante con las políticas públicas, es desde donde mi ejercicio profesional también se ha tornado posible.

A Susana y Pilar, por el impulso y el acompañamiento, y en ellas a todo el Equipo de Gestión de la Maestría de Trabajo Social de la UNLP.

A Clara, que asumió el compromiso de dirigir este trabajo desde el diálogo, las sugerencias, las interpelaciones, y el revisar y volver a revisar con total generosidad, profesionalismo, y tiempo, todo el camino que transitamos juntas.

A Raquel en particular, y con ella a Marcela y Federico, colegas y compañeros de tantos encuentros en C.P.O. que le dieron voz y forma a este trabajo.

A Paula, Marta, Andrea, amigas y colegas que seguían atentas y respondiendo mis dudas, enojos, aportando el abrazo y sus conocimientos.

Y a mi propia familia, hermanos, sobrinos y sobrinos nietos, por las horas no compartidas, porque estaba “haciendo un proyecto mayor: La tesis de maestría”.

INDICE

INTRODUCCION.....	8
CAPITULO 1	16
FUNDAMENTACION.....	16
1.1 Objetivos y Preguntas de la Investigación.....	17
1.1.1 Propósito del Estudio	17
1.1.2 Objetivo General.....	18
1.1.3 Objetivos Específicos.....	18
1.1.4 Preguntas de Investigación	18
1.1.5. Hipótesis.....	19
1.2 Metodología de la Investigación	19
CAPITULO 2	24
EL MARCO NORMATIVO DE LA SALUD MENTAL.....	24
2.1. Descripción analítica de los marcos normativos sobre salud mental	24
2.1.2. Instrumentos Jurídicos Internacionales sobre Derechos Humanos.....	25
2.1.3. Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657	26
2.1.4. Provincia de Santa Fe: Tendencias de adecuaciones en salud mental.	33
2.1.5. Del Modelo Asilar al Modelo de la Comunidad: Los movimientos de cambios en la Salud Mental.....	42
2.1.6. Transformaciones en la Colonia Psiquiatrica de Oliveros, Dr. Abelardo Freyre.	43
2.1.7. Las prácticas sociales vinculadas al modelo asilar. El denominado “Servicio Social Psiquiátrico”.....	50
2.1.8. Aproximaciones al Contexto Histórico, La Estructura Social y Política Social en Argentina.	56
2.1.9. Transformaciones en la provincia de Santa Fe como política pública. Las respuestas alternativas a la externación (C.P.O) y su vinculación con las viviendas asistidas en la comunidad. (V.A.).....	65

2.1.10. Dispositivos de viviendas asistidas en la comunidad.....	66
CAPITULO 3	77
TRABAJO SOCIAL, SALUD MENTAL Y COMUNIDAD.....	77
3.1. La intervención de Trabajo Social en los procesos de externación.....	77
3.1.1. Configuraciones propias del proceso específico de trabajo y su relación con las demandas institucionales.	77
3.1.2. Demandas provenientes de las personas pacientes/usuarios.....	88
3.1.3. Tensiones y/o distensiones con los recursos disponibles	91
3.2. El proceso de trabajo y la relación con las políticas sociales y sectoriales y las respuestas del Estado.....	95
3.2.1. Condiciones y modalidades de trabajo en dicho proceso.....	98
3.2.2. La interdisciplina en el campo de la salud mental y la dimensión ético-política de la práctica social.	101
3.3. Propuestas de la reforma para la transformación del modelo manicomial (objeto de la LNSMyA) y la promoción de servicios alternativos y sustitutivos en el espacio comunitario (objeto de la LPSM 10772/91- Santa Fe).	103
3.3.1. Tensiones y/o distensiones entre prácticas existentes-instituidas- y nuevas prácticas alternativas-instituyentes-.....	105
3.4. Descripción de la dinámica de trabajo en las Viviendas Asistidas.	106
3.4.1. Procesos de derivación/admisión/evaluación/sostenimiento a las viviendas asistidas– Criterios.....	107
3.4.2. Procesos de acompañamiento en las viviendas asistidas.....	109
3.4.3. Límites y Obstáculos.....	111
REFLEXIONES FINALES.....	115
BIBLIOGRAFIA	122

INTRODUCCION

Con este trabajo se pretende revisar aquellas reflexiones y discusiones vinculadas al ejercicio profesional de Trabajo Social y poner en valor la labor de las y los Trabajadores Sociales con relación a sus competencias, disputas disciplinares, desarrollos interdisciplinares, opciones ideológicas, éticas y políticas, relevando y develando sus conocimientos teóricos- metodológicos y sus habilidades prácticas al momento de intervenir en el campo de la Salud Mental.

Asimismo, se ha verificado en los últimos años, ciertos criterios de unanimidad sobre la necesidad de darle a las políticas públicas o estatales, una dimensión práctica que genere condiciones de accesibilidad, inclusión, participación y ciudadanía por parte de la población a quien está dirigida. Sin embargo, la respuesta a esta necesidad se presenta condicionada por el modelo estatal existente, por los procesos de transformación que lo rigen y por las relaciones que se establecen con otros actores sociales y políticos.

Así pues, la investigación en políticas, sistemas y servicios de salud mental en Argentina adquiere relevancia, en el marco de los procesos de reforma de la atención, el establecimiento de planes integrales de salud, y fundamentalmente la inclusión de los derechos humanos en la comprensión de las problemáticas subjetivas individuales y de carácter colectivo.

Igualmente, las políticas de salud mental constituyen políticas sociales de gran complejidad y el derrotero o rumbo que estas adquieren va ligado a una diversidad de intereses y de distintas fuerzas que se presentan en cada coyuntura y que va marcando los avances y retrocesos que ellas producen.

En este sentido, abordar la salud mental de la población implica pensar en intervenciones disciplinares/interdisciplinares que den cuenta sobre la importancia de considerar un campo heterogéneo y complejo en que las macro determinaciones (sociales, políticas, económicas) re-ubiquen el marco histórico-social desde el que se expresan las demandas de la población que llega a los servicios de salud.

Entendida de esta forma, la salud mental abre un campo de abordaje que trasciende la unidisciplinariedad y devela las falencias de la hegemonía biologicista. Para algunos autores, la enfermedad mental comienza a dejar su centralidad para apuntarse a las capacidades y potencialidades de superación de los sujetos, el lugar del rol técnico y el rol paciente sufre un giro en la relación social que se establece entre

ambos, sujetos partícipes del proceso de atención-transformación serán quienes construyan las alternativas a las condiciones actuales de existencia.

Para otros estudiosos, las prácticas profesionales encuentran una interpelación constante al momento de intervenir con otros sujetos donde convergen sus manifestaciones cotidianas y proyectos de resistencia. Es aquí, donde la construcción profesional va adquiriendo significados, a partir de las necesidades teóricas, metodológicas, ideológicas, éticas y políticas que adquieran coherencia y toman cuerpo en el encuentro con los sujetos.

Frente a este entramado, se realizan aportes significativos en el abordaje de atención a la salud mental, cuestionando el modelo asilar y tutelar, pretendiendo generar cambios en los procesos de explorar, analizar, describir, interpretar e intervenir en el proceso de salud-enfermedad.

Reconstruir desde la perspectiva de Trabajo Social los diferentes procesos vinculados a las políticas en salud mental, especialmente en aquellos aspectos referidos a la reforma del modelo de atención, constituyen un aspecto relevante en relación a la mejoría de la calidad de vida de las personas internadas en instituciones psiquiátricas.

Ya la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su declaración (1990), expresaba que:

El deterioro propio de un largo proceso de internación actúa en sentido de la cronificación de los pacientes, de la escisión respecto de su entorno familiar, de la pérdida de capacidades laborales, del síndrome de hospitalismo con sus secuelas de deterioro afectivo, cognitivo, descenso de la autoestima y del autovalimiento, que redundan en su conjunto en una verdadera potenciación de las discapacidades. Esto significa que: “la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región (América Latina) implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios”.

Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26.657¹, especialmente en su art.11 refiere que: “La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud década jurisdicción, en coordinación con las aéreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan , implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria.”

¹En adelante LNSMyA.

Al particularizar las respuestas en la atención sobre el campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe, se encuentra que la Ley provincial de Salud Mental N 10.772, en su art.18 específicamente plantea que:

El Estado arbitre los medios y promueva la implementación de medidas asistenciales alternativas, tales como servicios de salud mental en hospitales generales -con o sin internación-; atención domiciliaria en salud mental en la comunidad; servicios de emergencia en salud mental; centros de salud mental en la comunidad; hospitales de día; casas de medio camino; talleres protegidos; entre otros.

En su reglamentación y especialmente los, incisos i) y j): i) Casas de Medio Camino: Destinadas para aquellos pacientes estabilizados con niveles de autonomía que no requieran asistencia específica. J) Casas de Medio Camino bajo la modalidad de viviendas asistidas: Destinadas para pacientes estabilizados con un nivel de dependencia cuya asistencia requiera sostenimiento específico con un acompañamiento mínimo.

El foco de interés del presente trabajo, está puesto en las políticas y acciones sanitarias llevadas a cabo en la provincia de Santa Fe, en aquellas cuestiones vinculadas a la integración y servicios de salud mental. Se trata de indagarla conformación actual de las prácticas sociales de los Trabajadores Sociales; los discursos relacionados con las transformaciones en el campo de la salud mental; los hilos que la unen con el pasado y las reales rupturas que se han producido en el presente.

Este trabajo en general, intenta sacar a luz cuestiones del presente, mirando hacia el pasado visto que éste construye un presente que suele presentarse, muchas veces como inalterable. En esta dirección, se incluye en el análisis, la postura de Tobòn; Rottier, Manrique (1992) cuando hacen referencia a: “Los programas², planes³ y proyectos⁴”, vinculados a las reformas del modelo de atención en materia de políticas públicas en salud mental y su relación con los marcos normativos, con las instituciones creadas para tal fin y las estrategias de intervención implementadas por los trabajadores sociales en los procesos de externación de aquellos pacientes/usuarios que están internados en el hospital psiquiátrico.

² Para los autores, se entiende por programa “(...) el instrumento que detalla por sector, la mejor utilización de recursos, en el tiempo y en el espacio para lograr un conjunto de metas establecidas.”

³ “El plan, señala las decisiones de carácter general: los principales lineamientos políticos, las estrategias de acción, las áreas prioritarias, las prioridades en la utilización de recursos y la asignación de tareas, funciones y responsabilidades.” (Op.Cit.,p.166)

⁴Un proyecto es “(...) un instrumento que sistematiza y establece la organización de la operabilidad de una unidad de acción.” (Op.Cit., p.169)

En este sentido se remarca el carácter contradictorio y complejo del planteo presentado desde una perspectiva crítica⁵: Caracterizar y analizar las prácticas sociales impulsadas por profesionales de Trabajo Social bajo la denominación de prácticas sustitutivas a las lógicas manicomiales desde dos dispositivos: el hospitalario (Colonia Psiquiátrica de Oliveros⁶) y comunitario (Casas de Medio Camino) bajo la modalidad de dispositivos de Viviendas Asistidas en la localidad de Oliveros, provincia de Santa Fe⁷ en el periodo 2012-2015. El Dispositivo Vivienda Asistida, dependiente de la C.P.O., se enmarca en las estrategias de trabajo pertenecientes a la sustitución de lógicas manicomiales. Es en la intersección de estos dos dispositivos que dialogan (*C.P.O* y *Viviendas Asistidas*) desde donde va a mirarse el proceso,

La mirada se detiene en la profesión de Trabajo Social, como un modo de revisar las prácticas sociales que se construyen con otros, (usuarios, profesionales, instituciones, política pública, recursos, familiares, et.) en el trabajo de externación de los pacientes/usuarios internados.

La lectura de este propósito, permite identificar qué demandas le son asignadas/asumidas a los Trabajadores Sociales como premisas para que las personas puedan ser admitidas/sostenidas en los dispositivos de viviendas asistidas., qué criterios se demarcan para la admisión/evaluación de las propuestas y qué estrategias de acompañamiento se llevan adelante con las personas pacientes/usuarios en el camino de ingresar/permanecer en los dispositivos de viviendas asistidas.

Los antecedentes bibliográficos que guían la elección y elaboración de esta investigación, pertenece a aquellos autores que han desarrollado exhaustivamente las configuraciones socio- histórico y los elementos fundamentales de las problemáticas en salud mental. Entre los más importantes y sistemáticos se nombra a Foucault, principalmente sus dos volúmenes de Historia de la locura, pero también el estudio de la temática estará presente en Vigilar y Castigar, La vida de los hombres infames, Los

⁵ La perspectiva crítica se considera a partir de la noción del conocimiento en Marx, es crítica del conocimiento acumulado y significa “traer al examen racional, tornándolos conscientes, sus fundamentos, sus condicionamientos, y sus límites al mismo tiempo en que se hace la verificación de los contenidos de ese conocimientos partir de los procesos históricos reales”(Netto, 2012, p. 53)

⁶ Colonia Neuropsiquiátrica de Oliveros, “Abelardo Irigoyen Freyre”, creada en 1943, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, República Argentina. Dicha Colonia está situada en zona rural sobre la ruta nacional n° 11 entre las ciudades de Rosario y Santa Fe. En adelante C.P.O.

⁷ Oliveros es una localidad del Departamento Iriondo, Provincia de Santa Fe, República Argentina. Se ubica a la vera de la Ruta Nacional N° 11, a 122 km. de Santa Fe (capital), a 80 km de Cañada de Gómez (cabecera del Departamental) y a 55 km al noroeste de la Ciudad de Rosario. A uno kilómetros de la localidad, en zona rural, se emplaza la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

Anormales, y en casi todas sus obras se encontrará la crítica a las instituciones de control y una reflexión sobre la subjetividad de la época.⁸

Otro de los autores que orienta el desarrollo de la investigación es Robert Castel, quien en sus obras *El Orden Psiquiátrico* y *La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis*, se acerca a los planteamientos críticos de la anti psiquiatría y retoma el enfoque genealógico de Foucault.⁹

Se trabaja también con los aportes de Goffman, quien dedicó gran parte de su vida al estudio del comportamiento humano, y en su obra *Internados*, elaboró el concepto de *instituciones totales cuyos ejemplos son las cárceles, asilos, cuarteles e instituciones psiquiátricas* mostrándonos allí, las características totalitarias¹⁰ de las mismas.

Por otra parte, Franco Basaglia, quien lidera desde Trieste, Italia, un movimiento intelectual y político en salud mental, proponiendo la paulatina clausura de los hospitales psiquiátricos italianos, constituyéndose en el iniciador de los movimientos de desinstitucionalización y promoviendo la reforma de las instituciones desde su interior, trabajando dentro de las mismas y defendiendo los derechos de las personas.

Otra referencia importante se encuentra en Brasil, donde hay una gran producción de autores que trabajan la temática, cuyos referentes principales son Paulo Amarante y Eduardo Mourao Vasconcelos, exponentes de la Reforma Psiquiátrica Brasileña y que destacan los determinantes históricos en los procesos contemporáneos de desinstitucionalización psiquiátrica, retomando los postulados basaglianos para proponer la reforma sanitaria en Brasil y luego analizar sus transformaciones.

Siguiendo con toda una línea de autores e intelectuales argentinos que se engloban dentro de lo que se conoce como Movimiento de salud mental y derechos humanos, ligado a las Madres de Plaza de Mayo: Kazi, Barembliit, Saidon, Vicente

⁸Recorrer la producción filosófica de Michel Foucault no sólo implica pasar de hecho por un sinnúmero de problemas de total relevancia contemporánea – la verdad, la racionalidad, el sujeto, el saber, el poder, el gobierno- y atravesar la problematización de algunas de las más sustantivas experiencias humanas – la locura, el castigo, la sexualidad, la sujeción- sino que además su aporte se destaca por la originalidad en la formulación de las interrogaciones y de las herramientas para procesarlas. (Dávalo y Germain, 2010, p 3)

⁹ En Castel, las respuestas que dan las instituciones de encierro están orientadas a problemas relacionados a la integración en un circuito productivo y social. Se toma la referencia, sobre los conceptos de desafiliación, vulnerabilidad, términos estos, según el autor que aluden a “una zona inestable que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad” (Castel, 1997, p. 15)

¹⁰ Es fundamental señalar que: “(...) el manicomio, cuartel, cárcel, etc., comprenden el universo de lo que, con Goffman, se puede denominar instituciones “totalitarias” o “totales”. Totalitarias porque encontrándose separadas de las normas sociales exteriores, y además fuertemente reglamentadas, ofrecen una analogía con los sistemas políticos llamados totalitarios. Pero también “totales”, en un sentido, porque encarnan el proyecto siempre latente en nuestra cultura de condensar en un espacio el concepto de totalidad que constituye siempre la obsesiva aspiración de la filosofía occidental”. (Loreau, 1970 .p.29).

Galli, Tato Pavslosky y Emiliano Galende. Dicho Movimiento ha bregado históricamente y trabajado con insistencia en el análisis de los procesos emancipadores y los modos de concretar las luchas a través de mecanismos que posibiliten democratizarla palabra, promoverla diversidad cultural, la pluralidad y el respeto y la defensa de los derechos humanos.¹¹

En la provincia de Santa Fe se han hallado producciones sobre la temática que han sido abordadas desde la profesión de Trabajo Social. En este sentido, se menciona a José Alberdi¹² (2003), quien ha realizado una exhaustiva investigación sobre las relaciones entre locura y modernidad y la evolución de las políticas de reformas alternativas al modelo manicomial en Francia, Italia, Norteamérica e Inglaterra, revisando principalmente en términos de periodización histórica la institucionalización del orden psiquiátrico en la Argentina y los avances y retrocesos de las políticas de salud mental, que plantearon y plantean alternativas al orden manicomial en el país. Desde el mismo campo disciplinar, Florencia Serra (2015)¹³, se permite establecer los entrecruzamientos que se dan entre la formación profesional y las prácticas en el campo de la salud mental.

Los aportes académicos de Benassi (2015)¹⁴, los análisis de Elizalde y Cavallero (2015)¹⁵, o las reflexiones de Bello, Benedetti, Panozzo (2015)¹⁶ realizando valiosos aportes desde sus propias intervenciones profesionales como Residentes RISaM (2015)¹⁷

No obstante, se incluyen las últimas producciones teóricas elaboradas, con relación y más específicamente, a las experiencias propiamente dichas, en las Viviendas

¹¹Lic. en Trabajo social. Universidad Nacional de La Plata. Docente Investigadora de la Facultad de Trabajo Social/UNLP y la UNLu.

¹² Licenciado en Trabajo Social, Docente e Investigador de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario.

¹³ Se desempeñó como Trabajadora Social de la Colonia Neuropsiquiátrica de Oliveros, y en sus propuestas de trabajo se propone desplegar algunos nudos de tensión que identifica y problematiza en función de su intervención profesional en el campo de la salud mental.

¹⁴ Lic. en Trabajo Social y desempeñó su actividad profesional en la Colonia de Oliveros, desplegando y reflexionando en sus escritos, preocupaciones vinculadas a situar y presentar algunas categorías teóricas –política pública-política social-política de salud/salud mental, para posteriormente precisarlas.

¹⁵En sus producciones, la autora invita a pensar en el riesgo o los riesgos que implica definir como situaciones “no urgentes” en una internación. A su criterio, esta definición puede llegar a operar como postergación o desasistencia. Deja abierto el interrogante sobre si algo de la no urgencia no operó en los procesos de cronificación e institucionalización de los pacientes.

¹⁶Las autoras presentan en su producción teórica, un recorrido sobre la génesis, organización, objetivos y funcionamiento de la RISaM como sistema de formación en la especialidad de Salud Mental en Entre Ríos, Argentina.

¹⁷La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM). La RISaM, tiene sede en el Hospital Escuela en Salud Mental (HESM), el cual es un hospital monovalente y referente en Salud Mental en la provincia de Entre Ríos.

Asistidas. Así: Chidichimo (2019)¹⁸, Gallici (2015)¹⁹, Ardila (2019)²⁰ centran sus preocupaciones en las historias de vida y relatos de las/los usuarios/as de las viviendas asistidas e indagan en la génesis de los dispositivos de intervención como propuestas innovadoras de abordaje.

De modo idéntico, la lectura sistemática de la frondosa investigación teórica y producción de conocimientos vinculadas a la interdisciplina, encuentra su cita obligada desde Trabajo Social: Carballada (2004)²¹, Cazzaniga (2001)²², Guerra (2000)²³, entre otros. La misma se presenta como una alternativa a desarrollar en tanto generadora de un espacio de saber compartido, de lecturas diversas sobre el objeto de abordaje, como puente que permite redefinir el conocimiento preestablecido y el funcionamiento predictivo de las convencionales consultas en el ámbito de la salud.

Se toman insumos desde una perspectiva de género para el diseño e implementación de las políticas como vía de transformar la discriminación que pesa sobre el colectivo de personas con sufrimiento mental y la transversalidad con las políticas de salud comunitaria, como la externación, la atención en servicios de salud en la comunidad, el trabajo, la participación real y efectiva en prácticas preventivas, etc.²⁴

A partir de los antecedentes expuestos, se pretende que esta investigación sea el punto de partida para continuar en futuras investigaciones con el recorrido transitado, dejando abiertos interrogantes a ser indagados en sucesivas aproximaciones a la temática aquí tratada.

¹⁸ La autora se desempeña como Psicóloga en la Colonia de Oliveros y a su vez es miembro de la Junta Interna de la Asociación Trabajadores del Estado (ATE Salud Mental) y Docente de la Facultad de Psicología. En su Tesis de Doctorado, explora el origen de las primeras experiencias residenciales en la provincia de Santa Fe, para los usuarios/as de los servicios de Salud Mental.

¹⁹ En su Tesis de posgrado, la autora propone darle voz a las mujeres que conviven en la Casa de Medio Camino en la provincia de Córdoba. En ese recorrido, entrevista a distintos profesionales que acompañan dichos procesos presentando propuestas innovadoras en el abordaje de la salud mental.

²⁰ La autora es investigadora y docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. En su texto se propone, como un aporte a la evaluación de programas y servicios de salud mental, observar estructuras, procesos y resultados de diferentes prácticas desde las perspectivas de las personas usuarias.

²¹ Lic. en Trabajo y Diplomado Superior en Ciencias Sociales, Magister en trabajo Social, Dr. en Servicio Social, con un extenso recorrido en el ámbito académico y de investigación, es autor de vastas publicaciones y libros sobre intervención social en distintos campos.

²² Desde su lugar de Trabajadora Social, propone un abordaje desde la singularidad como un intento de construir intervenciones que rompan con las formas instituidas de intervenir en Trabajo Social.

²³ Su producción teórica invita a reflexionar sobre las perspectivas profesionales de Trabajo Social frente a coyunturas de crisis presentando salidas colectivas a las mismas.

²⁴ Ley N° 24.417 Protección contra la violencia familiar; N° 25673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; N° 25.808 y N° 25.273 Derechos de las alumnas embarazadas y madres en el sistema educativo; N° 25.929 Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento; N° 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral; N° 26.618 Ley de Matrimonio Igualitario; N° 26.743 Ley de Derecho a identidad de género de las personas.

Al inicio de este camino se formularon muchas preguntas. *Sobre la instancia jurídica*: ¿Cómo considerar a ese “otro” sujeto de derechos, si no es creíble su discurso, si es incomprensible su comportamiento, e irracional su argumentación? ¿Qué derechos puede ejercer, a quien el argumento le ha sido negado? ¿Cómo garantizar desde el marco normativo condiciones saludables para la población hospitalaria en general? ¿Cómo desmitificar la locura? ¿Cómo desfocalizar al sujeto que padece? *Sobre el modelo de asistencia y sus reformas institucionales*: ¿Cómo pensar y construir dispositivos que alojen a pacientes con largos procesos de institucionalización? ¿Qué características podría tener un dispositivo de cuidados en salud mental? ¿Porqué las personas internadas en el hospital psiquiátrico siguen allí? ¿Hay cambios, transformaciones o reformas? *Sobre las prácticas profesionales*: ¿Cómo se construyen los criterios de admisión a una vivienda asistida? ¿Quiénes los construyen? ¿Qué criterios expresan sus evaluaciones? ¿Qué modelos teóricos están puestos en juego en esta admisión/evaluación? ¿Cómo asistir sin desasistir?

En función de lo expuesto, en el *Capítulo 1* se indican los objetivos generales y específicos de la investigación, para luego señalar los aspectos metodológicos de la misma.

En el *Capítulo 2* se recuperan los instrumentos legales internacionales, nacionales y jurisdiccionales que abordan la problemática de Salud Mental en la Argentina. Se comenzará por una descripción analítica de los marcos normativos sobre salud mental (leyes, decretos, reglamentos, circulares internas) y las consecuentes transformaciones del complejo asilar, para posteriormente, reconstruir la Estructura Social y Política Social de Argentina como un modo de acercarnos a los modelos de ciudadanía implícitos en las principales políticas de salud mental a lo largo del Siglo XX.

Para el Capítulo 3 se prevé el análisis del material empírico recolectado en el trabajo de campo y se analizan e interpretan cómo se configuran los procesos de trabajo en el espacio socio- ocupacional de los trabajadores sociales de las viviendas asistidas en la localidad de Oliveros en la provincia de Santa Fe. Se realizan entrevistas abiertas a los profesionales de Trabajo Social que forman parte de esos dispositivos, como un intento de deconstruir los criterios de admisión /evaluación para el ingreso de las personas a las mismas y de qué modo y cómo los profesionales de abordan esta problemática.

Finalmente se presentan las conclusiones a las que se ha arribado a lo largo de todo el proceso de investigación.

CAPITULO 1

FUNDAMENTACION

El presente trabajo, se expone como Tesis de Maestría, consistente en un proyecto de investigación original, con el propósito de finalizar el grado académico de Magíster en Trabajo Social en la Universidad Nacional de La Plata de la República Argentina.

Por lo que se refiere a esta investigación, se centra en un aspecto, sin duda problemático y complejo, que permanece aún sin ser tematizado y visibilizado suficientemente: se trata de revisar las prácticas sociales impulsadas por profesionales de Trabajo Social bajo la denominación de prácticas sustitutivas a las lógicas manicomiales desde dos dispositivos²⁵: el hospitalario (Colonia Psiquiátrica de Oliveros)²⁶ y comunitario (Casas de Medio Camino), bajo la modalidad de Viviendas Asistidas en la localidad de Oliveros²⁷, provincia de Santa Fe en el periodo 2012-2015. Ambos procesos, enmarcados en la reformulación de políticas en el área de salud mental, y su relación con la transformación de los sistemas cerrados manicomiales, desde un enfoque de Derechos Humanos.

De acuerdo a lo planteado por Corbalán (2010):

Una tesis puede ser concebida como un proceso en el que se profundiza acerca de una temática, pero una temática tiene múltiples e infinitas aristas y cuestiones. Pero así mismo, -continúa la autora- las temáticas, no se presentan en un vacío social se expresan en determinados contextos sociopolíticos, en ciertos intervalos de tiempo y en algunos espacios más específicos. A la vez responden a determinados intereses según quién sea el sujeto que se formula tales inquietudes.²⁸

²⁵ Foucault afirma: “(...) un dispositivo es esto: unas estrategias de relaciones de fuerzas soportando unos tipos de saber, y soportadas por ellos. El dispositivo es estratégico, pero la estrategia no es una cualidad exclusiva del mismo, sino de las relaciones de fuerza, de los juegos de poder, que lo exceden, enmarcándolo”. Y concluye diciendo: “el dispositivo es una respuesta practica a problemas o urgencias practicas.” Foucault, M. El juego de Michel Foucault, en Foucault, M. Saber y Verdad, (p.130-133).

²⁶ En adelante, C.P.O.

²⁷ Oliveros es una localidad del Departamento Iriondo, Provincia de Santa Fe, República Argentina. Se ubica a la vera de la Ruta Nacional N° 11, a 122 km. de Santa Fe (capital), a 80 km de Cañada de Gómez (cabecera del Departamental) y a 55 km al noroeste de la Ciudad de Rosario. A uno kilómetros de la localidad, en zona rural, se emplaza la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

²⁸ La autora es Lic. en Sociología. Docente de la Maestría en Trabajo Social en la Universidad de La Plata/PUC. Sao Paulo y tuvo a su cargo el dictado del Curso Teórico-Práctico. Investigación Social. Taller de Tesis. Una guía para la preparación del proyecto de tesis. Buenos Aires, La Plata, Argentina.

El tema de esta investigación surge por triples motivaciones: *Por un lado*, durante mi formación en la carrera de grado de la Licenciatura en Trabajo Social y el interés por intervenir profesionalmente en contextos de encierro, específicamente institutos de rehabilitación para adolescentes y hogares de internación para niños, niños y adolescentes. *Por otro lado*, el ejercicio profesional en un espacio socio-ocupacional definido, me generó una particular atención por interiorizarme en la temática de salud mental en similares contextos. *Finalmente*, porque el campo de la salud mental venía presentando movimientos y modificaciones, producto de la sanción de la LNSMyA, para que progresiva y gradualmente las personas con sufrimiento mental internadas en hospitales psiquiátricos- llamados monovalentes- fueran derivadas hacia los modelos alternativos al manicomio que progresivamente se creasen. Entre ellos, y más específicamente: las Casas de Medio Camino bajo la modalidad de Viviendas Asistidas: destinadas para pacientes estabilizados con un nivel de dependencia cuya asistencia requiera sostenimiento específico con un acompañamiento mínimo.

De modo idéntico, durante, con el paso del tiempo, y luego de 15 años de estar trabajando en la C.P.O. y darse transformaciones importantes en el campo de la salud mental, siguen surgiendo preguntas, interpelaciones, tensiones y distensiones²⁹ que continúan emergiendo desde la trayectoria laboral y profesional. ¿Cómo las personas internadas en el hospital psiquiátrico siguen allí? ¿Hay cambios? ¿Cómo abrir las puertas del encierro? ¿Desde dónde se sostienen los manicomios? ¿Cómo sustituir la lógica manicomial?

1.1 Objetivos y Preguntas de la Investigación

1.1.1 Propósito del Estudio

La tesis da cuenta sobre cómo los profesionales de Trabajo Social asumen y abordan en el marco de la LNSMyA la problemática de salud mental de los sujetos que dejan el hospital psiquiátrico (C.P.O) para conformar parte de ese universo que constituyen las viviendas asistidas en la localidad de Oliveros, provincia de Santa Fe en el periodo 2012-2015.

A su vez, recupera la intervención profesional de los trabajadores sociales desde una mirada social, para comprender el entramado del tejido social y las propuestas de abordaje que se presentan.

²⁹ El término distensiones, se utilizará de ahora en más, con el significado y significante que el término conlleva: “Aflojar, relajar, disminuir la tensión de algo”. <https://dlle.raes.es>.

De esta manera, la importancia del presente trabajo, está dada en plantear las tensiones y/o distensiones que se conjugan en las instancias jurídicas, administrativo-ejecutivas, y la tarea de los profesionales al momento de dar respuestas de atención a las problemáticas en el campo de la salud mental.³⁰ En este sentido el problema de investigación se construye a partir de la perspectiva de los profesionales que sostienen los mencionados dispositivos.

1.1.2 Objetivo General

Caracterizar y analizar las prácticas sociales impulsadas por profesionales de Trabajo Social bajo la denominación de prácticas sustitutivas a la lógica manicomial.

1.1.3 Objetivos Específicos

- Identificar qué demandas le son asignadas/asumidas por los Trabajadores Sociales como premisas para que las personas puedan ser admitidas y sostenidas en los dispositivos de viviendas asistidas.
- Caracterizar qué criterios profesionales se demarcan para la admisión/evaluación de las personas a ser externadas desde la C.P.O.
- Describir las estrategias de acompañamiento a las personas pacientes/usuarios en el camino de ingresar/permanecer en las viviendas.

1.1.4 Preguntas de Investigación

¿Qué aportan los Trabajadores Sociales al momento de pensar y construir dispositivos que alojen a pacientes con largos procesos de institucionalización?

¿Desde qué lugar de la práctica los Trabajadores Sociales construyen los criterios de externación/admisión/sostenimiento a una vivienda asistida?

¿Qué criterios expresan sus evaluaciones?

¿Qué perspectivas/modelos teóricos están puestos en juego en esta práctica social alternativa a lo manicomial?

¿Quiénes y cómo definen nociones como, admisión, evaluación, casos sociales, crónicos, problemas sociales, vivienda, hospital, familia, manicomio, externación, hogar, residencia en el sistema de salud?

¿Quiénes y cómo definen a quien se admite?

¿A quiénes se nombra cuando se nombra?

¿Cómo construye trabajo social las redes de apoyo?

³⁰ “Cuando se habla de salud mental se manifiesta la importancia de considerar un campo heterogéneo y complejo que implica inevitablemente considerar las múltiples representaciones sociales que existen alrededor de la locura en los diferentes periodos históricos”. (Gallici, 2015, p: 5).

- ¿Cómo construyen prácticas sociales desde un abordaje territorial?
- ¿Qué límites encuentran?
- ¿Qué estrategias despliegan para afrontarlos?
- ¿Qué propuestas presentan cada uno de los actores respecto a los problemas que se suscitan?
- ¿Se define una problemática específica que atiende la vivienda asistida?
- ¿Existen abordajes diferentes a partir de la sanción de la LNSMyA?

1.1.5. Hipótesis

El abordaje de los problemas de Salud Mental en la Provincia de Santa Fe, viene sufriendo modificaciones desde los años `90 mediante la incorporación de instrumentos internacionales, la LNSMyA y la Ley Provincial de Salud Mental. Los instrumentos legislativos, las transformaciones institucionales y las prácticas alternativas **desafían a los Trabajadores Sociales a construir respuestas deconstruyendo el trabajo profesional** en estos escenarios para intervenir en las problemáticas de salud mental, tanto desde lo discursivo como desde la práctica.

1.2 Metodología de la Investigación

Consideramos relevante explicitar, que la presente investigación se basa en un enfoque cualitativo en el cual, según Sautù (2003): “Se privilegia la observación y el registro de la interacción de los actores en el escenario. Se desarrollan, en consecuencia particularidades orientadas a la comprensión de situaciones únicas, basadas en una lógica y proceso inductivo flexibles”. (p.71). Es decir, se trata de una investigación de corte cualitativo, exploratoria y descriptiva que implicó un diseño flexible de indagación. Este tipo de diseño permitió realizar una reconstrucción histórica de un proceso de trabajo en una determinada institución inserta en un espacio social político determinado como es la C.P.O. en la provincia de Santa Fe.

En función del enfoque metodológico se trabaja con una amplia variedad de fuentes bibliográficas y documentales. Se analizan leyes nacionales, como así también instrumentos normativos internacionales. Se agrega además, el análisis de documentos institucionales³¹ en particular actas y circulares internas los cuales hacen referencia a la adecuación a los marcos normativos vigentes en Salud Mental. Asimismo se incluye una revisión bibliográfica sobre el tema, investigaciones de grado y posgrado e informes

³¹ En la Pcia.de Santa Fe: Ley Nacional de Salud Mental N° 26657; Ley Provincial de Salud Mental N° 10772(LPSM); Ley N° 13.733, del Órgano de Revisión y Promoción de Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud Mental de la Pcia. de Santa Fe, y Resolución 162-19, Defensoría del Pueblo de Santa Fe, S/Órgano de Revisión.

técnicos elaborados por la Dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe. Se realizaron Entrevistas a informantes claves y sistematización de observaciones focalizadas en los ejes de la indagación. Se analizaron las configuraciones de los procesos de trabajo con relación a las demandas; a las políticas sociales y respuestas del estado; su relación con las reformas, transformaciones y readecuaciones del hospital monovalente y se describió la dinámica de trabajo en las Viviendas Asistidas. Asimismo se realizó un análisis documental de las legislaciones, programas provinciales y locales, actas de asambleas y registros de reuniones de trabajo en relación a la temática seleccionada.

Se incorporaron archivos documentados sobre artículos personales, vertidos por los/ las entrevistados/as, vinculados a una sistematización de prácticas profesionales llevadas adelante en el período que se analiza. Se tuvieron en cuenta los aportes de las/los profesionales de otras disciplinas que proporcionaron datos claves al momento de presentar las propuestas de las viviendas asistidas.

La elección de dicha metodología surge a partir de que la misma, además de permitir obtener información útil para la consecución de los fines, a partir de pautas flexibles posibilita según Parisi (2010): “Trabajar en el ámbito de la investigación más compleja, suponga enfrentarse a los mayores problemas y desafíos. Exige de nosotros, por lo tanto, pericia, formación, consulta, autocrítica y apertura.” (p.137).

Me propongo situar este trabajo en un lugar desde el cual, sin renunciar a los aportes del conocimiento y desde mis propias prácticas como Trabajadora Social en la C.P.O., pueda hablar del tema desde una necesaria exterioridad- que no significa alejamiento- con respecto de ellas. Como ya lo he dicho con anterioridad, en mi inscripción como Trabajadora Social de la C.P.O puede resultar un riesgo investigar sobre tales experiencias por la acción u omisión de no advertir los obstáculos metodológicos.

Es por ello, que el proceso de indagación se inicia previamente al proyecto de investigación. Los primeros interrogantes surgen durante la propia experiencia de trabajo en la institución, y luego en la instancia de estudio vinculada al cursado de la Maestría en la UNLP (2010)³², lo cual fue utilizado como fuente documental para realizar el estudio. Ambos procesos hasta llegar al análisis del mismo, resultan un arduo proceso de autoreflexión con el fin de producir un distanciamiento cognoscitivo entre

³²Maestría en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

mis prácticas, la relación con los colegas y trabajadores y los aspectos metodológicos y analíticos necesarios para realizar la investigación.

Desde este lugar, se establece un proceso de elaboración de preguntas como un intento de construir un recorte del problema que posibilite una lectura más estratégica y que no omita datos significativos. En este intento, explorar, describir e interpretar determinado recorte de la realidad a conocer permite identificar la trama de mediaciones que la componen y lo dinamizan, comprendiendo el movimiento y las tensiones y distenciones que contiene. Sobre todo, coincidir metodológicamente con Netto (2012), cuando expresa que: “El investigador reproduce en el plano del pensamiento, mediante la investigación, viabilizada por el método, el investigador reproduce, en el plano ideal, la esencia del objeto que investiga.”(p.56).

Se advierte que el recorte temporal se ciñe al periodo 2012-2015 en las cuatro viviendas asistidas creadas en la localidad de Oliveros, Santa Fe. Esta decisión es netamente de corte metodológico. El criterio seleccionado, obedece a que se trata de las primeras experiencias enmarcadas en las estrategias de trabajo pertenecientes a la sustitución de lógicas manicomiales creadas por fuera del hospital psiquiátrico en esa zona rural.

La instancia que corresponde al trabajo de campo, se produce en el momento posterior a la selección del material de lectura y la elaboración de fichas de lectura de autores. En ese proceso se recaba información sobre la creación de hospitales/asilos/colonias en la provincia de Santa Fe, ley de salud mental vigente, hospitales de autogestión, estatutos de la institución.

Una vez efectuado el análisis de los materiales seleccionados y culminar con los requisitos académicos de la Maestría de trabajo Social se comienza a redactar la tesis.

Es en ese marco que se procede posteriormente al trabajo de campo. La observación se realiza en dos momentos: Enero-Febrero: 2020 y Diciembre 2020 y Enero 2021³³. Las entrevistas hechas en éste presente, interrogan sobre aquellos orígenes, y los testimonios de los trabajadores sociales que participaron de esas experiencias posibilitan dar cuenta sobre dicha dinámica, contexto y conformación.

³³El 11 de Marzo del año 2020, la producción de este trabajo se vio obligada a poner una pausa en lo relacionado al trabajo de campo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció como pandemia la enfermedad por SARS-COV-2 –Coronavirus (COVID-19) -. En Argentina, el Gobierno Nacional, a través del Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020 y el Gobierno Provincial de Santa Fe, mediante Decreto N° 0213 de 12/03/2020, conmina a los equipos de salud a ponerse a disposición de sus respectivos Ministerios de Salud con el fin de abordar aquellas situaciones vinculadas a la pandemia. En el año 2021, se retoma el trabajo de campo al entrar en una fase de DISPO (Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio).

La técnica de observación (Tonòn: 2016): “Permite, por un lado, observar sistemática y controladamente todo aquello que acontece en torno del investigador, se tome parte o no de las actividades en cualquier grado que sea; y por otro lado, participar tomando parte, en actividades que realizan los miembros de la población en estudio o una parte de ella”. En este sentido, se registraron acuerdos, tensiones, perspectivas teóricas y modalidades de trabajo vinculadas a los/las trabajadores/as que formaron parte de los dispositivos mencionados.

Se realizaron tres entrevistas a profesionales de Trabajo Social que intervinieron directamente en las viviendas asistidas como así también a las/los profesionales que derivaban a los pacientes del hospital monovalente. La participación de las/los entrevistados en este estudio presenta, para el caso de uno/a de ellos/as, la particularidad de poder dar testimonio de su trayectoria profesional en el campo de la Salud Mental desde dos momentos: *Primero*, directamente implicada desde un espacio institucional como lo era una sala de pacientes de larga internación (2001-2012), y *segundo*, desde una experiencia sistematizada de sus prácticas sociales desde el dispositivo de Viviendas Asistidas. (2012 en adelante).

Se establecieron los siguientes ejes temáticos:

- Eje 1: Configuración en el proceso de trabajo específico a partir del análisis de las demandas institucional (funciones asignadas y asumidas); Demandas provenientes de las personas pacientes/usuarios; Tensiones y/o distensiones con los recursos disponibles.
- Eje 2: El proceso de trabajo y la relación con las políticas sociales y sectoriales; las respuestas del Estado; Condiciones y modalidad de trabajo en dicho proceso (dinámica institucional, recursos asequibles, condiciones laborales, condiciones materiales, trabajo interdisciplinario, dimensión política, etc.).
- Eje 3: Posicionamientos con relación a las reformas, transformaciones, readecuaciones de los hospitales monovalentes. Tensiones y/o distensiones entre prácticas existentes-instituidas- y nuevas prácticas-alternativas-; Perspectivas teóricas de la transición del modelo asilar al modelo comunitario.
- Eje 4: Descripción de la dinámica de trabajo de las viviendas asistidas, procesos de derivación/admisión/evaluación/sostenimiento a las viviendas asistidas; procesos de acompañamiento en las mismas; Límites y Obstáculos.

Se utilizó como instrumento la entrevista en profundidad, con preguntas abiertas que establecen una guía temática pero que poseen la suficiente flexibilidad para poder indagar en profundidad datos emergentes durante la misma.

En los tres casos, los entrevistados son identificados mediante números romanos, para preservar la identidad de los mismos. En el trabajo de campo se llevó a cabo de acuerdo con Guber (1991): “Una tarea de reflexividad entendiendo la misma como el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente – sentido común, teoría, modelo explicativo de conexiones tendenciales- y la de los actores o sujetos –objetos de la investigación.”(p.49).

Con respecto al análisis de datos se utilizó un análisis de contenido de tipo cualitativo. El mismo como afirma Cáceres (2003): “Posibilita crear a partir de las respuestas dadas por los participantes, categorías o temas que permitieron simplificar y dar mayor comprensión a la información recabada”. (p. 53-62).

Por último, remitirse a la temática de salud mental implicó, como lo propone Galende (2008) cuando afirma: un modo de aproximarnos a la complejidad que lo constituye en tanto parte de una totalidad social que lo transversaliza y determina. (p.7).

CAPITULO 2

EL MARCO NORMATIVO DE LA SALUD MENTAL

En el presente capítulo se recuperan los instrumentos legales internacionales, nacionales y jurisdiccionales que abordan la problemática de Salud Mental en la Argentina. En un *primer momento*, se comienza por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, y luego se señalan brevemente otros instrumentos internacionales sobre la materia. Posteriormente se analizan aquellos aspectos vinculados a la LNSMyA, teniendo en cuenta sus antecedentes, el proceso de su sanción y las principales posiciones y postulados que plantea. En el mismo apartado se abordarán los marcos normativos sobre salud mental específicos de la provincia de Santa Fè. En un *segundo momento*, y en el marco de las configuraciones de las políticas públicas a nivel nacional, se señala el impacto que la atención en salud mental ha tenido en la Estructura Social y Política Social de Argentina, poniendo el foco de interés en los modelos de ciudadanía implícitos en las principales políticas de salud mental a lo largo del Siglo XX.

Finalmente, se especifica como el estado aborda las temáticas vinculadas a salud mental y las respuestas que ofrece en términos de modelos o paradigmas. En este sentido, se reseña concisamente el devenir del Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales desde la intersección de los dos dispositivos que dialogan (*C.P.O y Viviendas Asistidas*) y su vinculación con las prácticas profesionales desde Trabajo Social.

2.1. Descripción analítica de los marcos normativos sobre salud mental

Aún a riesgo de ser reiterativos, se pretende insistir, en la convergencia de cierta unanimidad de criterios, sobre la necesidad de darle a las políticas públicas, una dimensión práctica que genere condiciones de accesibilidad, inclusión, participación y ciudadanía por parte de la población a quien está dirigida. Bajo este marco, se amplían las preguntas: ¿Cómo se abordan desde el marco legal las problemáticas de salud mental? ¿Qué instituciones y modelos existieron? ¿Desde dónde se sostienen los manicomios? ¿Qué impacto tienen los marcos normativos legales; internacionales, nacionales y jurisdiccionales? Si las puertas del manicomio están abiertas; ¿Porqué las personas internadas en el hospital psiquiátrico siguen allí? ¿Hay cambios?

2.1.2. Instrumentos Jurídicos Internacionales sobre Derechos Humanos

En el contexto internacional, si bien no existen instrumentos internacionales específicos de Salud Mental vinculantes para nuestro país, se reconocen como marcos de referencia muy valiosos:

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en adelante CDPC, de Naciones Unidas, aprobado en el año 2006, que fuera el primer tratado internacional específico para dicho colectivo sancionado por Argentina en el año 2008, bajo el N° de Ley 26.378. El modelo social que lo sustenta es el de no discriminación haciendo necesario remarcar los principios generales de la misma, y en esta línea Palacios (2014), refiere que: “Se plasman la filosofía del modelo social de discapacidad y resultan de suma importancia a la hora, tanto de elaborar políticas en la materia, interpretar o aplicar sus cláusulas; como asimismo indagar en los derechos que el instrumento protege; y en las obligaciones que establece” (p.23).

Los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la Salud Mental de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2001) establecen que toda persona con enfermedad mental tendrá el derecho a ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. “Las personas con discapacidad mental tienen los mismos derechos y libertades fundamentales que el resto de los seres humanos y existen principios internacionales que protegen a estas personas especialmente debido a su condición particular de vulnerabilidad e impotencia”.

Declaración de Caracas: de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece los estándares mundiales de protección en materia de los derechos humanos y de salud mental. Establece que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben salvaguardar la dignidad personal y los derechos humanos y civiles así como también propender la permanencia del enfermo en su medio comunitario.

Esta Declaración se adoptó al culminar la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica celebrada en Noviembre de 1990, cuya finalidad fue formular marcos de referencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y promover su transformación en base a los principios establecidos por la O.M.S y O.P.S.

La Reforma Francesa, cuyo punto de partida es la de cambiar las formas de atención basadas en el internamiento asilar. Idea que predominaba en una generación de psiquiatras que acababa de conocer la ocupación y los campos de exterminio. En pleno clima de la liberación, se celebran las Jornadas Nacionales de Psiquiatría de 1945 y

1947, que establecen las bases de la nueva doctrina: la psiquiatría de sector. Nueva forma de organización de los servicios psiquiátricos, que según uno de sus protagonistas, Mignot, (1970) implica: “Una modificación profunda de la actitud de la sociedad respecto de las enfermedades mentales”. Se trata de estructurar un servicio público de ayuda y de cura puesto a disposición del público a fin de permitir el acceso universal a formas de atención y una calidad de servicio hasta ahora reservada a sectores privilegiados de la población. Es el abandono de un concepto de asistencia para alcanzar una estrategia de proyectos terapéuticos individuales, considerando la dimensión pública y no colectiva de esta acción de salud: la política de sectorización no es tan solo un ensayo de hacer otra psiquiatría, sino también una acción de salud pública, en el sentido literal del término.

La Reforma Estadounidense: Antes de la inclusión de reformas en la atención psiquiátrica dentro de uno de los programas fundamentales del Plan Federal del Presidente Kennedy en 1963, se podían observar ciertos hechos que demostraban la gestación de este movimiento. Confluían esfuerzos de varias comisiones de estudio, de psiquiatras, legisladores, asociaciones cívicas y de una opinión pública sensibilizada por la situación de la asistencia a los enfermos mentales, que después de la Segunda Guerra Mundial venían pidiendo su transformación. Había un gran consenso en las críticas al hospital estatal de los años 1940-1950.

La Reforma Italiana: La singularidad del proceso de desmanicomialización llevado adelante en Italia se puede evidenciar en la medida en que se enfatizó la necesidad de partir del interior del manicomio creando condiciones para llevar a cabo su progresivo desmantelamiento, con el fin de subvertir su lógica y funcionamiento, devolviendo a la sociedad al enfermo mental.

La Reforma Española: En el año 1979, se constituyeron las nuevas diputaciones provinciales de la que dependía la asistencia psiquiátrica pública. De ellas se esperaba como afirma Desviat (1995) que: “Concretizaran las transformaciones psiquiátricas necesarias para asumir adecuadamente el problema psiquiátrico”.

2.1.3. Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657

El Proyecto de LNSMyA tiene como antecedentes más próximos el proyecto de Ley presentado en el 2007(Expediente 276.D-07)³⁴ y el Dictamen conjunto de las Comisiones de Acción Social y Salud Pública, Legislación General de Justicia, Cámara

³⁴ Este documento puede verse en: <https://www.diputados.gov.ar>

de Diputados, aprobado con modificaciones el 09 de Diciembre de 2008(incluidos en la Orden del Día 1625 del 16 de Diciembre de 2008).

La LNSMyA aprobada en Diputados y Senadores, fue promulgada en el año 2010 por la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner. A partir de entonces, quedó en ejecución la norma. Sin embargo, su reglamentación, fue realizada tres años después, por el Decreto 603/2013. La misma ley recoge gran parte de los aportes, modificaciones y propuestas que surgieron en el proceso de un debate del marco normativo con los actores involucrados en el campo de la Salud Mental y Derechos Humanos³⁵. La misma ley, prevé la sustitución de las instituciones psiquiátricas monovalentes por un sistema de atención en salud mental de base comunitaria que respete los derechos humanos.

En Argentina, se encuentran antecedentes de varias legislaciones jurisdiccionales en el momento de la sanción de la LNSMyA. A título de ejemplo, como señala De Lellis (2011):“Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley N° 448 de Salud Mental-Año 1999), las provincia de Córdoba (Ley N° 9848 Protección de la Salud Mental- Año 2010), Chubut (Ley N° 384 de Salud Mental-Año 2009), Entre Ríos (Ley N° 8806 de Enfermedades Mentales-Año 1994), Rio Negro (Ley N° 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental-Año 1991), San Luis (Ley N° 536 Prohibición de la Institucionalización-Año 2006), San Juan (Ley N° 6976 de Salud Mental de la Provincia- Año 1999)”.

Cada una de ellas, lograron constituirse en modelos de avances en términos de reconocimiento del derecho de acceso a la salud y la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental.

Se destaca la necesidad de focalizar el análisis, como lo propone Testa (1989): “Hacia la construcción de algunos ejes a tener presentes para la elaboración de una propuesta estratégica que facilite la promoción de cambios significativos en las prácticas relacionadas al ámbito particular que hacemos referencia” (p.69).

Este enfoque permite trabajar desde la promoción de un modelo de abordaje centrado en la necesidad de contención-tratamiento y rehabilitación-, sin necesidad de

³⁵ En el texto del Proyecto se observa la alusión y el agradecimiento por el “continuo aporte y acompañamiento de la Secretaria de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, de la Organización Panamericana de l Salud, del Centro de Estudios Legales y Sociales, del Consejo General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, del Movimiento Social de Desmanicomializacion y Transformación Institucional, y de muchos otros referentes latinoamericanos e internacionales, autoridades nacionales, otros integrantes de organismos de derechos humanos, autoridades e integrantes de equipos e instituciones de salud, investigadores y docentes de universidades públicas, integrantes de asociaciones de familiares y usuarios de atención en Salud Mental. Op.Cit. Fundamentos.

reclusión por largos períodos de internación, de las personas que padecen sufrimiento mental.

El concepto de “sufrimiento mental” es tomado de la reforma rionegrina, quienes lo utilizan con el objetivo de reconceptualizar el término locura debido a la fuerte connotación rotulante que tiene.

Asimismo se sigue velando y haciendo llamados de atención a las autoridades, trabajadores y comunidad, por el cumplimiento efectivo de la Ley.

Se apela a Weber Suardiaz, (2013) cuando señala que:

El texto de la ley marca una regulación que nos permite tomar como marco, referencia, en una tensión imborrable entre el universal y la particularidad de las situaciones. Podemos decir que esta ley- continúa la autora- que expresa viejas luchas del campo de la salud mental, ha sido producto de innumerables disputas entre distintos actores, que a lo largo de los años fueron construyendo consenso y alianzas para generar legitimidad y lograr que la misma se apruebe. (p.75).

Es este punto de inflexión el que permite visibilizar un campo de luchas y escenarios complejos, pues pone en tensión diferentes perspectivas de los actores que intervienen en el campo de la salud mental y de los propios usuarios de los servicios.

Dentro de este orden de ideas, el enfoque de Bourdieu (Bourdieu, 1976, p.137 en Gutiérrez, 1997, p.32) presenta adhesiones al definir el concepto de campo como:

Un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones, en la lucha por formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital eficiente en él. Este espacio se caracteriza por relaciones de alianzas entre los miembros, en una búsqueda por obtener mayor beneficio e imponer como legítimo aquello que lo define como grupo; así como por la confrontación de grupos y sujetos en la búsqueda por mejorar posiciones o excluir grupos. La posición depende del tipo, el volumen y la legitimidad del capital y del habitus que adquieren los sujetos a lo largo de su trayectoria, y de la manera que varía con el tiempo. De ahí que campo y habitus sean conceptos ligados.

En este sentido importa decir, que los procesos de cambio en relación a la problemática expuesta, se cursaron no sin mediar diferentes situaciones de conflicto y de tensiones, políticas e institucionales, devenidas por la puja de intereses políticos, corporativos, partidarios, gremiales, profesionales, que influyeron al momento de poner en evidencia lo complejo que se presentaba llevar adelante procesos de externación para personas con sufrimiento mental.

Para ejemplificar tales consideraciones, los grupos relacionados con la Asociación Argentina de Salud Mental (AISAME), expresaban que:

El problema con la Ley es que ésta niega y desconoce la forma en que se viene trabajando a nivel de nuestras instituciones desde hace más de 30 años; que está dentro de lo que establece la propia ley, pero ésta presenta a la psiquiatría, a los médicos psiquiatras y a las instituciones psiquiátricas como ogros, y esa no es la realidad. (Peirò, 2020a)

En este sentido se comprende que, pese a los acuerdos y compromisos logrados en el proyecto de ley, por parte de múltiples esferas y sectores del Estado, el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil para darle factibilidad al proyecto, hubo voces disidentes que se manifestaron.

Concretamente, para la Asociación de Psiquiatras Argentinos (2019): “La ley actualmente presenta problemas conceptuales, la idea de desmanicomialización mal planteada, y la inconsistencia en cuanto al planteamiento del trabajo interdisciplinario”. En esta dirección, argumentaban:

En primer lugar que: el manicomio no es sólo un problema de edificios y de leyes, sino que es, ante todo, una postura política del profesional del campo de la salud mental. La lógica manicomial no se remedia derribando manicomios. *En segundo lugar,* para los equipos de trabajo en el campo de la Salud Mental el enemigo no es el hospital monovalente sino un sistema sanitario vaciado, desfinanciado y exánime. Un sistema que no puede dar respuestas a las necesidades reales de la población. *Y por último:* La Ley 26657 prevé el cierre definitivo de los hospitales monovalentes en el 2020. ¿Por qué el cierre? Porque en su concepción filosófica el hospital monovalente es el enemigo a combatir. No la lógica manicomial, sino el edificio mismo del manicomio. No el abandono por parte del Estado, garante último de la democracia y la justicia social, sino el dispositivo en el cual se atiende y se cuida al paciente con un trastorno psiquiátrico en sus momentos más críticos.

De acuerdo con Faraone (1993): “El concepto de desmanicomialización hace referencia a experiencias llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos cuyos objetivos simbolizasen una redefinición de prácticas en el área de la salud mental “opositoras” a la institución psiquiátrica como instancia de internamiento crónico”(p.2).

Para los sectores con posiciones más hegemónicas, la crítica y discusión, adquiere relevancia puesto que:

Con asombro observamos que la Salud Mental parece estar fuera del campo de la medicina, pues se considera que un equipo interdisciplinario conformado por un trabajador social, un terapeuta ocupacional, un enfermero, y otras disciplinas o campos afines, -, antropólogo, sociólogo-, con la presencia de un psicólogo, pueden diagnosticar y evaluar todas las enfermedades.³⁶

Desde este planteo, Stolkiner (1999) propone otra lectura:

La interdisciplina como una construcción conceptual común de problemas que implican un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones comunes entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. El trabajo en equipo interdisciplinario permite abordar las problemáticas sociales desde una interpretación total del problema, pudiendo estar respondiendo a las necesidades de la población con las cuales trabajamos y no caer en la mera acción asistencial. (p.47).

En esta dirección, el artículo 5 de la LNSMyA dice expresamente que: “La atención en salud mental (...) debe estar «a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados» en las aéreas «de salud psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, y otras disciplinas, o campos pertinentes»” (Peirò, 2020b).

Es importante decir que Trabajo Social, de acuerdo con Nucci, Crosetto, Bilavcik, Miani (2018):

Es una de las profesiones que forma parte de los equipos interdisciplinarios de salud, que en forma disciplinaria tiene a su cargo la vinculación con sujetos que demandan atención. Ello supone instituciones, normas, programas y recursos, además de acuerdos políticos que regulen o se construyan sobre la base de la convivencia en sociedad, en un espacio- tiempo históricamente determinado. (p.15)

Dentro de este marco y a favor de la Ley, es objetivo mencionar que la misma también prevé que se constituya una red de dispositivos alternativos a la internación que sustituyan el hospital monovalente, pero aquí, es nuevamente APSA, quien asevera que: “Dicha red jamás se creó. He allí el resultado del intento de cambiar una realidad con una ley. No hay dispositivos alternativos a las instituciones especializadas

³⁶El autor es Psiquiatra, forense y ex jefe del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Borda.

monovalentes. Negar esto es un desconocimiento liso y llano de la realidad clínica y terapéutica aceptada y recomendada por los consensos internacionales en la especialidad.”

Y en este punto, la pregunta que deviene es: ¿Qué elemento es el que otorga significación a la decodificación de los vínculos comunicacionales entre sujetos? ¿Es el contenido que se le otorga a las palabras y a los conceptos?

Se puede interpretar que los discursos y argumentos presentados, en lo general, retoman *por un lado*; una defensa corporativa a las profesiones antiguamente hegemónicas en el campo de la salud mental, y *por otro*: dentro de los sectores opositores, se presentan voces desde el sector privado, por ahora con una posición aparentemente crítica y soslayada, ya que el factor económico suele ser la variable para prolongar las internaciones psiquiátricas.

En ese marco, la LNSMyA permite establecer y ponderar la distancia o la brecha que separa el estado de cosas que los documentos establecen jurídicamente con aquello que efectivamente transcurre o hace efectivo el ejercicio de política sanitaria.

No obstante, una ley que se sanciona para producir un cambio cuyos alcances no son comprendidos ni asumidos por el conjunto de sus actores, es una ley de cumplimiento imposible. Porque su cumplimiento como afirma Gorbacz (2010) en López (2011): “Es posible en tanto hay actores que pueden comprenderla y apropiársela, pero también necesario, porque la realidad aún no ha cambiado todo lo necesario” (p.19).

En ese contexto, Gerlero y Augsburguer (2008) describen con claridad: “Los fundamentos de la ley, deberían poder cumplirse. Fundamentos éstos a los cuales nuestro país ha suscrito y que hacen hincapié en reorientar las prácticas de intervención, principalmente aquellas que sostiene el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, y que se fortalezca y dirija la provisión de cuidados en salud mental en la comunidad” (p.10).

Complejizando el análisis en lo que respecta a la reorientación de las prácticas de intervención, se menciona, en primer lugar, que desde la intervención profesional de Trabajo Social, para que un sujeto pueda irse, quiera irse del manicomio, hay un largo camino por recorrer.

Como señala Iamamoto (2003):

Ello requiere de mediaciones que deben ser apropiadas y elaboradas por los agentes profesionales, tanto en el ámbito de la producción intelectual como en el ámbito de las estrategias de acción para que asuman la forma de respuestas

teóricos y técnico-políticas a las demandas emergentes en aquel campo de posibilidades, realidad vivida y representada a través del discurso teórico-ideológico sobre el ejercicio profesional. (p.221)

En segundo lugar, se enfatiza de acuerdo con Bollini (2007) que: “Las puertas del asilo están abiertas y sin embargo son muchos los que no pueden irse”. Razones unas cuantas. Por nombrar algunas:

- Elevado porcentaje de pacientes ancianos con décadas de internación en la C.P.O que se ha instituido para ellos como un lugar para vivir.
- Pacientes con deterioro psíquico severo, débiles mentales profundos, psicóticos graves.
- Ingresos judiciales de pacientes en crisis y no tanto, donde la problemática se enfatiza en torno a la marginalidad y a la ruptura de lazos afectivos, sociales, laborales.³⁷

Como consecuencia de lo expresado, ésta situación, lleva a los profesionales a conectarse cada vez más, con la idea de producir una salud colectiva, atendiendo la singularidad en el campo de la salud mental en una relación dialéctica entre lo micro y lo macro social. Perspectiva que desafía a la profesión, y que coadyuva a propiciar también nuevos modos no sólo de evolucionar los procesos salud-enfermedad en términos de registros y clasificaciones, sino también, los modelos de abordaje, las perspectivas de análisis, las políticas públicas para progresivamente distanciarse de las respuestas singulares frente al sufrimiento mental.

En ese devenir es que se toma posición por abordajes que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas y esto se logra con otros: estado, agentes, discursos y saberes que dinamicen encuentros, rupturas, tensiones, y distensiones.³⁸

Los aportes brindados por Custo (2008) sirven de fuente para el planteo que se propone. La autora expresa que:

La ciudadanía es un proceso instituido que va tomando su definición en términos históricos y se pone en práctica a través de un abanico de actividades históricamente situadas. Desde el punto de vista de la autora, los componentes centrales de la ciudadanía de: (...) pertenencia, jerarquía, igualdad, desigualdad, virtud, derechos, deberes-adquieren mayor o menor relevancia según el momento histórico en que se inscribe el análisis de la ciudadanía. (Pp.46-47)

³⁷La autora fue psicóloga e integrante del Consejo de Administración de C.P.O.

³⁸ Pero también con: Casas de Medio Camino, hospitales de día, casas de convivencia, emprendimientos sociales laborales, institutos de tratamientos de consumo problemático, mayor presupuesto y decisión política.

Y aquí cabe la pregunta sobre ¿cómo construir procesos de ciudadanía con las personas que se encuentran internadas en el hospital monovalente?; ¿Desde los lazos sociales?; ¿Desde la generación de dispositivos sustitutivos? Es en la problematización del trabajo cotidiano, donde se encuentran las herramientas que permitan construir un acceso real a los derechos ciudadanos, pero por sobre todo la posibilidad de reconocerlos, identificarlos y practicarlos, sin perder de vista que se está hablando de personas sobre las cuales la cronificación, la desubjetivación y la exclusión han arrasado históricamente con los principios de inclusión social que constituyeron la base piramidal de la ciudadanía.

2.1.4. Provincia de Santa Fe: Tendencias de adecuaciones en salud mental.

La LNSMyA promueve la adecuación de la legislación interna en consonancia con las normativas institucionales de derechos humanos incorporados a nuestro ordenamiento jurídico.

La Provincia de Santa Fe ha venido desarrollando desde el año 1996 un sostenido proceso de transformación institucional, acompañando por una Ley provincial (10.772) que si bien fue sancionada en el año 1991, recién logró reglamentarse en septiembre del año 2007.

La Ley N° 10772/91 de la provincia de Santa Fe, se encuentra fuertemente orientada a regular las condiciones de internación de las personas con problemas mentales y de los 29 artículos que comprende, casi en su totalidad indican o prevén las modalidades bajo las cuales las personas pueden o deben ser internadas.

Esta legislación obliga al cumplimiento de derechos enmarcados en sus artículos 1, 2 y 13: derecho a solicitar y recibir tratamiento, así como, rehusarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo (excepto disposición judicial); derecho a ser escuchado, informado (sobre el tratamiento a realizar, sus características, condiciones de desarrollo y posibilidades de recuperación); derecho a su intimidad, a ser preservado de actos que mortifiquen sus sentimientos o hieran sus convicciones; derecho a visita, comunicación, salida y trabajo entre otros.

Se considera relevante destacar que esta legislación, además de garantista de derechos -tal como se desprende del párrafo anterior-, es innovadora en la estructuración de abordajes alternativos al orden manicomial. La ley es clara en la primacía que brinda a las estrategias que menos restrinjan la libertad de los sujetos con sufrimiento psíquico y ubica a las internaciones sólo como tratamiento orientado a la recuperación y egreso en el marco del resguardo por la integridad psíquica y física de las personas, su dignidad y su libertad.

Por otro lado la ley además prevé, en su artículo 18, que:

El Estado arbitre los medios y promueva la implementación de medidas asistenciales alternativas, tales como servicios de salud mental en hospitales generales -con o sin internación-; atención domiciliaria en salud mental en la comunidad; servicios de emergencia en salud mental; centros de salud mental en la comunidad; hospitales de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros.

La Ley entiende por Servicios Sustitutivos³⁹ todos aquellos dispositivos institucionales y comunitarios, clínicos, productivos, educativos y culturales que se orienten al sostenimiento de prácticas de asistencia al sufrimiento psíquico, que no sean expulsivas ni generen exclusión ni encierro de las personas, no atenten contra sus derechos humanos y permitan el desarrollo de sus capacidades y su inclusión en el ámbito comunitario.

En términos de Rubio, Pino y López, (2014):

Esta plataforma jurídica se fortalece con un renovado andamiaje conceptual y operativo que propone instrumentar la ley nacional en vigencia. Igualmente, a dicha propuesta se le suman los aportes de la Ley 24901⁴⁰. Interpretamos de esta lectura, que el componente estratégico de estos dispositivos, está puesto en la **construcción de un lugar fuera del hospital, el único posible para construir un estatuto de ciudadano, una inscripción social, un espacio donde la singularidad advenga.** (La negrita y el subrayado le pertenecen a las autoras). (p.16)

Es importante señalar, que la ley intenta superar el modelo asilar a uno basado en la comunidad. No obstante se observa que para que la LNSMyA pueda ejercer un impacto en el modelo de atención necesita de una legislación específica en el territorio provincial que esté en armonía con la normativa nacional y con aquellas otras jurisdicciones que han avanzado en la materia.⁴¹

Como contrapartida de lo hasta aquí expuesto, la investigación que llevan adelante Gerlero y Ausburger (2007), sobre políticas y planes en salud mental de la provincia de Santa Fe, plantean que: “La legislación sobre salud mental juega un papel

³⁹Cuando se habla de prácticas alternativas en esta producción, es que se está haciendo referencia justamente a esta concepción.

⁴⁰ Las autoras hacen referencia al sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.

⁴¹Se ampliará la referencia a los avances llevados adelante por la Dirección Provincial de Salud Mental, en adelante, DPSM, en términos de planes, programas, proyectos para todo el territorio santafesino.

relevante para garantizar el acceso a un tratamiento, pero queda completamente postergada su capacidad para promover la salud mental y la prevención de trastornos mentales.”(p.4).

Ley de Descentralización Hospitalaria: proceso que se inicia en 1993 por el Decreto N° 578 (el cual sancionó la Autogestión de los Hospitales Públicos), que tuvo lugar a partir de la descentralización de los sistemas de salud, enmarcada en la Reforma del Estado de los años 90. En la normativa se observa cómo quedó redefinido el rol del hospital público dentro del sistema de atención de salud médica, al establecer que el mismo debe actuar como un organismo descentralizado. El Estado Nacional de los años 90 en su plan de desregulación, apertura de los mercados, reducción del estado, flexibilización laboral, privatizaciones y descentralización, obliga a los hospitales a promover acciones tendientes a incrementar sus presupuestos hospitalarios a través de los ingresos cobrados por las prestaciones efectuadas, sin recibir aportes financieros del nivel central que renuncia de esta manera a ser garante del bienestar de los sectores sociales más pobres.

En la provincia de Santa Fe es la Ley provincial N° 10.608 sancionada en 1991, que en su ARTÍCULO 1:

Faculta al Poder Ejecutivo a organizar de acuerdo a lo previsto en la presente ley, su reglamentación y demás normas que se dicten, a los establecimientos asistenciales con internación dependientes del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, a efectos de constituirlos en personas jurídicas públicas estatales, con el consiguiente grado de capacidad administrativa y financiera.⁴²

Los aspectos centrales de esta nueva modalidad pasan por la autonomía y autarquía institucional. Si bien esta última queda reducida a la visión estrecha del autofinanciamiento, empujando al hospital progresivamente a hacerse cargo de su estructura organizacional, administrativa, económica; y financiera; vía la explotación de la disponibilidad e identificación de recursos propios, por otro lado su fase autónoma le permite ganar terreno en la fase de decisiones. La cara visible de esta estrategia está dada por la formación de un cuerpo colegiado, que desplaza las disposiciones jerárquicas incluidas en organigramas tradicionales. Este cuerpo, encabezado por un director, esta expresado en un “Consejo de Administración”, representado por trabajadores de la institución.

⁴² Para profundizar sobre ello, se recomienda visitar el sitio: <https://www.santafe.gov.ar>

Ley N° 13.733 del Órgano de Revisión⁴³ y Promoción de Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe; sancionada en 2018 y reglamentada en 2019, detalla los ejes para concretar la sustitución del modelo hospitalocéntrico hacia uno basado en la comunidad y con un enfoque de derechos humanos.

El O.R. fue puesto en funcionamiento por la defensora general de la Nación en 2013 y estipula la necesidad de crear y poner en marcha un órgano de control similar en las diferentes provincias.

En el caso de la provincia de Santa Fe es la Ley Provincial 13.733 la que crea el .Órgano de Revisión (2017).⁴⁴ *En ese camino*, se considera relevante destacar el evento político-electoral que se daba en la provincia; ya que en Junio del año 2019, se precipita también el modelo político social- progresista que se venía sosteniendo desde 1989-2019. Quien ejercía, hasta el momento las funciones de Gobernador, Ing. Miguel Lifstchitz- y postulaba como candidato a quien otrora fuera gobernador, Dr. Antonio Bonfatti (2011-2015)-, pierden las elecciones en Junio del mismo año, quedando la provincia de Santa Fe en manos del candidato opositor político del sector peronista: CPN Omar Perotti.

Mas aquí o allá, de los avances progresistas o conservadores en la gestión de la política pública en la Provincia de Santa Fe, la puesta en marcha del Órgano de Revisión en la provincia, está aún en construcción.

Si se sigue el planteo de Weber Suardiaz (2013) hay que hacer notar que: “La letra de la ley queda inmóvil si no dinamiza desde la discusión, la crítica del trabajo cotidiano y la mirada sobre aspectos particulares”. (p.75)

En este sentido, se hace necesario activar la discusión para que los movimientos y su dinámica adquieran otra relevancia. En esta dirección, el colectivo de trabajadores de la C.P.O, ⁴⁵ para el período en que la presente investigación se centra (2012-2015), expresa que: “Luego de analizar la propuesta efectuada desde la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia y la Dirección

⁴³En adelante, OR.

⁴⁴La referida ley se sanciona el 30/11/2017; Promulgándose el 29-12-2017; Boletín Oficial 19/01/2018 Es dable destacar que, entre la sanción de la ley N° 13.733, es el Decreto N° 1369/2019 del 6/6/2019; Boletín Oficial: 21/06/2019; mediante Expediente N°00501-0163389-2 que se Reglamenta dicha Ley. Posteriormente, y conforme al Artículo 23 de la citada ley, la Defensoría del Pueblo de Santa Fe, mediante Resolución N° 162/19, del: 15/08/2019, mediante Expediente N° 01004-150388/18, da lugar a la Constitución de dicho Órgano de Revisión.

⁴⁵El análisis que se realiza sobre el OR, parte de los registros de los encuentros realizados por trabajadores/as de la C.P.O., durante los años 2013-2014. En esos espacios se nucleaban, psicólogos, psiquiatras, abogados, trabajadores sociales y talleristas. Fue menor la participación de enfermeros, personal administrativo u otras ocupaciones.

Provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud, elevamos a su consideración nuestras observaciones al proyecto sometido a consideración”.

El documento hace referencia al Proyecto Original de Creación del Órgano de Revisión en Salud Mental (OR) de la Provincia de Santa Fe.

El foco de atención de los actores institucionales, marca un llamado de atención dado que:

En el Art 3º no se mencionan los artículos 38,39 y 40 de la LNSMyA, los que se refieren al ámbito de constitución del OR, a su conformación y a sus funciones. Es imperioso para un adecuado funcionamiento del OR el máximo, apego a los principios de **independencia, imparcialidad, interdisciplinariedad e intersectorialidad**.⁴⁶

En su Art.7- Sobre el ámbito de funcionamiento-; Interpretando los postulados de la LNSMyA y su decreto reglamentario, los trabajadores plantean en *1er lugar* que:

Si bien la misma, deja librado a cada jurisdicción el ámbito donde se creará el Órgano de Revisión Local, de acuerdo a la organización administrativa de cada jurisdicción, en la misma normativa y en otras se deja expresamente sentado que el mismo debe garantizar su autonomía de los servicios y dispositivos que serán objeto de supervisión.

En 2do lugar expresan que:

El OR es un órgano de control externo de promoción, supervisión y monitoreo de derechos humanos en relación al ámbito sanitario por lo que debe crearse, en un ámbito distinto al Poder Ejecutivo Provincial, a fin de garantizar su independencia e imparcialidad. La mesa de trabajadores constituida y reunida para tal fin consideraba que “Su constitución en la órbita de los Ministerios de Salud y de Justicia y Derechos Humanos es inapropiada, pues debe controlar esas esferas del Estado”.

Por último y sin lugar a dudas refieren que: “El OR debe crearse en un ámbito autónomo del Ejecutivo, puesto que serán, entre otras, instituciones dependientes del mismo las sujetas a revisión”.

En su Art.8-Integración de equipos interdisciplinarios- observan que:

⁴⁶Aporte de los trabajadores de la Colonia Psiquiátrica Dr. Abelardo Irigoyen Freyre de Oliveros al Proyecto de creación del Órgano de Revisión en Salud Mental (OR) de la provincia de Santa Fe (2014) Fuente: Memo de circulación interna. La mayúscula y negrita les pertenece a sus autores.

Los mismos deben estar en la órbita del OR, y debe ser este quien proceda a su designación y no los Ministerios de Salud y Justicia. Por otra parte, refieren que: si bien el art.8 remite al art.6 en cuanto a la interdisciplinariedad de los equipos, ello se ve limitado en el art.21 que establece equipos constituidos mínimamente, solo por tres disciplinas psicología, psiquiatría y derecho.⁴⁷

El documento cierra expresando que: “En conclusión a los trabajadores nos preocupa que el proyecto de decreto, no tiene en cuenta las “Pautas Mínimas para la conformación de los Órganos de Revisión Locales”, aprobada por resolución Nro.03/13 de la Secretaria Ejecutiva del Órgano de Revisión – Ley 26657.”

En este sentido, la Defensoría del Pueblo de Santa Fe a modo de respuesta, da cuenta que se debe proceder a cubrir en primer término el cargo correspondiente a la Secretaria Ejecutiva, desde donde se deberán realizar las convocatorias y procedimientos respectivos para la integración del mismo.

Sin embargo, por lo expuesto hasta aquí, no se debe perder de vista lo planteado por Testa (1993) cuando advierte que:

Es dificultoso que se puedan lograr modificaciones sustanciales en la organización sectorial. Sin embargo, pueden identificarse situaciones coyunturales que permitan introducir algunas propuestas de reformas menores que impliquen un avance político, o por lo menos una mejor atención a grupo de poblaciones más desatendidas. En general, cuando se considera inviable modificar los subsectores, se podrán en cambio hacer proposiciones que corrijan los aspectos más nocivos. (p.122).

En esta dirección, se ve con preocupación en la provincia de Santa Fe, las dilaciones para la puesta en marcha de un O.R. que, para el objeto que a esta investigación le interesa tienda a:

- Controlar y monitorear los procesos de sustitución de instituciones monovalentes públicas y privadas en concomitancia con el fortalecimiento de una red masiva de servicios de salud mental con base en la comunidad, desarrollo de dispositivos intermedios y atención en hospitales generales.
- Una DPSM. que diseñe un escenario de reformas en un sentido francamente antimanicomial y que incluya en las propuestas planes para

⁴⁷En su extensión pueden consultarse también las observaciones hechas a los Art.9 – Funciones- ; Art.16- Financiamiento; Art.7-Sobre el ámbito de funcionamiento-; Art.5 – Integración del Consejo Directivo del OR-.

las personas internadas por problemáticas sociales como así también que incluya los consumos problemáticos a las políticas de Salud Mental y Derechos Humanos.

No obstante, conviene subrayar los intentos de esta producción por sacar a luz cuestiones de un recorte metodológico, situado en un período de tiempo, (2012-2015). En esta dirección la propuesta implicaba mirar hacia el pasado para develar aquellas cuestiones que se presentaban, muchas veces como inalterables. Concretamente se hacía referencia a los marcos normativos, los planes, programas y proyectos llevados adelante en la provincia de Santa Fe vinculados a las reformas del modelo de atención en materia de legislaciones y políticas públicas.

El siguiente cuadro pretende mostrar una secuencialidad de ese pasado y las décadas que llevó producir procesos de externación para las personas con sufrimiento mental internadas en el hospital psiquiátrico.⁴⁸

Tabla 1.

Año	Ley/Decreto	Reglamentación	Fines/Objetivos
1984	Se crea la DPSM		Se constituye en una instancia de regulación política y administrativa de acciones, organizaciones y servicios de salud mental que se implementan en la provincia de Santa Fe.
1990	Se cierra la DPSM		Sufre un proceso de desjerquización que dura 8 años.
1991	Ley de Salud Mental provincial 10772/91	Año 2007, mediante Decreto N° 2155	Pregonaba la creación de una nueva organización del sistema de salud.

⁴⁸ En efecto, el material que conforma este relevamiento, fue confeccionado de manera artesanal y sostenida en documentación bibliográfica basada en Tesis de grado y posgrado, como así también ponencias, disertaciones, congresos, y seminarios de capacitación dados. En todos los casos, hay concordancias en plantear la falta de documentación oficial que haga referencia a lo que aquí se intenta describir.

1991/99	Programa Provincial de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud.		Se instaura en reemplazo de la DPSM
2001/2004	Recupera su jerarquía la DPSM.		Se propone construir un nuevo modelo asistencial , apelando como ejes vertebradores a la descentralización y regionalización con énfasis en la inclusión de la salud mental en el marco de la Atención Primaria (APS)
2006	Programa de Salud Mental de la provincia de Santa Fe		Entre sus objetivos se destacan: Llevar adelante la transformación de los establecimientos de internación, en los tiempos y formas establecidos.(art.18) La conformación de la “Junta Especial” en Salud Mental (art.22) Creación de “Departamentos de Salud Mental en el ámbito penitenciario”(art.23) Creación de Departamentos de Asesoramiento Jurídico en los establecimientos públicos de internación en Salud Mental.(art.24) Implementación de una política de uso racional de Psicofármacos. En virtud de ello, se diseña

			<p>un conjunto de Programas Estratégicos:</p> <p>Programa Clínica de la Subjetividad (comprende los distintos estatutos del sujeto) en Atención Primaria: “Clínica Ampliada”</p> <p>Programa de Sustitución de las Lógicas Manicomiales.</p> <p>Programa de Capacitación de recursos humanos.</p> <p>Programa de la Infancia.</p> <p>Programa de Enlace Intersectorial.</p>
2011	La DPSM propone continuar con el proceso de reforma orientado a “la transformación en la asistencia de la salud mental”.		<p>Para llevar adelante este proceso expresa sus objetivos en tres etapas: 2012/2013; etapa 2014 y etapa 2015, que van en línea general, desde la adecuación edilicia del hospital psiquiátrico, la creación de casas asistidas, disminución de camas en los hospitales monovalentes, fortalecimiento de recursos territoriales.</p>
2013	Bajo la órbita del Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales	Resolución 2148	<p>Proyecto de “Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental”, como dispositivo de salud alternativo a las lógicas manicomiales.</p>

Por lo expuesto hasta aquí, se hace conveniente retomar los interrogantes que dieron inicio a la presente investigación como un modo de aproximar algunas respuestas: ¿Cómo se abordan desde el marco legal las problemáticas de salud mental? ¿Qué instituciones y modelos existieron? ¿Desde dónde se sostienen los manicomios? ¿Qué impacto tienen los marcos normativos legales; internacionales, nacionales y jurisdiccionales? Si las puertas del manicomio están abiertas; ¿Porqué las personas internadas en el hospital psiquiátrico siguen allí? ¿Hay cambios?

En este sentido hay que hacer notar que, pese a que la provincia de Santa Fe elaboró legislaciones propias, específicas en salud mental y basada en una perspectiva de derechos, los esfuerzos llevados adelante por las distintas gestiones gubernamentales a lo largo de décadas, no sólo no ha posibilitado sortear ni desmontar la antigua estructura asilar y su carácter tutelar, sino que tampoco ha logrado sustituir las lógicas manicomiales. Se puede inferir también que las imprecisiones propias en materia de políticas de Salud Mental, con reformas producidas de manera parcial y fragmentaria, no da cuenta debidamente de una integración de la Salud Mental como política particular del sector. Sin embargo, queda por decir, como ya lo hemos expresado anteriormente, que los incipientes procesos de cambio, se cursaron no sin mediar diferentes situaciones de conflicto y de tensiones, políticas e institucionales, devenidas por la puja entre los intereses políticos, corporativos, partidarios, gremiales, profesionales, que influyeron al momento de poner en evidencia lo complejo que se presentaba llevar adelante procesos de externación para personas con sufrimiento mental.

En definitiva y como fuera expresado, la denominada experiencia de sustitución de lógicas manicomiales debía implicar necesariamente a la población que asistía y era parte de esas propuestas, atendiendo que la población conformaba un perfil poblacional muy heterogéneo en cuanto a edad, procedencia territorial, tiempos de internación y necesidades de asistencia y autonomía cuyo impacto de transitar nuevas experiencias repercutía en el hábito cotidiano de las personas internadas como también de las/los usuarios de las viviendas asistidas.

2.1.5. Del Modelo Asilar al Modelo de la Comunidad: Los movimientos de cambios en la Salud Mental.

Con el riesgo de ser redundantes, el propósito del presente estudio es caracterizar y analizar las prácticas sociales impulsadas por profesionales de Trabajo Social bajo la denominación de prácticas sustitutivas a la lógica manicomial. En este

apartado, resulta preciso tomar algunas precauciones y hacer un rodeo con el fin de enriquecer procesos. *En primer lugar* se describe, mediante la reconstrucción bibliográfica los acontecimientos y configuraciones que se dan en la creación de las Colonias- Asilos, -siempre desde la C.P.O-y las prácticas sociales vinculadas a los mismos.

En segundo lugar, se describe la complejidad de los procesos de intervención atendiendo al malestar subjetivo que padecen las y los **pacientes/usuarios**⁴⁹, y el desafío que plantean las denominadas prácticas alternativas en el trabajo de externación hacia los dispositivos de Viviendas Asistidas.

Por último, las preguntas formuladas se inscriben en un contexto de interrogación como mecanismo fundante de conocimiento: ¿La externación del hospital psiquiátrico y el ingreso a las viviendas asistidas, se presentan sostenidas mutua y recíprocamente?; ¿Qué modelos de abordaje se presentan?; ¿Qué respuestas se construyen al padecimiento subjetivo? ; ¿Qué problemas se priorizan?; ¿Qué prácticas sociales del modelo manicomial persisten? Preguntas que operan como productoras de pistas a la aproximación de un conocimiento más profundo e involucrado con un contexto de descubrimiento más que de justificación. Hecha la aclaración, se procede.

2.1.6. Transformaciones en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, Dr. Abelardo Freyre.

La problematización sobre las aristas que constituyen el hospital psiquiátrico, gozan de una extensa producción teórica invaluable, en tanto históricamente, el manicomio, ha sido uno de los dispositivos de salud mental que condensa las mayores críticas como objeto de exclusión social⁵⁰ y atrocidad humana (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En efecto, como lo señala Weber Suardiaz (2010):“La problematización se constituye en una herramienta fundamental para la profesión del Trabajo Social en tres aspectos fundamentales: remite a una perspectiva de conocimiento, nos permite reconocer y poner en cuestión nuestros propios saberes/nociones; y abre la posibilidad a la construcción de un campo de conocimiento más autónomo” (p.71).

⁴⁹En la búsqueda de dar con la correcta terminología de **pacientes/usuarios**, para quienes hacen uso de los sistemas de servicios de salud, se ha encontrado que, en los documentos y normativas oficiales se utilizan ambos términos para dar cuenta de la relación que se establece entre los equipos de salud y los sujetos con los cuales se interviene. Es dable observar que, para las personas con sufrimiento mental, la terminología de pacientes/usuarios, no representa ni modifica la situación de las personas que están internadas como tampoco la de aquellos que hacen uso de los dispositivos sustitutos al manicomio.

⁵⁰ El aporte realizado por el economista Nobel, Amartya Sen, forma parte de las discusiones y debates sobre el concepto de exclusión social, su aporte, sus usos, y sus implicancias para la política social.

Estos tres conceptos mencionados permiten un acercamiento a la problemática de Salud Mental en su complejidad, desnaturalizando así, aquellos procesos que se presentan como dados, buscando por el otro lado del peso de la evidencia, de la empiria manifiesta, desdoblado, confrontando, contradiciendo, interpelando el peso de lo instituido.

Por otro lado, hablar de exclusión social desde un sentido amplio, supone desde el punto de vista de Sen (2000):

No un problema de desigualdad y pobreza, sino un fenómeno basado en la desintegración social: las sociedades contemporáneas son crecientemente incapaces de integrar a todos sus miembros, particularmente en el sistema económico y en los beneficios públicos y básicos, pero también en las instituciones y organizaciones formales y en las diversas redes de interacción social. La exclusión puede, por lo tanto, ser entendida como un síntoma de desintegración y una amenaza contra la cohesión social. (p.1)

En este aspecto, resulta de importancia destacar que la mayoría de la población internada en el hospital psiquiátrico corresponde a este segmento de la población, con el agravante de ser sujetos padecientes no sólo por su patología, sino también por el avasallamiento que produjo la desobjetivación y la desocialización de la estructura asilar.

Así pues, y en concordancia con el Art.35 de la LNSMyA, se realizó en Argentina en el año 2019, el primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental(CNSM), resultando ser un hito histórico tanto a nivel nacional, provincial y latinoamericano.

En ese contexto, las cifras relevadas presentan un número significativo sobre las personas que se encuentran internadas en hospitales psiquiátricos. Siendo este número de 112.035 personas, **cuyo promedio de tiempo de permanencia en esas instituciones es de 8,2 años**, según los datos suministrados por la Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Al mismo tiempo, en la provincia de Santa Fe, el Censo Provincial de Personas Internadas por motivo de Salud Mental (2019), da cuenta de un total de 813 personas. De ese universo, **199 personas fueron censadas en la C.P.O.**

Como consecuencia de lo expuesto, estos números dan cuenta del tiempo que conlleva producir procesos de externación y el sinnúmero de entramados que se requieren para lograrlo.

Los aportes de Galende (1990), describen con claridad lo planteado hasta aquí:

El hospital psiquiátrico, las colonias, el asilo, englobadas en el término manicomio, son hasta hoy la figura clásica de la institución psiquiátrica. Se pueden definir como lugares de residencia y trabajo, en las que un número de individuos que comparten la situación de enfermos, aislados del resto de la sociedad durante un tiempo, en general muy prolongado y sin fechas ni razones ciertas para la salida, participan, en su condición de internados, de los rituales y ceremonias cotidianas que formalmente dirige un supuesto y, no siempre conocido, curador. (p.109).

De la misma forma, las críticas planteadas desde una perspectiva histórica y antropológica, provenientes de eminentes figuras del campo académico, (Goffman, 2007 y Rosen, 1974, entre otros), exacerbaron a los juristas a establecer bases normativas para el tratamiento de los enfermos mentales, bien a través de las declaraciones, tratados o de legislaciones internacionales. (Kraut, 2005). En esta dirección se realiza una breve síntesis histórica de este extenso recorrido.

Se parte por decir que, a mitad del siglo XIX se deja de pensar a la locura como un error y se comienza a percibir como “enfermedad mental”, a la vez que la psiquiatría comienza a posicionarse como práctica hegemónica en este ámbito.

En este sentido, como lo indica Goffman (1980), el primer alienismo generó los asilos monumentales, simétricos, con celdas, y los chalecos de fuerza. Luego, las discusiones acerca del lugar del tratamiento de la locura, provenientes de Europa desde 1860, harán surgir asilos con un régimen y una arquitectura menos opresora. Finalmente, en ruptura con ese tipo de establecimientos surgirán los asilos-colonias con régimen de libertad y trabajo. (p.43)

En efecto, hacia 1880 en Argentina, se va constituyendo un aparato sanitario y de Higiene Pública secular y modelado por los cánones europeos, que implicó la resignificación de las prácticas del encierro. La creación de los hospitales psiquiátricos y colonias, con carácter de puertas abiertas, suponía desmontar la idea de peligrosidad y al que su iniciador, Domingo Cabred, como indican Giampaoli, Bottallo, Palmas, Podestá (2005) definió como:

Un conjunto de disposiciones de orden material y de régimen interno que tienden, todas, a dar al establecimiento el aspecto de un pueblo, a proporcionar a sus moradores la mayor suma de libertad compatible con su estado de locura y hacer del trabajo uno de los elementos más importantes del tratamiento moral. (p.26)

Este enfoque permite comprender la estrategia política fundamentada por la ideología dominante. El modelo de atención en salud mental bajo el paradigma de la Colonia-Asilo o modelo de la rehabilitación, sería, bajo la categoría trabajo, una de las respuestas que daría el estado para facilitar la integración a las pautas socializadoras del régimen institucional.

Es de tener en cuenta que las Colonias de Rehabilitación (once en el caso de Argentina) y **Oliveros en particular, fundada en 1942, se estructuraron sobre esa lógica, de carácter adaptativa y disciplinaria**. Los objetivos de rehabilitación que encarnaron estas colonias, fueron comprendidos por la época, como una respuesta superadora para la atención de aquellos pacientes que se habían cronificado en los hospitales psiquiátricos de las ciudades. La mayoría fueron creadas en zonas rurales y fueron pensadas como lugares de contención, para sujetos que supuestamente no tenían probabilidades de retornar a la vida social.

Esta es una fotografía, que bien le cabe a la historia de la C.P.O. en sus orígenes, atravesada por la mirada de las descripciones y clasificaciones, como soportes de garantía de la científicidad médica y de lo treatmental. Y, a cuentas de esa científicidad, se implementaron nuevas técnicas de sujeción, que legitimaron prácticas deshumanizantes como: el electroshock, los choques biológicos, el aislamiento, las altas dosis de psicofármacos, prácticas que se sostuvieron en el hospital por más de cuarenta años. O sea, prácticas que forman parte del entramado de la historia reciente de la vida de la institución.

Sin embargo y al respecto, son muy oportunas las palabras de Galende (2008) cuando dice que:

Gran parte de los trabajos que allí hacían los pacientes tenían más el sentido de proveer a las necesidades de las colonias mismas, que de ser programas reales de rehabilitación. Pequeñas ciudades de locos, que albergaban entre mil y dos mil personas cada una, eran como la retaguardia de la atención psiquiátrica, allí han ido a parar todos aquellos que desde la internación en el hospital psiquiátrico no habían logrado retornar a su familia, o no tenían nada en la vida social a lo cual retornar. La composición de esta población internada era similar en muchas cosas a la que encontraron los primeros psiquiatras en los asilos: locos, pobres, desamparados de la vida social. (p.147)

En la década del setenta la C.P.O. llega a su máxima población (1500 pacientes internados), conviviendo con las tradicionales técnicas terapéuticas, y las nuevas corrientes enmarcadas en la antipsiquiatría, psicología social, psicoanálisis, que

cuestionaron el rol del asilo. Movimiento que perdura hasta 1975/1976, donde la represión se instala, también en el manicomio ⁵¹

Bajo este manto, la capacidad de la C.P.O resultó cada vez más insuficiente, y el hacinamiento se rebeló como uno de los problemas centrales, al que debían hacer frente las gestiones, exhibiendo cada vez con mayor dramatismo la existencia de recursos finitos para una demanda que tendía a expandirse indefinidamente.

En otras palabras, (Barrios, 2010) durante cuatro décadas y hasta finales de la década del '80 los ingresos masivos a la institución habían sido preponderantes, desde la creación de la institución, prevaleciendo el criterio internista, desde un modelo médico biologista que respondía a la demanda familiar y social.

Si se sigue dicho planteo, ya a comienzos del siglo XX se podría pensar que funcionaba una cierta delimitación entre hospital y asilo a partir de demarcar poblaciones caracterizadas por sujetos con posibilidades de recuperación e inserción social y sujetos denominados irrecuperables y crónicos: “El hospital moderno para enfermedades mentales no es un asilo, ni un depósito, es un lugar de tratamiento en donde la ciencia se hermana con la humanidad” (p.12-15)

Otra referencia indicadora de tales distinciones podemos encontrarla en lo que se denominó Plan Integral de Asistencia Psiquiátrica del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe que expresamente planteaba:

De manera diferenciada la atención de pacientes agudos en hospitales y los pacientes crónicos en colonias. Para la atención de los enfermos agudos se establece el Hospital Psiquiátrico en nuestra ciudad con capacidad para 150 enfermos. Para la atención de los crónicos se estableció la Colonia de Oliveros cuyo XX Aniversario “celebramos” con una capacidad de 850 camas.

A partir de 1983, con el nuevo espacio de democratización política que se abre en Argentina, comienza en la C.P.O el Programa de Externación: “De estación terminal a un proyecto de externación. Un programa posible”. Este programa fue creado a partir de un proyecto presentado por el Dpto.de Psicología, dependiente de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario. Los objetivos generales fueron: redimensionalización, refuncionalización y reestructuración.

Como estrategia de acción, se creó un Dispositivo denominado Comité de Admisión y Egreso destinado a recibir los pedidos de ingresos al programa, derivación

⁵¹ Es dable aclarar que existen muy pocos datos escritos y documentados de esta época, ya que las intervenciones militares quemaron toda la documentación existente vinculada a su gestión y a otras también.

y egresos. Se convocó a los colaboradores, en virtud de la comprensión individual histórico-social que cada uno manifestaba del espacio manicomial y el proceso de salud-enfermedad; entre otras acciones más generalizadas (descentralización de asistencias por grado de complejidad; redistribución de recursos materiales, humanos y financieros, e implementación de programas de especialización y pasantías en carreras universitaria (abogacía, psicología, trabajo social), dentro del hospital. Desde entonces se comienza a discernir entre la internación (necesaria a partir de una crisis) y el internamiento (como dispositivo), se crean pabellones de admisión y el comité de admisión y egreso, a cargo de un equipo interdisciplinario.

Desde el punto de vista de Rodríguez (2008) es que: “en ese periodo se efectivizó una política de transinstitucionalización, hacia efectores provenientes del INSSP” (p. 88-89).⁵²

En el año 1984, se crea la Dirección Provincial de Salud Mental⁵³ que, en la provincia de Santa Fe; a decir de Gerlero y Ausburguer (2007) tendrá a su cargo:

Dos ámbitos o áreas de referencia que comprenden a su vez jurisdicciones político-administrativas diferenciadas. *En primer lugar*, se contempla el conjunto del territorio santafesino, que cuenta con un Ministerio de Salud, organismo provincial de implementación y dirección política. Tiene a su cargo la implementación de estrategias de formulación, implementación, evaluación de los resultados e impacto de las políticas públicas en todo el territorio. *En segundo lugar*; la DPSM se constituye en la instancia de regulación política y administrativa de acciones, organizaciones y servicios de salud mental que se implementan en la provincia de Santa Fe (p.5).

Esa dirección sufre diversos avatares y alrededor del año 1990 es cerrada como tal, sufriendo un proceso de desjerarquización que dura algo más de 8 años. En su reemplazo se crea el Programa Provincial de Salud Mental.

Entre los años 94/95 cambia la gestión de la C.P.O, y si bien no se quiebran totalmente los dispositivos anteriormente mencionados, se sufre una notoria regresión, ante ello se produce una gran movilización por parte de los trabajadores, que desembocó en la intervención de la C.P.O. y un cambio de gestión en 1996.

Transcurrida casi una década, la DPSM recupera su jerarquía, de la mano de un rediseño organizativo ligado al desarrollo de un movimiento social y político que cobra

⁵² El concepto de transinstitucionalización hace referencia al traspaso de pacientes a otras instituciones, como podría ser la geriátrica, vía sistema de seguridad social.(Faraone, 2010, p. 1)

⁵³En adelante, DPSM.

auge en los años 2001 y 2002, bajo la denominación de Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental.

En ese contexto, La C.P.O comenzaba a poner su mirada en la sustitución de lógicas manicomiales siguiendo la línea de Souza Campos (1998) quien proponía que:

Realizar una Clínica Ampliada exigirá tratar todas las dimensiones del sujeto: sujeto/ciudadano (con derechos y vivienda-trabajo), sujeto/subjetivo (un ser que necesita apoyo en su angustia y sufrimiento), sujeto/biológico (atendido y protegido en aquello que lo orgánico estuviera amenazado).

En este marco, un grupo reducido de trabajadores de la C.P.O comenzó a incorporar programas y experiencias que planteaban otros abordajes para el padecimiento subjetivo pasando a incorporarse a los dispositivos sustitutivos de internación. Dicha clínica se sostenía en el trabajo en equipo ya que, el abordaje del sujeto no fragmentado imponía una nueva dinámica de convivencia y planificación conjunta de los diferentes trabajadores.

En síntesis, estos dos aspectos hasta aquí desarrollados posibilitan coincidir con el planteo de Stolkner (1987) cuando refiere que:

Existe un movimiento o tendencia, en configuración, que va de la ciencia poseedora de un objeto y un método, a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas. Es de este movimiento –advierte la autora– que: “La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas y se nos presentan actualmente, de la dificultad de encasillarlas” (p.313).

A partir del año 2007 en C.P.O caben situar dos hechos que son de relevancia. Desde la perspectiva de Barrios (2015):

- “El que hemos denominado como “éxodo” de casi treinta integrantes de la institución, que fueron desplazándose hacia otras instituciones y el hecho que
- A partir del año 2008 se concretó el traslado de algunas personas de la unidad carcelaria nº 3 de la localidad de Coronda, Santa Fe, a la C.P.O.”

La autora se pregunta si este último punto: “(...) ¿no supondría un desplazamiento del modelo terapéutico por otro perfil institucional llevando a confluir en un mismo espacio problemas de distinta naturaleza?” (p.19)

En estos términos, cabe preguntarse, al modo que lo hace Foucault (2003), si no retorna la idea de que el criminal es aquel que damnifica, perturba la sociedad cuando expresa:

El criminal es el enemigo social. La idea del criminal como enemigo interno, como aquel individuo que rompe el pacto que teóricamente había establecido con la sociedad. (...) La locura adquiere una nueva cualidad de peligrosidad, que ya no es algo descriptible como un cuadro psiquiátrico, y por otro lado apunta a una locura potencial, no explicita (...). (p. 134-135).

En el año 2011, la C.P.O renueva su Consejo de Administración y se designa un nuevo director. Dicha gestión, acorde a los lineamientos de la DPSM propone continuar con el proceso de reforma, orientado a la “transformación de la asistencia en salud mental”, que para el Sur de la provincia de Santa Fe, se expresa en la identificación de tres etapas. 2012/13; etapa 2014 y etapa 2015. Que van, en línea general, desde la adecuación edilicia del hospital psiquiátrico, la creación de casas asistidas, disminución de camas en los hospitales monovalentes, fortalecimiento de recursos territoriales. Al menos esto dicho discursivamente, lo cual se desprende de la lectura de un borrador que circuló entre los trabajadores de CPO, (sin fecha precisa y sin membrete, y sin firma).

A modo de entender, la pregunta que deviene es si, **dado el grado de complejidad que presentan las políticas de salud mental y el derrotero o rumbo que las mismas adquieren responden a: ¿la diversidad de intereses y de fuerzas que se presentan en cada coyuntura y que van marcando los avances y retrocesos que ellas producen?**

En esta dirección, se recupera el planteo de Crosetto et.al (2018) cuando expresan:

En el periodo 2002-2015 el Estado comenzó a transitar un camino de construcción de políticas públicas desde el enfoque de derechos. La profesión de Trabajo Social se ubica en las políticas que expresan la relación entre el estado y los sujetos con derechos que deben ser reconocidos y protegidos, al constituirse en una de las responsabilidades del Estado hacia la sociedad y que, por lo tanto, se materializan en las intervenciones estatales. (p.20).

Al mismo tiempo, es posible entender este proceso como horizonte político e ideológico de las prácticas profesionales en la medida que la intervención tiene lugar cuando los derechos son vulnerados.

2.1.7. Las prácticas sociales vinculadas al modelo asilar. El denominado “Servicio Social Psiquiátrico”.

Para tener un acercamiento a las prácticas vinculadas a las personas que presentan padecimiento mental, se considera hacer un recorrido sucinto por aquellas

prácticas de Trabajo Social vinculadas al denominado “Servicio Social Psiquiátrico” y sus expresiones institucionales en la C.P.O.

Al mismo tiempo, para poder hablar de ello, Martinelli; en Pastorini y Montaña, (1998) señalan que:

En Nueva York, desde inicios del Siglo XX los asistentes sociales venían trabajando con los equipos de salud en el tratamiento y profilaxis de los innumerables y frecuentes casos de tuberculosis. Fue en 1905 que el Dr. Richard Cabot creó el primer Servicio Social Médico reconociendo en la acción del Servicio Social un valioso instrumento tanto para el diagnóstico como para el tratamiento médico-social de los pacientes ambulatorios e internados. (p.133)

Los autores indican que a medida que el Servicio Social se institucionalizaba, exigía a sus agentes procedimientos más técnicos y eficientes, capaces de ejercer sobre las clases subalternas el control social y político determinado por las clases dominantes. La acción social se tornaba cada vez con más claridad una acción política de contención y represión de los trabajadores vistos por la burguesía como un “peligro social eminente”.

Desde una perspectiva endogenista, el Servicio Social como señala Montaña, (2000): “(...) se sostenía en la evolución, organización y profesionalización de las anteriores formas de “ayuda”, de la caridad y la filantropía. (...)”, encontrando su expresión en un: “(...) tratamiento teórico que le confería al Servicio Social una autonomía histórica respecto a la sociedad, a las clases y luchas sociales. (...)”. (p.13)

La descripción y explicación con relación a sus funciones estaban relacionadas con:

Alejar ese “peligro”, vaciando el contenido político de sus reivindicaciones colectivas, ejerciendo un vigilante control sobre las manifestaciones del proletariado. Por otro lado, también era responsabilidad suya ocultar a la sociedad la cara negra de la miseria, atendiendo a los pobres, a los enfermos, los indigentes, en fin a todos aquellos que el capitalismo se encargaba de expulsar para el territorio de la no-ciudadanía. (p.145)

No obstante, en los años que precedieron a la II Guerra Mundial y en especial durante su vigencia, el Servicio Social ya estaba presente y actuante en la mayor parte de los países americanos, inclusive latinoamericanos y europeos ejerciendo su práctica a través de instituciones públicas y también particulares.

Interpretando estos postulados previos la pregunta que deviene y se instala, parte de la interpelación vinculada a indagar sobre el hecho de: ¿Por qué intervenir socialmente?

El Trabajo Social, desde una perspectiva histórico-social, se construye a fines del siglo XIX como campo de conocimiento e intervención en un contexto de fragmentación de la sociedad, malestar y desigualdad. Surge, según Carballeda (2012): “Teniendo como mandato fundacional la transformación de los efectos de ésta a través de diferentes objetivos y metas”. (p.72)

Para el contexto que se analiza vinculado a las intervenciones sociales en la C.P.O, la denominada Psiquiatría Social, comienza a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del Trabajador Social se va incorporando a los servicios de atención delineando las estrategias asignadas/asumidas en dicho momento.

El llamado Trabajador Social Psiquiátrico por medio de la encuesta social llega a una información más detallada de la vida del paciente, a sus relaciones con el resto de las familias y la comunidad de las cuales formaba parte, sus inclinaciones, status que ocupa, roles que desempeñaba, etc. Puede llegar a esclarecer situaciones con la familia que se originan por la ignorancia, sentimientos de culpa o prejuicios sobre la enfermedad. El trabajador social crea así las condiciones que contribuyen a la adaptación social y familiar. (MSPyBS, 1966, p.75)

En este punto, es oportuno recordar aquellos elementos que convergen y otorgan significado social e histórico al surgimiento de la profesión de Trabajo Social.

Desde una perspectiva histórico-crítica, siguiendo a Yamamoto (1992):

El asistente social aparece como el profesional de la coerción y el consenso y su acción recae sobre el campo político. Su demanda proveniente de los canales “oficiales”, está relacionada desde sus orígenes a las tensiones y cambios significativos en las oposiciones de clases configuradas en la “cuestión social”. (p.45)

En este sentido, la C.P.O no escapa a estas tendencias ya que:

No es tarea fácil del Asistente Social conseguir modificar pautas arraigadas en la familia, debiendo a veces, sus miembros, tomar nuevas actitudes, tratando de satisfacer las necesidades del paciente; otras, modificando su conducta según el tratamiento social que reciban, tratando de vencer la rigidez e inflexibilidad de prejuicios, totalmente negativos en cuanto a la adaptación del paciente a su grupo social. (MSPyBS, 1966, p.63)

A partir de esta observación, es que en su surgimiento profesional asevera Netto, (1992): “No es el Trabajo Social el que se constituye para crear un cierto espacio en la red socio-ocupacional, sino que es la existencia de este espacio lo que demanda un profesional con determinadas competencias derivando en configuración del trabajo social”. (P.66-67).

De modo idéntico la figura del asistente social se presentaba ambigua en un principio.

Cuando los hospitales para enfermos mentales se preocupaban más de la custodia y la clasificación de las enfermedades mentales, no se daba importancia al egreso del enfermo y su posterior ajuste al dejar el hospital. En esta tarea es donde la Asistente Social debe demostrar su capacidad y habilidad, debiendo asegurar al paciente que la comunidad a la cual debe regresar le permitirá sobreponerse a las anteriores dificultades, efectuando el mejor ajuste posible. (MSPyBS, 1966, p.70)

Entendiendo con Netto (1992), cuestión social como: “(...) el conjunto de problemas económicos, sociales, políticos, culturales e ideológicos que delimitan la emergencia de la clase obrera como sujeto sociopolítico en el marco de la sociedad burguesa”. (p.53).

En este sentido, interesa resaltar que las estrategias de intervención sobre la cuestión social incorporan discursos y prácticas de transferencia de responsabilidades a las personas involucradas. En torno a los procesos de individualización/familiarización, sintéticamente puede decirse que estos implican la transferencia de responsabilidades de las causas de los problemas sociales a la esfera privada, primero al individuo y luego a la familia.

Al internarse un enfermo en la Colonia, la familia piensa que este Establecimiento es el último, el fin de ese largo peregrinar por otros establecimientos gratuitos y rentados donde aún vislumbraron una posibilidad de recuperación. La Colonia Psiquiátrica de Oliveros es el depósito, el cronicario donde ya nada se puede hacer y en donde esperan únicamente que el enfermo muera. El abandono es total: material y afectivo. De ahí entonces que es fundamental la colaboración de la familia para que la Colonia pueda llenar su cometido. (MSPyBS, 1966, p.114)

Los alcances y limitaciones del referido “Servicio Social Psiquiátrico”, definía en términos de sugerencias, las funciones que debía desempeñar el Trabajador Social que integraba dicho servicio, y lo ponía en estos términos:

Para que la labor de la Asistente Social sea eficaz y pueda de esta manera cumplir con su cometido, sugerimos:

- Que no se efectúen internaciones que no estén acompañadas de un informe socio-económico-familiar, serio y verídico a fin de evitar la indiscriminación económica, la descarga del enfermo en el Establecimiento como una posible solución de conflictos familiares y sociales y las internaciones de individuos seniles o bien de niños que por sus características generales no pueden convivir con los enfermos que albergan la Colonia.

- Exigir, ya que la experiencia nos ha enseñado que los métodos persuasivos fracasan en un alto porcentaje a fin de evitar el desprendimiento definitivo del enfermo del núcleo familiar, un contacto permanente entre la familia y el Establecimiento, fijándose un período no mayor de tres meses de internación de todos los enfermos a internarse, pasados los cuales se determinara si el insano necesita mayor tiempo de internación o bien si es conveniente su egreso temporario, exigencia que deberá ser rubricada por el familiar internante.

- Clarificar, tratando de obtener una modificación de actitudes, a los grupos familiares acerca de la enfermedad mental, tratando de eliminar vergüenzas injustificadas, prejuicios anacrónicos, temores infundados, sentimientos de culpabilidad sin consistencia, es decir todos aquellos sentimientos o ideas que puedan interferir directa o indirectamente en la recuperación del enfermo mental y su posterior reingreso a la sociedad.

- Reuniones periódicas de todo el personal técnico del Establecimiento con el objeto de que pueda llevarse a cabo una tarea realmente en equipo, mediante una colaboración sistemática, organizada, armónica y sin interferencias por falta de comprensión de las tareas de cada uno de los miembros del equipo psiquiátrico. (MSPyBS, 1966, p.115)

Las situaciones conflictivas y las desigualdades son vistas como desvíos que deben ser controlados institucionalmente según parámetros técnicos. Los factores vistos como problemáticos son transferidos de la estructura social para los individuos considerados como responsables por su ocurrencia. Consecuentemente lo que debe ser cambiado son los hábitos, actitudes y comportamientos de los individuos, teniendo en vista su ajuste social, contribuyendo así para remover "obstáculos " al "crecimiento económico".

Se puede observar que los objetivos que se sugieren están en consonancia con lo que el Estado esperaba como función para el denominado Servicio Social Psiquiátrico

en un momento histórico particular, y también con la propuesta institucional del hospital. Conviene subrayar que si bien esta perspectiva del “Trabajador Social Psiquiátrico” permitió avanzar sobre algunas de las determinaciones de la lógica manicomial y legitimar las prácticas de los Trabajadores Sociales, en su denominación siguió fortaleciendo una separación y fragmentación con los procesos sociales complejos y la subsunción a lo médico, a lo psiquiátrico. Es recién en la apertura democrática que la noción de Salud Mental se afianza por sobre “lo psiquiátrico”, y que permitirá tener una mirada más integral.

Con el fin de poder producir un distanciamiento con lo hasta aquí planteado, se hace necesario advertir sobre aquellos aspectos que se consideran centrales en este apartado, al modo que sugiere Parra (2001); Netto (2002) en Mendoza, M., et.al. ;(2014) cuando se proponen:

Situar al Trabajo Social como una creación típica del capitalismo puesta al servicio como una importante estrategia de control social, para mantener el orden social alcanzado por la burguesía en una sociedad cuya dinámica se funda en la relación contradictoria y antagónica entre la clase burguesa y la clase trabajadora. Esta marca en su surgimiento, unirá fuertemente el pensamiento conservador con el Trabajo Social en sus orígenes.

Desde la posición de este autor:

El pensamiento conservador constituye las bases ideológicas del nacimiento de la profesión y de los diversos elementos conservadores que lo han acompañado en su desarrollo histórico. Es decir, su tarea no sólo propiciará la aceptación de un modo capitalista de producción como hegemónico sino también un modo capitalista de pensar. Se interpretará desde la lógica conservadora, a la Cuestión Social como problemas sociales que al ser reconocida por el Estado como tal y ser objeto de un trato específico, sólo cuando el Estado propone intervenir con formas institucionales, se crea el espacio para la profesionalización institucional. (op.cit, p.115-120)

Sin embargo, tampoco debe perderse de vista la evidente hegemonía de la mirada médica en los aportes que se tomaron para definir las cuestiones relativas a la intervención del Trabajo social, asignándole un rol subsidiario de la profesión médica.

En síntesis, teniendo en cuenta a Iamamoto (2010) transitar de la profesión al ejercicio implica comprender estas tensiones:

El Trabajador Social como Sujeto y productor de historia., el proyecto y el trabajo asalariado están en tensión, por lo cual es necesario afirmar valores

que vayan más allá del capital, afirmar horizontes, pensar la sociedad con igualdad y libertad como valores emancipatorios, puesto que en el ejercicio cotidiano hay un sinnúmero de mediaciones que no dependen de mi voluntad sino de la afirmación de un proyecto que es societal, es de la sociedad. (p.125)

2.1.8. Aproximaciones al Contexto Histórico, La Estructura Social y Política Social en Argentina.

El presente apartado pretende realizar aproximaciones al Contexto Histórico, a la Estructura Social y Política Social en Argentina, que sitúan las coordenadas materiales para que los proyectos analizados puedan concretarse. A su vez, explorar el impacto que los problemas económicos, sociales y políticos, han tenido en las problemáticas vinculadas a la salud mental, como producto de un proceso histórico e interrelacionados entre sí, permite reconstruir históricamente los modelos de ciudadanía implícitos en las principales políticas de salud mental a lo largo del siglo XX. Sería alentador dejar en claro que el interés en la ciudadanía se presenta como complemento y no como sustituto de la participación política a través de sus distintos formatos, como contribución, y no como interferencia, en la formación de políticas públicas, con base en un horizonte universalista de espacios compartidos y de agregación de intereses.

La primera Reforma en la Argentina.

En los comienzos de la década de los sesenta varios fueron los factores que posibilitaron en Argentina la emergencia de políticas de reforma en Salud Mental y la reforma de la asistencia psiquiátrica. A saber cómo destaca Alberdi (2003):

I) En el plano político-económico el país asistía a la “reformulación desarrollista”, **II)** en el plano de la salud pública ganaba espacio el sanitarismo, **III)** los psiquiatras presionaban por una mejora de las condiciones de trabajo y por participar de la modernización hospitalaria, **IV)** se daba un “efecto de difusión” de las políticas de reforma de los países centrales, **V)** la psicología comenzaba a ejercer un fuerte papel como nuevo recurso humano para la renovación psiquiátrica. (p.168)

Es cierto, -señala Susana Torrado (2007)- que:

El balance global del modelo desarrollista en relación a la estructura social muestra algunas bondades prometidas por sus estrategias, pero también muchos rasgos que difícilmente podrían ser catalogados como tales. *Por un lado*, durante 1958-1972, se verifica en promedio una notoria modernización y complejización de la estructura social en todos los sectores productivos (incluido el sector público), cuya manifestación más evidente es la rápida expansión de

puestos de clase media asalariada. Un rasgo que - además de su obvia naturaleza “concentradora”- permitiría calificar a esta estrategia “modernizadora”. Pero, *por otro lado*, - advierte la autora - son impactantes otros hechos (aumento del cuentapropismo obrero, incremento del empleo precario, franco deterioro o estancamiento de los niveles de bienestar de a las capas sociales más modestas) que justifican que también se la califique como “excluyente”.

En efecto, Torrado refiere que, si bien el desarrollismo indujo un elevado crecimiento económico global y una innegable modernización de la estructura social, ambos elementos se lograron al precio de marginar a una parte considerable de la población de los logros del desarrollo económico. (p.49)

Desde la perspectiva de Juan Suriano (2007):

En los años sesenta la radicalización política e ideológica de sectores del sindicalismo ya sea los “combativos” (peronistas) o la corriente clasista (izquierda revolucionaria), la irrupción y desarrollo de la guerrilla, la regionalización de los conflictos sociales y la ampliación de sus actores (estudiantes, sacerdotes, vecinos) generaron un mapa de movilizaciones populares que se extendió por todo el país y excedieron largamente al tradicional centro político. En este contexto, el Estado Social no sufrió grandes modificaciones aunque es cierto que en algunas coyunturas se intentó disminuir la presencia del sector público y en otras los trabajadores fueron afectados por políticas, represivas o eficientistas, que podían derivar en depreciación salarial, empeoramiento de las condiciones laborales, intensificación de los ritmos de trabajo y en despidos. Pero el núcleo del Estado Social se mantuvo incólume e incluso profundizó algunas características como su fragmentación cuando, por ejemplo, se sancionó en 1970 la Ley de Obras Sociales que otorgó el manejo de las mismas a los sindicatos. (pag.87)

Se puede decir que en Argentina, el sanitarismo venía a ocupar el lugar del viejo higienismo y también a plantear la necesidad de instrumentación, dentro de la salud pública, de las técnicas de administración y planificación, de la modernización del hospital, de la centralización normativa y la descentralización ejecutiva. Es así que, la política de formación de sanitaristas comienza en 1955, se cristaliza con el proyecto desarrollista y alcanza su máximo potencial durante el gobierno militar de 1966. La profesionalización e institucionalización de este sector fue paralela a la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1957, cuyas acciones estuvieron influenciadas por la reforma inglesa primero y norteamericana después.

Vale insistir en el desarrollo de este apartado, lo expuesto a lo largo de esta tesis, sobre la necesidad de recordar que, el enfoque de la Salud Mental, es una perspectiva que gana protagonismo en la segunda mitad del siglo XX, y que, impacta en un campo social preexistente, ocupado y legitimado por la psiquiatría. Como ya se ha mencionado, a grandes rasgos, ese enfoque se caracteriza por poner en cuestión conceptos, políticas y prácticas, que enuncian y materializan la institución manicomio.

Por otro lado, se conoce también que a fines de los años 60 y principios de los '70, la Argentina registra una producción de experiencias alternativas al manicomio, planteándose por primera vez la reivindicación de los derechos de los enfermos mentales internados. Tales han sido las iniciativas desarrolladas por Pichón Riviére y la creación de servicios de psicopatología en hospitales generales, como lo fue la experiencia destacada del Hospital de Lanús. Esta experiencia, ya en ese tiempo, denunciaba la ineficiencia del modelo asilar, tal como se desarrollaba en los hospitales monovalentes. Estas innovaciones, permitieron la constitución de un marco teórico-técnico y político-sanitario, que trascendió el ámbito médico para incorporar y legitimar, por primera vez, la presencia de otras disciplinas y por tanto de otros encuadres terapéuticos. Cabe señalar que, estas experiencias se encontraron en sintonía con los postulados que arrojaba un corpus teórico renovado, que fue imponiendo un nuevo paradigma en Salud Mental, identificado con los movimientos de la “antipsiquiatría” (Inglaterra) y la “psiquiatría democrática” (Italia), entre otros.

Estos movimientos⁵⁴ cursaron diferentes experiencias, que apuntaban a reestructurar el sistema de atención de la Salud Mental, siguiendo criterios de “**desinstitucionalización**”. Concepto acuñado por el reformador Franco Basaglia (Italia), y cuya significación remite, en pocas palabras, a la idea de **rehabilitar la subjetividad del que sufre psíquicamente, recomponiendo la sociabilidad dentro de lo posible, que implica, no solo la relocalización del paciente, sino, esencialmente desandar el camino de la institucionalización, poniendo en marcha estrategias de externación**, garantizando dispositivos de atención interdisciplinaria, complementados con programas de *resocialización*.

Después de las reformas: Un nuevo escenario. La crisis y la caída del Welfare. El modelo aperturista: 1976-2001

Del mismo modo, Torrado (2007) sostiene que:

⁵⁴Las autoras parten de realizar una sistematización de sus prácticas en la C.P.O, en el marco de la presentación del proyecto redactado “Cada Casa es un Mundo”, vinculado a la creación de un dispositivo de vivienda asistida en la localidad de Oliveros. (Pino, Álvarez, Rubio, 2014, p.43)

El gobierno surgido del golpe de Estado de marzo de 1976 adoptó una estrategia aperturista- o “ajuste” en su denominación popular – que tendió simultánea o sucesivamente a los siguientes objetivos: **1)** vigencia de los precios de mercado como régimen básico de funcionamiento, **2)** promoción de los sectores mas altamente competitivos, **3)** amplia apertura de la economía a la importación de capital extranjero y de bienes de todo tipo, **4)** contención drástica del salario real como medio de controlar la inflación y de asegurar bajos costos de mano de obra a las empresas. Para alcanzar estas metas hubo una dimensión central de esta estrategia que buscó imponer el principio de subsidiariedad del Estado en materia económica y social, lo que suponía por un lado, transferir parte de sus actividades (servicios públicos y empresas productivas) a la esfera privada, por otro, desmantelar el estado de bienestar que se había organizado en nuestro país en la década de 1940. Si bien la autora – para organizar su exposición – distingue en el lapso que va desde 1976 hasta fines del Siglo XX dos etapas: **a)** el ajuste en dictadura (1976-1983), **b)** el ajuste en democracia (1983-2000), advierte que, en ese periodo se sucedieron en el poder gobiernos de muy distinta idiosincrasia, aunque, nos afirma: “por la naturaleza de sus políticas económicas todos pueden ser englobados en el modelo aperturista”. (pag.50).

En igual forma es a partir de la crisis de mediados de la década de los setenta que se hicieron oír las críticas, desde todos los frentes, centradas en el funcionamiento del Estado de Bienestar.

Desde la óptica socialdemócrata, el cuestionamiento se dirigió hacia el incumplimiento de las funciones redistributivas y al estilo de redistribución estratificada, a la falta de equidad resultante, a una escasa participación activa de la sociedad civil, a una homogenización insatisfactoria de las prestaciones y a una sobrecarga centralizada y burocrática de los servicios.

Desde la visión neoconservadora la crítica partía de considerar que las intervenciones del Estado en lo económico obstaculizaban el desarrollo del mercado, imponía normas e impuestos sobre el capital provocando la desactivación de la inversión y el trabajo a través de la concesión de derechos, servicios y posiciones de poder en las negociaciones. Factores que incidirían directamente sobre una disminución en los regímenes de acumulación. Se produce en este contexto una inversión de la imagen del Estado, donde lo negativo, lo ineficaz, lo ineficiente, es atribuido al ámbito público anunciando así el agotamiento de un modelo.

Según esta postura, la sobrecarga en las demandas de consumo se interpreta como aumento de inflación y los espacios de participación política son visualizados como los responsables de la ingobernabilidad de la sociedad.

En esta dirección Suriano (2007) señala que:

Si la apertura económica era una condición básica del plan económico, el achicamiento del Estado era el otro pilar sobre el que se sustentaba. El comienzo del proceso de desestatización afectó de manera diferente a diversos servicios públicos y preparó el camino para el proceso privatizador de los años noventa. La disminución de la presencia estatal en la economía implicaba también el inicio de la desarticulación del Estado Social. Se produjo una disminución del gasto social que afectó diversas áreas del aparato estatal. (p.89).

Desde la perspectiva de Mallimaci (2007), la característica central de la dictadura que se inicia en 1976 será un:

Militarismo integral donde toda la actividad social se supedita a la lucha contra el “enemigo subversivo”. Para lograrlo –señala el autor- eliminan derechos civiles, políticos y sociales. La maquinaria de exterminio de ese *otro* y esa *otra* nunca definirá al *subversivo* permitiendo así etiquetar y estigmatizar a cualquiera como la personificación del *Mal*: son no personas, demonios, bestias, enfermos, no argentinos y por eso no merecen vivir. De este modo se legitima la represión sobre el cuerpo y el espíritu, se logra el silencio y el temor en la mayoría de la población. Para lograr esos objetivos de exterminio-incluida la aventura bélica de Malvinas- contó con el apoyo público, explícito y decidido de grupos de poder financieros, empresariales y mediáticos y la complicidad – por apoyo u omisión – de una gran parte de la sociedad argentina. (p. 111-114)

Es importante agregar que, en la sociedad argentina, gran parte de los primeros intentos antimanicomiales, fueron diezmados por la última dictadura cívico-militar (1976-1983). Ese orden social, fácticamente organizado, produjo un abismo que desarticuló esos procesos y sentó las bases de una política neoliberal, que años más tarde, luego de la recuperación de la democracia provocó que el campo de la Salud Mental quedara totalmente al servicio de los intereses económicos, ante el desentendimiento de la función social que asumiría en los años ‘90 un Estado “mínimo”, con fuertes características neoconservadoras, representadas en las archiconocidas y padecidas políticas de ajuste que perforaron el campo de lo social.

Restauración Democrática y Salud Mental: Cambio de Planes

La restauración democrática de la década del ochenta trajo consigo la reivindicación de los derechos humanos, la posibilidad de construcción de una nueva ética ciudadana, la revalorización del acceso a los servicios públicos y una mayor equidad en la distribución de los ingresos. Como lo señala Torrado (2007):

La recuperación democrática había llegado al nuevo gobierno con una situación económica caótica, un enorme déficit fiscal y presiones inflacionarias. Por otra parte, en el lapso de este primer gobierno radical, las vicisitudes de la transición democrática, la irracionalidad de la oposición justicialista y sindical, y las propias fisuras dentro del radicalismo, determinaron que los escasos intentos de reforma global de las instituciones de política social se vieran sistemáticamente frustrados, e incluso que se evidenciara una creciente inclinación por medidas de índole neoconservadora. (p.56).

Una vez más, Fortunato Mallimaci (2007), describe estos procesos, cuando señala que: la heterogeneidad y crecimiento del empobrecimiento no se produce por “cataclismos” ni por “los genes de las personas empobrecidas” ni “por la desnutrición de los primeros años de vida” sino por regímenes de acumulación social llevada adelante por grupos, familias y empresas con apellidos e intereses propios. Lo que complejiza y dificulta el análisis es que el tipo histórico y sociológico dominante de relación entre estado, sociedad política y sociedad civil ya no es el de las represivas dictaduras empresariales-militares y religiosas que conocimos desde 1930 sino el que surge del consenso del voto ciudadano. Una vez más-dirá el autor- la discusión pasa por el tipo de vínculo entre los tipos de democracia, los tipos de capitalismo y la necesaria ampliación de derechos universales para el conjunto de las personas. (Op.Cit, p.52-54)

Desde la perspectiva de Tilly (1998): ¿Cómo, porqué y con qué consecuencias las desigualdades duraderas y sistemáticas en las posibilidades de vida distinguen a los miembros de diferentes categorías socialmente definidas de personas? ¿Cómo se forman, cambian y desaparecen las desigualdades categoriales?

Como todas las relaciones sociales – plantea este autor- implican desigualdades pasajeras y fluctuantes, su objetivo es concentrarse en las desigualdades *persistentes*, las que perduran de una interacción social a la siguiente, con especial atención a las que persisten a lo largo de toda una carrera, una vida y una historia organizacional.(p.20).

Y avanza aún más cuando señala que:

La desigualdad persistente entre categorías surge porque las personas que controlan el acceso a recursos productores de valor resuelven problemas

organizacionales acuciantes por medio de distinciones categoriales. Inadvertidamente o no- fundamenta el autor- establecen sistemas de cierre, exclusión y control social. Así, pues, la variación de la forma y persistencia de la desigualdad, depende principalmente de la naturaleza de los recursos involucrados, las ubicaciones sociales previas de las categorías, la índole de los problemas organizacionales y las configuraciones de las partes interesadas. (p.21)

Dentro de este orden de ideas conviene subrayar que en esta época, si bien se amplió el escenario de actores en el campo de la Salud Mental, el modelo biomédico y psiquiátrico apoyado en las compañías farmacéuticas consolidó su hegemonía sobre el campo acentuando las desigualdades persistentes en Salud Mental, dejando a las personas con sufrimiento mental internadas en la institución psiquiátrica por su condición de pobre estructural más que por su condición de “loco” y por la ausencia de otros dispositivos de asistencia para la problemática.

En relación con la problemática analizada, en la Argentina, algunos años después de la apertura democrática, se destacaron distintas experiencias significativamente apreciables, que en algunas situaciones significó el cierre del manicomio directamente, como lo fue el caso del hospital de la provincia de Río Negro (1988). Otras, no llegaron al cierre pero, reformularon integralmente la atención psiquiátrica y el sistema de Salud Pública imperante, tal como lo instrumentó la provincia de Córdoba, y la provincia de San Luis (1993), que avanzó con lo suyo, institucionalizando la modalidad de: “hospital de puertas abiertas”. En Buenos Aires, el Hospital Borda (1984) se destacó por la experiencia radial “Radio Babel” y por el movimiento “Frente de Artistas del Borda”, que se presentaron como herramientas de denuncia, irrumpiendo e interpelando la estructura manicomial. Más tarde, la ciudad autónoma de Buenos Aires sanciona la Ley 448 (2000), que avanza en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental.

Retomando la producción de Mallimaci (2007) el autor plantea que:

En 1983 el tema de la pobreza estaba muy poco presente. Se suponía que el solo retorno de la democracia permitiría volver a los niveles de integración, justicia e igualdad social e industrialización previa a la dictadura donde las diferencias entre los que más y menos tenían eran solo de uno a trece. Los sucesivos programas de ajuste y devaluación sumados a la hiperinflación de fines de los 80 mostraron las caras del poder real económico y financiero que apresuró la finalización del primer gobierno democrático post-dictadura.

Crearon también las condiciones para un nuevo disciplinamiento de las “clases peligrosas”: ante la hiperinflación, mejor reducir expectativas y aceptar la dominación provisoriamente. (p. 75)

El gobierno de Raúl Alfonsín, plantea Suriano, (2007): “No alcanzó a acertar el rumbo de la política económica en un contexto internacional en donde las transformaciones neoliberales se imponían con rapidez”. Las políticas sociales del gobierno radical buscaban preservar el ahora tambaleante y denostado Estado Social. El consenso social del gobierno radical se fue minando progresivamente y aceleraron la caída del Presidente Alfonsín, dejando abiertas las puertas para las profundas reformas de la economía y las políticas estatales. La paradoja de este proceso residía en que sería un dirigente peronista (Carlos Menem) quien llevaría adelante una transformación destinada a barrer con las bases del estado Social que, después de medio siglo de demandas sociales, se había plasmado durante los primeros gobiernos peronistas y había perdurado más de una década. (p.91).

Cabe considerar, por otra parte, que en los años 90, en un contexto político y social profundizado por la hegemonía del discurso neoliberal, las estrategias innovadoras en materia de política de Salud Mental se reapropian del término “**desmanicomialización**”. Pero, en esta propuesta y en ese contexto, la promoción del cierre de los hospitales psiquiátricos estuvo asociada más a reducir el gasto público inherente a las estrategias privatistas en defensa de la dupla costo-beneficio, que sostener acciones progresistas en el campo de la Salud Mental. Desde este lugar, se hace necesario recordar, que el neoliberalismo no se redujo solo a una corriente económica, transversó un proyecto societal (abandono de los sistemas de protección social, ostentación obscena de la desigualdad) actuando como constructor de sentidos y de subjetividad, entrometiéndose en la vida cotidiana, en donde la vida del otro y la propia perdían sentido.

Como se ha venido diciendo, y volviendo al registro de las experiencias de desmanicomialización, en el caso particular de la provincia de Santa Fe, adquieren relevancia las acciones emprendidas en el marco de la promulgación de la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 del año 1991. A partir de aquí, se contó con una herramienta jurídica que le infirió legalidad al proyecto de *prácticas sustitutivas al manicomio*, que adoptó por esos años la C.P.O, como discurso oficial, permitiendo una debida regulación de las intervenciones terapéuticas privilegiando los derechos humanos de los pacientes y aquellas estrategias terapéuticas que menos restrinjan su libertad.

Por otra parte, es conveniente destacar, que los comienzos del siglo XXI, van a encontrar a una Argentina sumergida en una crisis terminal del régimen desregulador que produce revueltas, muertes callejeras y la puesta en tela de juicio de un modelo de acumulación social, financiero, concentrador y privatizador que surgido con la dictadura en 1976, consolidado en los 90, muestra sus límites extremos en el 2001-2002. Surge a partir de allí un nuevo modelo basado en políticas activas de intervención del Estado en todos los niveles y de ampliar –nuevamente- el mercado interno. Con la implementación del plan social más amplio en toda la historia argentina: el Plan Jefas y Jefes de Hogar se da un cambio copernicano: de políticas sociales focalizadas “en obras” y “planes” a políticas casi universales “en dinero”.

A título ilustrativo, para los años 2000/2003, la C.P.O, da a conocer sus principios básicos de gestión, centrados en el fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios, a fin de impulsar dispositivos de singularización que permitan la validación social de los pacientes, no solo en el Hospital, sino también en sus comunidades de pertenencia o de origen. De ahí que, se refuerza el trabajo para generar alternativas a la cronificación asilar, se resignifica dispositivos para la población de reciente ingreso, los históricos pabellones de crónicos se adaptan para la atención de la crisis, se emprenden reformas edilicias, se impulsa una vivienda de moradores autónomos adentro del hospital, se incentiva el Área Cultural, y el Área de Producción de Bienes y Servicios. A la par, se instalan instancias de debate y de reflexión teórica, se organizan jornadas de capacitación para enfermería, supervisiones institucionales, se avanza en la adecuación de los Policlínicos, y se resignifica el perfil de los Consultorios Externos. Se incrementan los recursos humanos y se suma la figura del “acompañante terapéutico”. Se promueve a nivel institucional, una frecuencia casi mensual del espacio destinado a las plenarias como dispositivo de discusión y debate.

Estas acciones marchaban a tono con los objetivos del Programa de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, oficializado en septiembre del 2003. El cual dejaba explicitado formalmente los lineamientos generales de una política en el Campo de la Salud Mental.

Recapitulando, la propuesta presentada en este apartado sobre aproximar el contexto Histórico, la Estructura Social y la Política Social en Argentina, desde diversas perspectivas, permite señalar, *en primer lugar*, cómo se ha ido conformando dicha estructura con el campo de la Salud Mental y sus transformaciones, y cómo se han ido definiendo las respuestas que el Estado nacional, y particularmente el Estado provincial ha dado en relación a las propuestas de reformas. *En segundo lugar*, los conceptos aquí

desarrollados, permiten identificar cómo la estructura social argentina habilitó posibilidades para llevar adelante proyectos de prácticas alternativas y a su vez, limitó que las mismas pudiesen consolidarse como políticas de estado.

2.1.9. Transformaciones en la provincia de Santa Fe como política pública. Las respuestas alternativas a la externación (C.P.O) y su vinculación con las viviendas asistidas en la comunidad. (V.A.)

En el presente apartado se reseña brevemente el devenir del Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales fundamentalmente, por ser éste programa el que compete con mayor fuerza en todo el proceso de análisis y se situó como uno de los objetivos centrales en los procesos de transformación de la C.P.O. y de las V.A.

El anclaje que estas propuestas tuvieron en las prácticas de la población de análisis que se ha propuesto para esta tesis, se relevan en el Capítulo III a propósito de las entrevistas realizadas.

En lo concerniente a la DPSM, para el período que se analiza, (20012-2015) se evaluaba que seguir creando nuevos dispositivos intra-institucionales, en la lógica de prácticas sustitutivas al manicomio, es insuficiente e ineficaz, **si no se promueve la construcción de dispositivos alternativos al manicomio, por fuera de los mismos hospitales psiquiátricos.** En virtud de ello, bajo la órbita del Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales, se crea el Proyecto de Red de Dispositivos Alternativos (R.D.A) / Residencias Compartidas para Pacientes en Procesos de Externación dependiente de la DPSM.

El discurso oficial define a estos “dispositivos de suplencias en cuidados” de la siguiente manera: “(...) se trata de dispositivos o servicios ambulatorios o habitacionales, con características del cuidado como alojamiento – es decir, viviendas asistidas- o de cuidado comprendido como esa tarea o lugar a partir de la cual un sujeto se hace un espacio en el entramado social”. La Red integraría Centros de Día, Centros de capacitación laboral, Centros de producción, Programa Intersectorial y asistencial de la red de dispositivos de alojamiento. A éste último se subordinarían “Habitaciones en pensiones”, “Casas Asistidas” y “Hospital de noche”. Con la previsión de que cada ítem contará con su debido presupuesto, garantizando que los trabajadores se encuentren inscriptos en relaciones laborales bajo modalidades diversas: contraprestación, cargo provincial permanente, o bajo la lógica de “adscripciones” y/o “comisión de servicios”. El dispositivo de “casas asistidas”, se lo dividió según una modalidad de asistencia diaria, de 24, 12 y 6 horas, de acuerdo a diferentes criterios de inclusión, íntimamente ligados al perfil de la población que se integrarían a los mismos. Tipología,

históricamente incluida en el art. 18 de la Ley Provincial 10772. La propuesta, por ende, encuentra su aval en esta plataforma jurídica y se fortalece con un renovado andamiaje conceptual y operativo que propone instrumentar la ley nacional en vigencia. Igualmente, a dicha propuesta se le suman los aportes de la Ley 24901. (Ver Cap. VI).

A grandes rasgos, este proyecto va a integrar tres líneas estratégicas:

- Construcción de residencias compartidas
- Construcción de un Centro de Producción e Intercambio en la ciudad de Rosario
- Fortalecimiento de estrategias de externación caso a caso

El proyecto conceptualizaba a esta red de dispositivos alternativos de la siguiente manera:

Los dispositivos residenciales apuntan a posibilitar la inclusión de los moradores en contextos que los habiliten como sujetos y permitan el avance en la autonomía. Esto requiere el acceso a derechos básicos para vivir fuera de la institución (ingresos económicos, alimentación, vestimenta y vivienda), así como el acompañamiento necesario para la inclusión en el mapa de relaciones (barrio, ciudad, organizaciones comunitarias, culturales, recreativas, laborales, acceso a beneficios del ámbito público estatal, etc.).

2.1.10. Dispositivos de viviendas asistidas en la comunidad.

Lo expresado precedentemente, vinculaba de manera directa la creación de los dispositivos sustitutivos como lineamientos tendiente a desarmar complejas situaciones de internamiento. La población destinataria eran aquellos pacientes crónicos que no ameritaban seguir internados, y pacientes de reciente ingreso, que no contaban con espacios de socialización en su historia de vida. En torno a esta impronta en el período 2012-2015 se consolidan los siguientes dispositivos:

Dispositivo Viviendas Asistidas-

Vivienda Asistida de Hombres

Localidad de Oliveros- Departamento Iriondo- Santa Fe. Año: 2012

El Dispositivo Vivienda Asistida (2011), dependiente de la Colonia Psiquiátrica A.I.Freyre, se enmarcó en las estrategias de trabajo pertenecientes a la sustitución de lógicas manicomiales. Quienes tenían a su cargo la Dirección de C.P.O en ese período, planteaban al presentar este proyecto que: “Entendemos como anti-manicomiales a aquellas lógicas implícitas en diversas prácticas sociales (sean jurídicas, médicas,

psicológicas, económicas, políticas, etc.) Que van en contra de la medicalización en exceso, el silenciamiento y la exclusión social de los padecimientos subjetivos”.⁵⁵

La Vivienda Asistida se planteó los siguientes objetivos generales:

- Fortalecer la autonomía de los usuarios reconstruyendo los lazos sociales con la comunidad, habilitando la organización singular de la vida cotidiana (trabajo, ocio, recreación) y,
- Sostener asistencia ambulatoria.

Dinámica de Trabajo: El Equipo coordinador responsable se conformó en Marzo de 2012 y estaba integrado por Psicóloga, Trabajador Social y dos enfermeros.⁵⁶

La Psicóloga y el Trabajador Social comenzaron a trabajar en el proceso de evaluación a partir de Mayo de 2012, cuando se logra definitivamente el reemplazo de una psicóloga en Sala 4 de C.P.O. Los enfermeros convocados para ese momento, no pudieron formar parte de dicho proceso porque al momento de realizarse el trabajo de evaluación se encontraban trabajando en sus respectivas salas en la C.P.O. Ante esto, los profesionales entendieron que a partir de conformado el grupo de usuarios de la Vivienda Asistida se hizo necesario consolidar el grupo responsable completo.

Definición del dispositivo y criterios de evaluación

La Vivienda de Mujeres de Oliveros contó con una asistencia de enfermería de 12 horas diarias, distribuyéndose las mismas según lo requería el grupo de convivientes. El equipo interviniente sugirió presencia concreta durante las 4 comidas necesarias del día y de la toma de medicación. La asistencia se iba complejizando o variando de acuerdo al trabajo específico con cada usuario/a.

Se estableció una Red de protección Social sobre los siguientes ejes: Salud y Emergencia (Sub Regional de Salud, SamCo, Centro de Salud Municipal y la C.P.O (Guardia para la asistencia nocturna), Con relación a la Asistencia Social, se prevé como soporte: Área de Trabajo Social de Comuna de Oliveros, Trabajadora Social del Equipo derivante de C.P.O. En Área Productiva: Área Productiva de C.P.O. INTA Oliveros, Desarrollo Social de la Comuna (Vivero). En Área Productiva: Área Productiva de C.P.O.; INTA Oliveros; Desarrollo Social de la Comuna (Vivero). En Área Cultural: Casa de la Cultura de Oliveros; Área Cultural C.P.O.; O.N.G. “Oliveros en Movimiento”; Organizaciones de la Sociedad Civil.

⁵⁵Las autoras pertenecían al Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila, de la ciudad de Rosario.

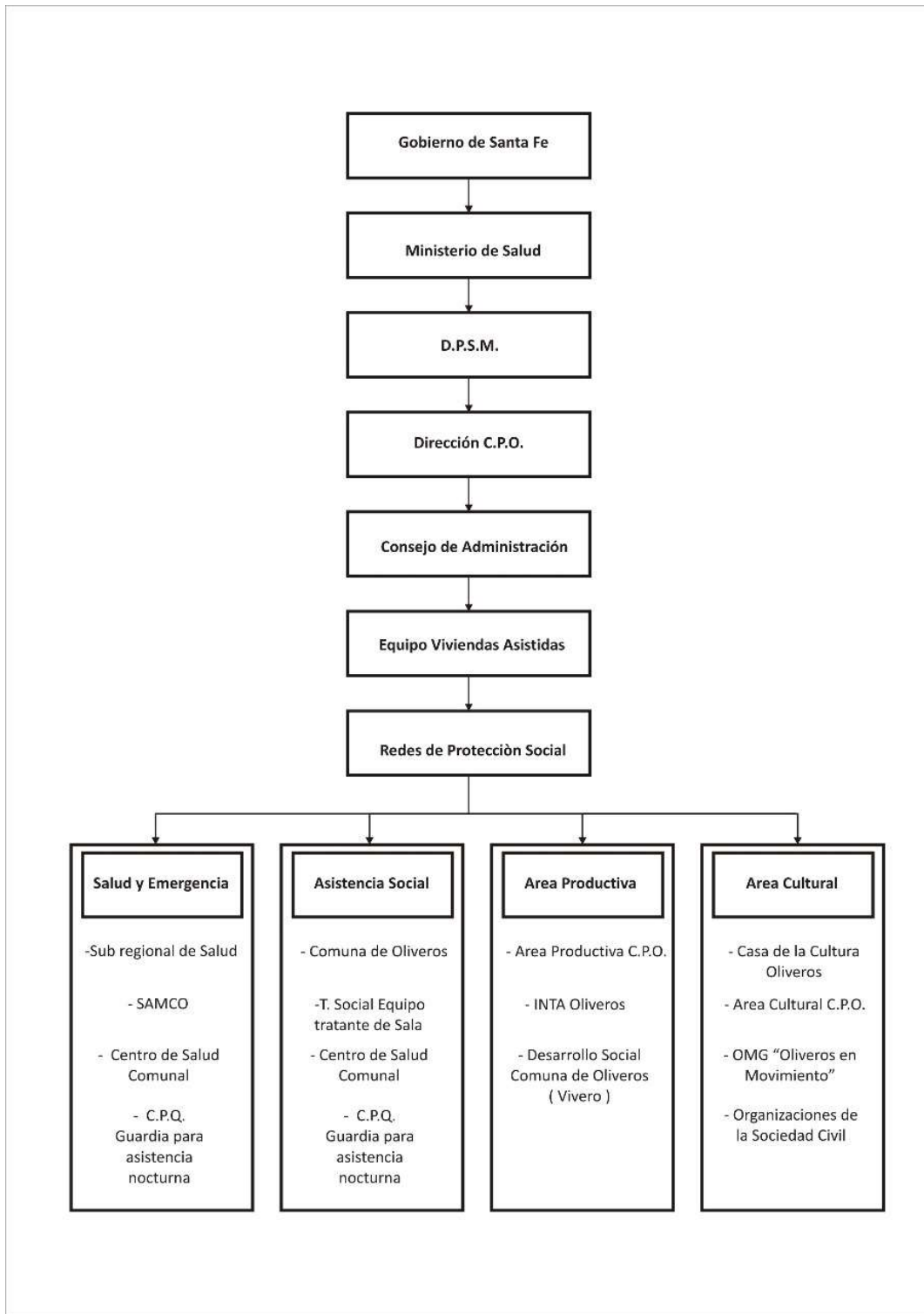
⁵⁶La Psicóloga y Enfermeros contaban con un cargo de planta permanente en la provincia, y el Trabajador Social cobraba su sueldo con recursos propios de C.P.O. por encontrarse su expediente en Mesa Central del Ministerio de Salud Provincial

En pocas palabras, el esquema a continuación presentado, pretende dar cuenta de la multiplicidad de actores que intervinieron al momento de externar/sostener a las/os usuarios que ingresaban a las viviendas asistidas. Los escenarios de intervención se fueron configurando de manera artesanal y estaban plagados de innumerables estrategias de acción y de reflexión, vinculados a: reuniones, acuerdos, negociaciones, discrepancias, concordancias, que se requerían para avanzar en la construcción de prácticas y dispositivos que generasen una mejor calidad de vida para las personas que pasaron a formar parte de los mencionados dispositivos. Es decir, más allá de lo planteado en proyectos y planes programáticos, la puesta en actos de los mismos involucró una disputa de intereses que implicó: tiempo, alianzas, múltiples actores, avances y retrocesos.

El trabajo en red se presentaba como un verdadero desafío, pues se encontraba participando de un proceso de alternancia entre la comunidad y la C.P.O. por revestir esta última el carácter de ser una referencia asistencial interconectada con el primer nivel de salud y los hospitales de referencia provincial. En este sentido, interconectar entre los asistencial y el entramado en red que propiciara una inclusión social de los/as usuarias de las V.A., he ahí donde estaba situado el desafío.

El esquema⁵⁷ para explicar los procesos de construcción de Redes de Protección Social descritos en el párrafo precedente, se grafica de la siguiente forma:

⁵⁷ Esquema de elaboración propia (2021)



Criterios para la definición de pacientes: Los criterios de admisión establecían las posibilidades de acuerdo entre el Equipo de Vivienda Asistida y los Equipos profesionales de C.P.O.

La elección de los pacientes para constituir un grupo que habitase la vivienda se basó en lo que el equipo evaluador denominó *afinidad electiva* (2013)⁵⁸. La elección misma no representó una predicción que garantizara la ausencia de conflictos, sino una apuesta a trabajar con diferentes trayectorias donde el dispositivo construido debía tener la capacidad de reconocer y asumir los conflictos que emergieran de esta inscripción en la propuesta institucional.

El trabajo de evaluación realizado por el equipo de V.A. recurrió a esta idea ya que su trabajo de evaluación no suponía analizar de qué modo cada caso o situación propuesta, se inscribía en los criterios a partir de los cuales realizar la elección, sino que suponía **proponer un grupo que habite la casa**. Para pensar en la conformación de un grupo se pensó en esas marcas o elementos de su biografía que pudiesen converger para crear una convivencia.

Dentro de los varones presentados por los equipos de C.P.O. se encontraron las siguientes afinidades electivas para formar el grupo de convivencia⁵⁹:

- Pacientes con internación prolongada en C.P.O. que se encontraban bajo tratamiento hospitalario, cuya permanencia en la institución producía deterioro de las capacidades e interrumpía la productibilidad del tratamiento. (Causa de internación en C.P.O; Fecha de Ingreso a C.P.O).
- Pacientes estabilizados: Que no registrasen crisis frecuentes. Este criterio no implicaba una estabilidad permanente y pura del cuadro psicopatológico, sino que pretendía dar cuenta de una construcción o resultado de un tratamiento del equipo tratante (intervenciones: clínica, social y farmacológica). Se consideró la evaluación clínica en general del paciente por lo cual el equipo propuso al/la paciente para una vivienda con asistencia de 12 horas. (Estado de Salud Actual: Fundamentos de la estrategia clínica actual (Tener en cuenta la Historización y desarrollo del estado actual del paciente y la estabilidad del cuadro psicopatológico); antecedentes de externación si hubiera y/o convivencia con familiares antes de la internación.

⁵⁸ Se describe la terminología utilizada tomando como marco de referencia a Goethe (1809) cuando realizan el planteo de: “Llamamos afines a aquellas naturalezas que al encontrarse se aferran con rapidez las unas a las otras y se determinan mutuamente”. “Afinidad electiva en tanto formas de elección preferencial ligada a las necesidades o incluso a las circunstancias en que los agentes (...) humanos se atraen o se alejan, se complementan o rechazan”. (Garbosa y Guzmán, p. 7)

⁵⁹ Los criterios aquí presentados fueron definidos por la propia DPSM en concordancia con la Dirección de C.P.O. El equipo coordinador propuso que se ampliaran esos criterios como un modo de poder contemplar a aquellos pacientes/usuarios que no revisten el criterio de “larga internación”, que son de reciente ingreso, pero que, por su situación clínica y contexto socio-familiar no presentan posibilidades de externación en lo inmediato.

- Pacientes con autonomía subjetiva. Este criterio suponía no tanto la capacidad de prescindir de otros, como la capacidad de estar en el marco de las convenciones sociales; es decir, que los acuerdos o pactos pudiesen funcionar como terceridad en la relación con un semejante. Vida cotidiana: Relato de un día de su vida; relación con enfermería; posición del paciente frente a las reglas internas de la sala; atención del equipo terapéutico: consulta con psicología, clínica médica, acompañamiento terapéutico; relación con pares; relaciones amorosas; relaciones familiares. Higiene y cuidados personales, viajes y traslados: cómo, cuándo, para qué, con quiénes. Experiencia laboral (dentro y fuera de C.P.O.). Para la entrevista con el paciente se debía tener en cuenta: Cómo se imaginaba una vida fuera del hospital, gustos y preferencias, oficios y saberes, haceres domésticos.
- Pacientes que no presentasen padecimientos clínicos severos que requirieran asistencia permanente.
- Fundamentos del Equipo tratante que indicaran que, aún teniendo autonomía subjetiva y económica, no podían vivir en pensión o residencia particular. (No puede vivir solo; necesita del ordenamiento de otros; necesita que le den la medicación).

Con los datos recabados de las entrevistas, en el proceso de evaluación se definía su pertinencia al dispositivo teniendo las características que ninguno de estos criterios era excluyente por sí mismos. Eran criterios flexibles ya que se evaluaba y analizaban las posibilidades de inclusión en base a las singularidades de cada una de las situaciones presentadas por los equipos de las salas de internación desde la C.P.O. Para realizar este trabajo de evaluación se confeccionó una ficha que contuvo los criterios mencionados de manera desagregada para poder acceder a aspectos más detallados de la vida de los pacientes y que facilitaba evaluar de manera integral a cada uno de ellos.

Metodología de trabajo para los procesos de Admisión: Para el ingreso de los pacientes/ usuarios a la Vivienda Asistida de hombres, se le entregaba una copia de la definición del dispositivo y de los criterios de evaluación a los equipos de cada sala en C.P.O. quienes tendrían a su cargo la solicitud de derivación.

Desde este marco, la experiencia releva que se hizo necesario trabajar con los diferentes equipos de sala, los criterios para ésta vivienda asistida ya que los primeros encuentros denotaban discursivamente, asociaciones rápidas de sentido. Se cita como ejemplo de lo planteado, la respuesta inmediata que surgía ante la pregunta, por parte del equipo evaluador, sobre el criterio de *autonomía del/la paciente*, limitándose a situar

y ubicar los beneficios sociales como única respuesta. (Pensión, obra social, certificado de discapacidad, etc.). En la ficha que se elaboraba, se pensaba la *autonomía subjetiva* como la posición del sujeto en relación a los acuerdos que supone la vida cotidiana en general y está detallado en varios puntos que guiaron tanto la entrevista a los equipos como a los pacientes.

Las instancias propuestas para acceder a cada caso clínico fueron: una entrevista al equipo de sala, una entrevista al personal de enfermería, una entrevista al/la paciente y un resumen de Historia Clínica organizado en función de los criterios detallados.

Este procedimiento de intercambio entre los equipos responsables de vivienda asistida y equipos de sala, necesitaba instituirse y perfeccionarse para evaluar los/las pacientes que egresaban a una vivienda asistida.

El equipo de viviendas asistidas identificó como necesario en este proceso de evaluación contar con las miradas y opiniones de las personas que coordinan y participan de las áreas cultural y productiva de C.P.O. En ese proceso se articulaban contactos con otras prácticas y actores sociales vinculados a las áreas artísticas y culturales.

Dispositivo Vivienda Asistida

VIVIENDA ASISTIDA DE MUJERES

- Oliveros- Departamento Iriondo- Santa Fe- Año: 2.013

En marzo de 2.013 se concretó la posibilidad de alquilar una segunda casa en la localidad de Oliveros, con la finalidad de instalar allí la segunda Vivienda Asistida.

Del proyecto presentado se desprendía una valoración sobre las experiencias transitadas en relación a la vivienda de hombres, como un modo de avanzar cualitativamente hacia la creación de nuevos dispositivos de viviendas asistidas. En el marco de la apertura de una nueva casa, el Equipo a cargo de la Vivienda Asistida de Mujeres, veía con preocupación la necesidad de remarcar lo deficitario del soporte institucional que brindaba la C.P.O. ya que, nuevamente se volvía a constituir otro dispositivo, careciendo de una reglamentación que los instituya como efectores de salud, impidiendo partidas presupuestarias específicas para estos programas. Es dable destacar que este dispositivo se concretó con el mismo equipo que presentó el proyecto para la primera casa. Pues los Objetivos Generales, Criterios de Admisión, y Red de Protección social son los mismos a los formulados con anterioridad.

El Equipo coordinador abordaría los casos clínicos que presenten los equipos interdisciplinarios de cada sala de C.P.O.

Propuesta de grupo:

La apertura de la primera Vivienda Asistida permitió que, a partir de la experiencia transitada con relación a la primera selección de usuarios para la Vivienda de Hombres, el equipo interviniente a cargo de las mismas refuerce y reitere los planteos: En éste sentido, consideraban necesario: “Definir que, en este contexto de escasos recursos (cantidad de viviendas asistidas disponibles), necesariamente la propuesta que se presentaba, dejaría por afuera a pacientes que tenían condiciones para egresar de la C.P.O. Por lo que consideraban como imprescindible exigir que se concrete la disponibilidad de más viviendas asistidas”.⁶⁰

En ese marco, y bajo la apertura de una nueva Vivienda Asistida, en este caso para mujeres, el Equipo de Vivienda Asistida fue convocado por la dirección de C.P.O. (2011), para tomar una propuesta que realizó el Equipo Interdisciplinario de Sala 1 de la C.P.O. La propuesta planteada por este equipo, se sustentaba en el interés manifestado a la Dirección de C.P.O., con el fin de gestionar la externación de pacientes allí alojados (algunas presentadas para la primera vivienda), consiguiendo una casa para alquilar en Oliveros, **con la propuesta de que los gastos de la misma fueran afrontados por una de las pacientes con condiciones para poder hacerlo.**

En el momento de reunirse ambos equipos y dirección de C.P.O., se generaron acuerdos tendientes a darle viabilidad a la propuesta, advirtiendo que: “Para darle curso a cada propuesta dentro del Programa de Viviendas Asistidas, la misma debería ser tomada como proyecto institucional y por lo tanto tener las mismas condiciones (y recursos) que la casa de hombres, entre las que cabe mencionar la convocatoria al resto de las salas que trabajan con mujeres en la C.P.O”. (Garbosa y Guzmán, 2013, p.4.)

Luego de definida esta situación, se prosiguió con las entrevistas a equipos y pacientes. En esta dirección, se planteaba la propuesta inicial de un grupo de cuatro mujeres, dejando abierta la posibilidad de una quinta persona. Se comenzó trabajando con este grupo y en la medida en que se sucedían las diferentes evaluaciones y el progreso de las mismas, repasarían las condiciones para ampliarlo.

Teniendo en cuenta el material clínico leído, se recomendó que la asistencia de enfermería de esta Vivienda sea cubierta por enfermeras mujeres.

La elección misma no representaba una predicción que garantizara la ausencia de conflictos, sino una apuesta a trabajar con diferentes trayectorias donde el dispositivo

⁶⁰ Los profesionales a cargo del proyecto, realizan sus respectivas consideraciones acerca de la lectura sobre la posibilidad de interpelar a la Dirección de C.P.O y a la DPSM para la concreción de habilitar nuevas viviendas que posibiliten producir externaciones.

a construir debía tener la capacidad de reconocer y asumir los conflictos que emergieran de esta inscripción en esta propuesta institucional.

La propuesta presentada, es a partir de entender que: “Nuestro trabajo de evaluación no suponía solo analizar de qué modo cada caso, o situación propuesta, se inscribía en los criterios a partir de los cuales realizar la elección, sino que suponía proponer un grupo que habite la casa. Para pensar en la conformación de un grupo pensamos en esas marcas o elementos de su biografía que pueda converger para crear una convivencia”. (Garbosa y Guzmán, 2013, p.9)

Perfil de enfermeras para la vivienda asistida: Se partía de entender que: “El trabajo en la vivienda asistida requería dedicación, paciencia, creatividad, disposición al cambio y a la transformación en los modos de atender y asistir a las personas con padecimientos en su salud mental. También consideramos un detalle muy importante la predisposición de trabajar en diferentes momentos del día.”⁶¹ Era necesario tener en cuenta que debido a la relación frecuente que el/la enfermero/a establecía con los usuarios, y teniendo en cuenta que la vivienda asistida era un dispositivo de sustitución de lógicas manicomiales, era fundamental el tipo de vínculo y lazo que se generase a partir del respeto por su autonomía y por la singularidad de las personas. El equipo interviniente destacaba la importancia en relación a que, aquellos que se sumen a este proyecto, deberían contar con predisposición al trabajo en equipo y a modificar el modo de asistir que se realizaba en los espacios tradicionales del manicomio.

CLINICA DEL LAZO

“Cada casa es un mundo”: Período 2012-2015

Asistencia terapéutica domiciliaria en dos “casas de convivencia” en la localidad de Oliveros.

- 1 casa con **dos personas** externadas de la C.P.O. en Septiembre de 2011.
- 1 casa con **tres personas** externadas de la C.P.O. en Junio 2015.

Este dispositivo proponía como eje estructurante la defensa de la subjetividad y de la ética propia de la clínica por la vía de una implicación con la dimensión sociopolítica y cultural del sujeto con padecimiento psíquico. La estrategia asistencial extrahospitalaria planteaba que: “No hay desmanicomialización sin un proyecto clínico, sin apoyatura clínica no hay desmanicomialización.” (Rubio, Pino, Álvarez, 2014, p.1).

⁶¹El subrayado se utiliza para indicar que el personal de enfermería cubre turnos de seis horas, que no convive con los y las usuarias de las viviendas, y que, al residir en la localidad de Oliveros, alterna por las viviendas como para realizar acompañamientos en los procesos y dinámica de las mismas.

Desde esta perspectiva, para las profesionales – trabajadores de la C.P.O-que redactaron este proyecto, desmanicomializar, implicaba introducir dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial cuyas definiciones debían sostenerse con fundamentos clínicos.

La Vivienda Asistida presentaba como componente estratégico, producir “un lugar” fuera del hospital, el único posible para construir un estatuto de ciudadano, una inscripción social, un espacio donde la singularidad advenga y está dirigido a: Pacientes crónicos y pacientes de ingreso cronificados de la sala 8 de la C.P.O.

Este espacio proponía promover procesos de subjetivación para abordar la singularidad; de-construir procesos de estigmatización; re-inscribir la historia del sujeto en lo social; recuperar su condición socio-histórica en sus múltiples dimensiones; reconstituir o inaugurar hábitos socializados; promover procesos de asunción de autonomía y posibilitar una nueva posición subjetiva.

La Vivienda Asistida (2014-2015) proponía como perspectiva de encuadre: Clínica del lazo. Clínica psicoanalítica; Ley Nacional de Salud Mental nº 26657 / Prov. 10772; Enfoque psicosocial (Amarante: 2015); Principio de Reciprocidad (vínculo); Perspectiva de Derechos Humanos; Práctica del cuidado. Objetivos estos, vinculados a una estrategia asistencial extra-hospitalaria.

A nivel territorial, emplazada en la localidad de Oliveros, proponía los siguientes ejes en el territorio: nivel familiar/comunitario; relación entre lo micro y lo macro social; privilegio del espacio de la vida cotidiana: espacio estructurado por “lo familiar”. Espacio vivido, sentido, percibido, practicado, narrado. Configurado por la singularidad de un sujeto que, aparte de su padecimiento psíquico, carga consigo las grandes marcas de la iatrogenia institucional que le provocó el manicomio.

Como espacio y modo de abordaje promovía la creación de “sistemas de apoyo” (particulares/singularizados), sobre la base de “*dispositivos de responsabilización*” (Amarante: 2015)

Dentro de la dinámica de los recursos planteaba:

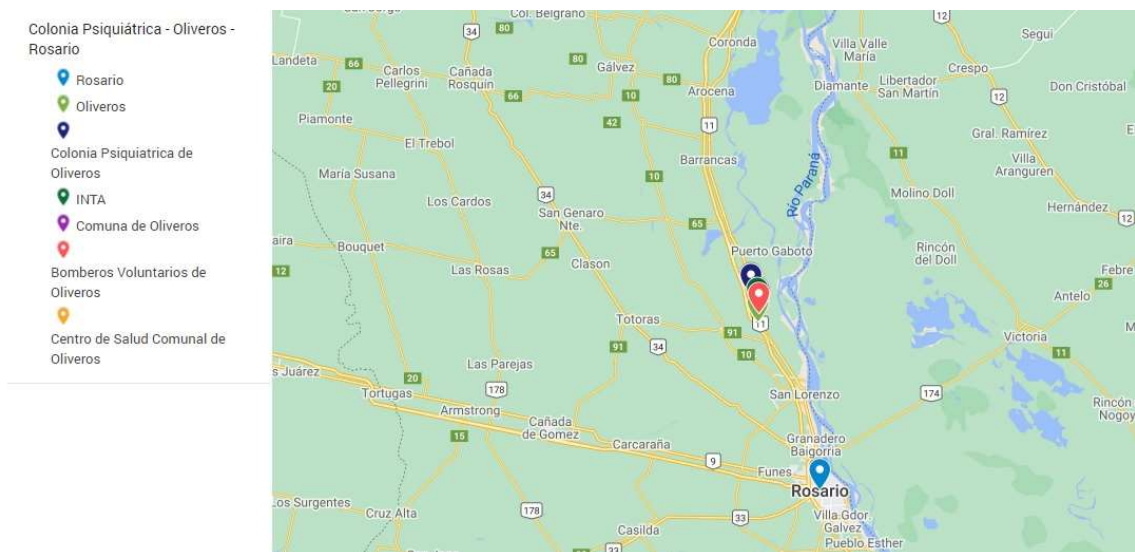
- Equipo de referencia: direccionalidad clínica (psicóloga, psiquiatra, trabajadora social)
- Red de soportes referenciales: Personalizados: familia /acompañantes terapéuticos. “Llamamos afines a aquellas naturalezas que al encontrarse se aferran con rapidez las unas a las otras y se determinan mutuamente” (Rubio, Pino, Álvarez, 2014, p.5)

- Interinstitucionales/ espacios de refuerzo para fortalecer el proceso de re-inscripción social (inclusión social): talleres, escuelas, emprendimientos laborales.
- Pluridisciplinarios: Abogado/a, E Abogado/a, Enfermero/ra, Acompañantes terapéuticos, talleristas, otros.
- Red de soportes económicos/asistenciales: Ingresos propios: Pensiones contributivas y no contributivas, Programas y proyectos en el marco de políticas sociales, Ayuda sociales, Ingresos propios.

Desde una intervención teórico-metodológica, las intervenciones profesionales, en cuanto a sus prácticas, proponían como instrumentos el abordaje/s y registros no tradicionales/no convencionales; Sujeto a Órgano de Revisión.

Es dable destacar que si bien los dispositivos que se describen parten de una lógica completamente diferente en cuanto a su armado y construcción (como se releva en el Capítulo III) sí coinciden en pensar a estos modelos como alternativos en los modos de abordaje de la salud mental. La convocatoria a presentar proyectos de Viviendas Asistidas, estaba abierta para todos los trabajadores/as de la C.P.O. interesados/as en ser parte de éstas experiencias.

Se expone en el siguiente mapa la geolocalización de la complejidad que resulta instalar y sostener prácticas alternativas a la lógica asilar, siendo que la C.P.O se encuentra en zona rural y las V.A. en la localidad de Oliveros, ambas a una distancia territorial notable de lo que se denomina el Gran Rosario y el Cordón Industrial del Gran Rosario.



CAPITULO 3

TRABAJO SOCIAL, SALUD MENTAL Y COMUNIDAD.

3.1. La intervención de Trabajo Social en los procesos de externación.

En el presente apartado se caracterizan, interpretan y analizan las prácticas sociales impulsadas por profesionales de Trabajo Social bajo la denominación de prácticas sustitutivas a la lógica manicomial. Se seleccionan aquellos ejes vinculados a los desarrollos conceptuales, que refieren a las perspectivas teóricas en el proceso de intervención y se analizan sus expresiones en dicha práctica. En este punto se considera la configuración del proceso de trabajo específico de las/los Trabajadores Sociales que participan de los procesos de externación/derivación de pacientes/usuarios internados en la C.P.O., como así también se toman los insumos provenientes de quienes participan en la Admisión/Evaluación/Sostenimiento de los usuarios al dispositivo de viviendas asistidas. A su vez se identifican las demandas que le son asignadas (institucional y poblacionalmente); se caracterizan los criterios de Derivación/Admisión/Evaluación y se describen las estrategias de acompañamiento en los referidos procesos.

De igual modo se intenta dar cuenta de las tensiones y/o distensiones que se conjugan en el espacio socio-ocupacional atendiendo a las condiciones de trabajo en las que se desarrollan estos procesos.

Para esta exposición se toman los insumos provenientes de las entrevistas en profundidad, con preguntas abiertas realizadas a las y los Trabajadores Sociales que desarrollan sus actividades en C.P.O y en los dispositivos de Viviendas Asistidas de Oliveros.

En este sentido, el siguiente apartado se construye a partir de las perspectivas de las/los profesionales que han sostenido los mencionados dispositivos.

3.1.1. Configuraciones propias del proceso específico de trabajo y su relación con las demandas institucionales.

En los relatos aparece como prioritario el trabajo intra y extrahospitalario como estrategias vinculadas a fortalecer los capitales de los pacientes/usuarios, reconstruir los lazos sociales o alcanzar mejores condiciones de inclusión y ciudadanía en otros dispositivos. Se prioriza el diálogo con otras profesiones en orden a problematizar y deconstruir las prácticas sustitutivas vinculadas a la lógica asilar atendiendo a las demandas institucionales. Se advierten posicionamientos asociados a la defensa de los

derechos sociales y de construcción de redes y mediaciones como modo de generar procesos saludables en el campo de la salud mental. Los relatos dan cuenta de trayectorias profesionales y sus modos de inserción en los diferentes dispositivos. Como postula Iamamoto (2001):

El significado histórico de la profesión solo es desvendado en su inserción en la sociedad, pues ella se afirma como una institución peculiar en y a partir de la división social del trabajo. Como la profesión solo existe en condiciones y relaciones sociales históricamente determinadas, es a partir de la comprensión de estas determinaciones que se podrá alcanzar el significado social de ese tipo de especialización del trabajo colectivo (social), más allá de la apariencia fenoménica en que se presenta su propio discurso, y al mismo tiempo detectar como viene contribuyendo de manera peculiar para la continuidad contradictoria de las relaciones sociales, o sea, del conjunto de la sociedad.(p.85)

Es decir, que el significado de nuestra práctica social no se revela en lo inmediato, en lo cotidiano profesional, sino que tiene un sentido y construye alternativas a partir de lo social histórico en las cuales somos partes. Al respecto en las entrevistas se señala:

“En primer lugar, partimos de decir que tomamos como punto de referencia el año 2001 que marca el inicio de nuestra conformación como equipo terapéutico integrado a un staff de enfermería. Para una de nosotras (Trabajadora/o Social), ese año significó la incorporación a la institución mientras que para las otras dos, (psicóloga y psiquiatra), ya contaban con 10 y 8 años trabajando en el hospital respectivamente en distintos dispositivos. En este sentido, nuestra mirada particular se fue gestando y creciendo a partir del encuentro de nuestras propias trayectorias singulares, puestas en intercambio en diferentes estrategias terapéuticas, desarrolladas con pacientes crónicos y de ingreso en la sala de varones de este hospital. Este entrecruzamiento de trayectorias, reúne identidades personales, profesionales y especificidades disciplinares diferentes, que dicen a la vez de la riqueza del proceso puesto en común, donde nos acerca y nos hace familiar el compromiso político que le asignamos a nuestras prácticas, como principal componente que guían a las mismas”. (Entrevistada/o I)

“La experiencia transitada se vincula directamente a intervenir desde formas innovadas de asistencia en salud mental, decididamente vinculadas a estrategias de desmanicomialización acorde a los principios que rigen en la

actual LNSMyA. Y agrega: “Nos entusiasmaba la idea de **ir al rescate del hacer (poiesis)**, emparentada con una hermenéutica reflexiva, que diese lugar a una narrativa colectivamente construida”. Reflexiona: “Historizar, desde esta perspectiva, nos permitía hacer un análisis diacrónico de los hechos, también de los dolores, de los sufrimientos, de las sensibilidades, de los sueños, **tanto de los que trabajamos, como de la vida de quienes venimos asistiendo**”.

(Entrevistada/o I)

“En principio, poder contextualizar que yo arranco a trabajar en el hospital, en la C.P.O., en el 2009, en una sala de varones, que posteriormente, se mudó, físicamente a otra sala. En ese momento todo el equipo de la sala donde inicio mi trayectoria profesional, y por supuesto los usuarios de ese espacio, fuimos, nos trasladamos, nos mudamos, a lo que en ese momento era otra sala en la institución. Era una sala, ediliciamente, mucho más chiquita, estaba en muchas mejores condiciones, tenía otra impronta la sala, yo digo esto, porque centrado en el trabajo Social, yo marco mucho esta cuestión de lo edilicio porque **yo creo que las cuestiones edilicias, de la parte física, son parte de la intervención**. Entonces poder pensar y acompañar un proceso de mudanza entre comillas, de una sala donde la lógica asilar estaba ahí presente todo el tiempo, a otra sala, que no digo que no persistan esas lógicas porque sería muy inocente de mi parte pensar eso, pero si, se pudieron en parte como mejorar en términos de calidad de vida y de dignidad de alojamiento”. **(Entrevistada/o II)**

“En realidad para ese período, yo había regresado hace un tiempo de Brasil, donde estaba viviendo y había terminado mis estudios de posgrado y se había hecho en la C.P.O. una preselección, antes del proyecto de Viviendas Asistidas y quedé en un orden de mérito, para trabajar en las viviendas. Se comunica conmigo la dirección de la C.P.O. para trabajar en este proyecto y me convocan desde la especificidad de Trabajo Social y que iba a trabajar con una Psicóloga en armar el proyecto de estas viviendas asistidas en Oliveros”.

(Entrevistada/o III)

De las entrevistas realizadas, puede desprenderse que la inclusión de Trabajo Social en espacios institucionales, atravesaba viejas y nuevas fronteras en aquellas intervenciones vinculadas a la temática del sufrimiento mental. Hecha esta consideración, y atendiendo a los modos de inclusión de las y los Trabajadores Sociales entrevistados, se interpreta que las problemáticas sobre las cuales intervenían, hacían foco en el tejido social donde personas, grupos e instituciones estaban inmersos. Es

desde este lugar, donde las demandas institucionales vinculadas a su inclusión con relación al espacio socio- ocupacional atravesaba las siguientes aristas:

*“En aquel momento, recuerdo, que se privilegiaron, **acciones al interior y por fuera del hospital**. En ese marco, se les asignó a los equipos interdisciplinarios de cada sala potestad en la transformación, se los pensó como instrumento de gestión, tanto como en su calidad de dispositivo clínico fundamental. Esta perspectiva impulsó la creación de un nuevo reglamento y organigrama institucional⁶², que dejaba atrás la organización Taylorista y netamente médica de los Hospitales Generales (1972)⁶³. En ese contexto, la Colonia transitó experiencias piloto de Viviendas Asistidas y Servicios de Proximidad. Al mismo tiempo, se estableció que, los Equipos Interdisciplinarios estarían abocados a viabilizar la externación no expulsiva de los pacientes institucionalizados y la implementación de los Servicios Sustitutivos. Para ello, la ley tendría que funcionar como verdadera garantía no solo de apoyo político-social, también financiero, para sostener los cambios estructurales necesarios”.*

(Entrevistada/o I)

*“Recuerdo que a fuerza de reiteradas solicitudes por parte de los trabajadores a los funcionarios de turno para disponer un documento formal emitido por la DPSM, que dé cuenta de su Programa de Transformación de la Asistencia en Salud Mental, hasta el día de hoy sin respuesta, obtuvimos, a modo de alivianar el déficit comunicacional en dicha materia, la aprobación del expediente N° 00501-0126806-7, mediante el cual , la DPSM procede a la formalización del proyecto denominado Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental, como Dispositivo de Salud alternativo a las lógicas manicomiales. Esta formalización, se logra mediante la resolución N° 2148, del 3/10/2013 que, junto a las leyes vigentes, vinieron a **robustecer la legitimidad de nuestras prácticas cuando desde el año 2011, decididamente, hicimos la opción irrenunciable de privilegiar el ámbito extra hospitalario para su desarrollo**”.* **(Entrevistada/o I)**

⁶²Se hace referencia a la propuesta sobre la cual se pensó el trabajo y su organización al momento de definir el proyecto de Viviendas Asistidas. Las autoras parten de la idea de “concebir a la organización del trabajo como una **relación social de trabajo**, donde el poder se ejerce decidiendo (colectivamente), como debe ser el trabajo (rompe con la lógica Tayloriana, no hay jefaturas, no hay departamentos, no hay guardia, no hay pabellón, no hay “report”, etc.)”. Rubio, R.; Pino, G., Álvarez, P. (2015). Mimeo.

⁶³ Decreto N° 02542/72. Disponible en <https://www.Archivo de Decretos del Poder Ejecutivo - Provincia de Santa Fe - República Argentina>

“En principio, poder contextualizar que yo ya no estoy cumpliendo las funciones que desempeñaba en aquel período de tiempo que era del 2012 al 2015. Habiendo aclarado esto, decir que al poco tiempo que yo arranco a trabajar, en una sala de varones de la CPO, desde la institución, digamos el equipo de dirección de ese momento, y el equipo disciplinario de la sala, que era un equipo interdisciplinario, se empezó a hablar de la posibilidad de hacer un cierre, de todas estas lógicas que venían sosteniéndose desde esta sala, y, en el marco de la nueva ley de salud mental también, y pensando en los derechos de los usuarios que estaban transitando por ese espacio, que eran y son, usuarios de larga internación, ellos, digo ellos, porque es una sala solamente de varones”. (Entrevistada/o II)

*“En principio no venía con experiencia de trabajo en el campo de la salud mental y en conjunto con la psicóloga se nos convoca desde un lugar de coordinar, la de formular el proyecto y coordinar un dispositivo de viviendas asistidas en la localidad de Oliveros. Creo que fue un desafío interesante porque lo que suponía era una **intervención profesional que tenga como objetivo la construcción de una institución, de un dispositivo**. O sea, el Objeto, podemos llamarlo en términos clásicos de la intervención era el de construir un dispositivo, construir una institución, no suponía una intervención , en principio, después eso se va complejizando, pero en principio el objeto de intervención, la estrategia de intervención sería construir una institución, podemos decir , una institucionalidad social, o un dispositivo , y el fundamento para construir ese dispositivo iba de la mano del proceso de desmanicomialización que venía desarrollando la institución, incluso que toma otro ritmo , a partir de la sanción de la nueva LNSMyA”.* (Entrevistada/o III)

En las entrevistas realizadas se plantean algunos ejes tendientes a producir desplazamientos con relación a los mandatos institucionales y los propios objetivos profesionales. Al respecto, (Mallardi, 2014) refiere que:

Las consideraciones vinculadas al análisis de la construcción de la finalidad en los procesos de intervención, se hace necesario mencionar, en primer lugar, que el Trabajo Social, al ser una profesión que se inserta en el mercado de trabajo y donde, por lo tanto, presta sus servicios a cambio de una retribución –el salario-, desarrolla sus procesos de intervención en un contexto marcado por objetivos institucionales que pueden coincidir, o no, con los propios. Además, en la dinámica de la intervención, los intereses y objetivos

institucionales y profesionales entran en juego con las necesidades, visiones y objetivos de la población usuaria. (p.59)

Para aquellas consideraciones vinculadas a las funciones asignadas/asumidas en el cotidiano del campo de la salud mental en instituciones monovalentes, algunos autores plantean que las mismas, históricamente, se han caracterizado por el tratamiento de lo social.

En términos generales lo social (Bisnieto (2005), Karsz(2001), citado en Moralejo, M., et.al., (2007)), para el modelo medico hegemónico, comprende todas aquellas dimensiones y condicionantes vinculados con el afuera institucional: gestionar posibles derivaciones a otros efectores de salud, asesorar-gestionar los ingresos necesarios para garantizar la subsistencia mínima, gestionar posibles lugares que alojen al sujeto portador de padecimiento mental, contar con referentes que controlen la adhesión al tratamiento. O en el caso de los que egresan por su cuenta, reforzar el autovalimiento cotidiano y articular con dispositivos institucionales que acompañen o sirvan de referentes operando como espacios de inserción recreativos, terapéuticos, productivos, (etc.), ofreciendo actividades que apuntalen a la organización de la cotidianeidad.(p.6)

Por otra parte, **la inclusión de los Trabajadores Sociales en el campo de la Salud Mental en general, y en los equipos de salud en particular, no reviste una finalidad estrictamente terapéutica.** Como sostiene Bisnieto (2005) la génesis del servicio social no es de naturaleza endógena, es decir no responde directamente a necesidades terapéuticas o clínicas. El sentido sociohistorico que define su inclusión en las políticas del sector obedece a la necesidad de racionalizar; administrar y articular en el campo de la salud mental con los recursos y dispositivos de la asistencia social .En el caso de **Entrevistada /o I:**

*“Podemos decir que el trabajo clínico de derivación/ externaciones se pudo ir realizando a través de una tarea extra-hospitalaria constante, organizada sobre la base de diferentes contactos institucionales y familiares, y con una fuerte apuesta en terreno en las zonas de procedencia de los pacientes. Promovido y sostenido desde un abordaje interdisciplinario intra-hospitalario, también intensivo, tanto en la estabilización de la crisis, como en la habilitación o restitución social que abarcó a las posibilidades del paciente crónico como al de ingreso. En la mayoría de los casos, **implicó rearmar casi desde cero un piso***

mínimo de beneficios sociales, que les permitiera a estas personas, sostenerse en el afuera con las mínimas condiciones de ciudadanía”.

*“La experiencia extra-hospitalaria que veníamos sosteniendo desde el año 2011 concretamente con dos pacientes que registran largos años de internación psiquiátrica, evidencia la posibilidad de co-construir un lugar provocador de rupturas biográficas, respecto del estigma que produce cargar con una identidad psiquiátrica. Apuesta que fuimos logrando sobre la base de un abordaje terapéutico no-tradicional, que contempla un sistema de apoyo/s constante, estructurado sobre una reciprocidad relacional y de intercambios culturales, sociales, imaginarios y simbólicos, que contienen los espacios de socialización inherentes a la vida cotidiana, que involucra lo familiar, la vecindad, la urbanidad, etc. Estamos haciendo referencia a una intervención que dialoga con lo social, entendiendo que nuestro trabajo es una práctica eminentemente política. Ya que, en ese intento de ir al rescate del hacer se nos juega una producción deseante. Como modo de rebeldía, frente a la alienación y a los efectos siniestros que provoca el manicomio en las subjetividades. Es una práctica, clínica-política o viceversa, **en cuanto trabaja en la restitución de una subjetividad, que dé lugar a una recomposición identitaria, en donde tiene lugar, también, la historia de vida del sujeto que asistimos, los acontecimientos significativos y su dimensión en el presente”.** (Entrevistada/o I)*

*“Se venía haciendo como un trabajo arduo en potenciar eso que veníamos ahí como trabajando en el equipo, pero poniendo el acento ahora, en el afuera del hospital. Desde Trabajo Social, en este modo de pensar los derechos humanos, la cuestión de la identidad, de poder pensar al otro como sujeto, como ciudadano, empezar con todos estos movimientos, cuestiones que a lo mejor resultan cuestiones muy sencillas para otro que escucha, pero poder **acompañarlos y pensarlos y pensar con ellos**, la cuestión de ir a tramitar su documento, de ir a tramitar su pensión, de que ellos pueden ir a cobrar su pensión y con todo eso poder armar, y acompañar para que ellos puedan ir a otro lugar, ya sea a un espacio cultural y demás por fuera del hospital fue un proceso sumamente interesante porque, básicamente porque se los tuvo en cuenta, **porque se trabajó con ellos no para ellos, ni por ellos**. Me parece que ahí está el acento que trabajo Social hace”.* (Entrevistada/o II)

“Un poco fue construir todo, todo en ese contexto, y bajo la direccionalidad que imprimía la dirección de la C.P.O. y esa nueva legalidad con respecto a la Salud Mental, fuimos haciendo todo el proceso de selección de los pacientes primero y después de las pacientes, nos vimos involucrados en toda la gestión vinculada desde el alquiler de la vivienda, después nos vimos con la tarea, no sólo de la selección de los usuarios de las viviendas sino con el personal de las viviendas, el personal de enfermería y otros servicios que formaron parte, así es que hay todo un primer gran momento nunca deja de estar presente que es la gestión de ese proyecto. Y la gestión de ese proyecto tenía que ver con enmarcarnos en la nueva ley de salud mental, en pensar en una desmanicomialización en la localidad de Oliveros situada, localidad donde existen determinados imaginarios también sobre la salud mental, sobre la C.P.O., gestión que tenía que ver con ir presentando el proyecto en las distintas instituciones, municipales y de otro tipo de la localidad, incluso con los vecinos, cuando ya sabíamos que casas íbamos a alquilar, había un trabajo de difusión y de información con los vecinos, después requirió un trabajo de diálogo y de alguna manera de capacitación con el personal de enfermería que iba a participar del dispositivo y también supuso armar toda una red de trabajo con instituciones provinciales, municipales y otras de la sociedad civil que le llamamos, que tenían base o que influían en el territorio de Oliveros. Esos fueron los inicios del proyecto, por donde había que gestionar y por donde transitaba también la intervención profesional”. **(Entrevistada/o III)**

Con relación a las demandas institucionales hacia el trabajo social, se han desplazado las funciones asignadas disciplinariamente a los llamados equipos interdisciplinarios. En este sentido, Karsz (2007) aporta al análisis refiriendo que la pregunta con relación al quehacer de Trabajo Social no debiera limitarse a pensar sólo el lugar del Trabajo Social en determinados escenarios, sino dar cuenta de cómo los mismos se configuran socio-históricamente, qué se demanda al Trabajo Social; quiénes lo hacen; qué políticas sociales se conjugan; qué condiciones se presentan. En este marco, las funciones descritas que se intentan caracterizar están vinculadas a:

“En algunos pacientes algo se pudo sacudir, en la posibilidad del habla, en estrategias clínicas que apuntalaron su restitución integral como sujeto. Se consideraron gustos, preferencias y capacidades para integrar pacientes a espacios de inclusión productiva adentro del hospital. Se generaron ingresos económicos y beneficios sociales, que les permitió a algunos pacientes retomar

y/o inaugurar la relación que implica la administración del dinero para uso personal. Se los acompañó en un proceso de recuperación de hábitos más socializados, habilitando espacios de encuentros para la recreación, el juego y el deporte, a fines de promocionar su autonomía y su singularización. Todo este trabajo, reforzado por el dispositivo de salidas terapéuticas, con fuerte presencia de enfermería, funcionaba con una frecuencia realmente apreciable (hoy, bastante deteriorado dicho dispositivo, por la falta de movilidad en condiciones), Esto, permitió movilizar diferentes proyectos de externación, de empezar a poner en palabras y escuchar en boca de algunos pacientes, el “me quiero ir del hospital”. (Entrevistada/o I)

*“Garantizando sus derechos sociales básicos, como su derecho a un tratamiento que menos restrinja su libertad, cercano a su residencia o comunidad de origen. Lo que implicó trabajar también, con el grupo familiar receptor, para desarmar las resistencias o reticencias encontradas en diferentes procesos, que provocaba el retorno del paciente a su hogar. Como sabemos, hogares que, en la mayoría, se encuentran atravesados por contextos socioeconómicos muy precarizados y en ocasiones, con miradas altamente estigmatizantes, adoptando una posición expulsiva. Reconocemos por otro lado, que nuestro trabajo también requirió de una **fuerte apuesta, en el plano local-comunitario**, de distintos puntos geográficos de la provincia de Santa Fe ,para que las instituciones comenzaran a comprometerse con ciertas líneas de acción, ajustadas a las normativas de la legislación vigente”. (Entrevistada/o I)*

*“Yo creo que hay una convocatoria a las y los trabajadores, desde dos lugares, por un lado, este lugar, bueno **el trabajador social tiene que encargarse de , esta cosa más residual**, viste de esto, esto y esto, porque otras disciplinas hegemónicas así lo dicen, pero también leo, que también hay otra cosa y **hay una convocatoria a trabajo social desde otro lugar** , en algunos espacios, en algunos equipos, que tiene que ver más con esto de pensar **intervenciones fundadas y situadas mas con el horizonte que tiene que ver con el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas** y también hay un **empuje artesanal por momentos**, de Trabajo Social que hace que algo de eso que los otros y las otras dicen que el trabajo social tiene que encargarse de esto se vaya rompiendo, moviendo, lo que sea. Pero es más como desde la trinchera este trabajo de trabajo social. Yo creo que es un movimiento que empezó y va a seguir moviéndose pero bueno no es un movimiento lineal , va*

para todos lados, incluso muchas veces para atrás, pero es un recomienzo y no es desde cero. Eso sí, me parece interesante, por lo menos estamos y estamos en movimiento”. **(Entrevistada/o II)**

*“Para mí, el principal desafío nuestro para pensar la intervención tenía que ver con la pregunta sobre: ¿Cómo por un lado, se ve la externación, nosotros decíamos, bueno **cómo mirar el proceso de externación y de desmanicomialización, desde una perspectiva no familiarista**, esto quiere decir, desmanicomializar no supone, solamente externar y que se haga cargo la familia, y después: ¿Qué lugar ocupa en estas estrategias las direcciones, en este caso de los hospitales de salud mental, porque si bien, tiene otras responsabilidades, uno lo sabe, en la gestión, tener que gestionar trabajadores de distintas categorías, presupuestos para los distintos pabellones, para los módulos alimentarios, etc., etc., me parece que una discusión muy rica que hubo en ese tiempo y que involucró a todos los trabajadores y con la participación en las asambleas, era ¿Qué lugar le correspondía en la lógica de desmanicomialización a las direcciones?, porque me parece que yo veía como distintas posibilidades, o transferir ese debate y esa discusión a otro lugar, no adentro del hospital, porque nosotros ya tenemos suficientes problemas que gestionar o ¿Cómo hacerse cargo?”.* **(Entrevistada/o III)**

Más allá de la diversidad de lecturas se observa que las/los entrevistados se reconocen y disponen de una legitimidad adquirida, producto de sus prácticas, en correlato con una plataforma legislativa que les da sustento jurídico, para la habilitación de nuevos espacios terapéuticos no manicomiales instalados fuera del hospital. No obstante, advierten que requerían del apoyo político pertinente, que completase esa habilitación en todas sus dimensiones.

Los aportes que realiza Carballeda (2007) para contextualizar los procesos de intervención asignadas/asumidas por Trabajo Social en el cotidiano del campo de la salud mental y en instituciones de salud mental remiten al tratamiento de lo social.

A partir de esta observación, el autor se pregunta en términos sobre lo social, ¿Qué dimensiones abarca? ¿Qué condicionantes establece? Qué se dice cuando se expresa: ¿una mirada social en las intervenciones?

No obstante, como bien advierte el autor, este concepto de lo social que parece tan amplio-teniendo en cuenta que no existe relación o vinculación posible que no sea social-, en el cotidiano de la intervención se conforma a partir de acciones puntuales y concretas que van desde el llamado telefónico, la gestión de derivación, el

acompañamiento a cobrar la pensión, la gestión del Certificado Único de Discapacidad, etc.

En esta misma línea, propone que este universo que compone “lo social” no es a secas el “objeto” del trabajo social, utilizando la noción de “escenario” que implica también cierto reconocimiento de la heterogeneidad de lo social, ya que lo que antes se consideraba homogéneo, en cuanto escenario previsible donde se suponía que se expresaba lo social, era caracterizado mediante relaciones causales y una fuerte tendencia a construir enunciados generales. En otras palabras,- refiere el autor-el “actor” era un “beneficiario”, su papel era su “rol” y el guión representaba la normatividad de la sociedad, de acuerdo con la concepción occidental y hegemónica de “normal” y “patológico”.

Asimismo remarca que el concepto de escenario introduce la posibilidad de acordar y encontrar en ellos, qué inscripciones singulares cuyo conocimiento puede trocar inevitablemente una mirada descriptiva por una interpretativa. En otras palabras-continúa el autor- :

Permite alcanzar una concepción de lo social y, específicamente dentro del Trabajo Social, una visión de la cuestión social como algo construido a través de representaciones, signos, etcétera, visión que en definitiva intenta comprender y explicar los padecimientos de los sujetos que recurren a los servicios sociales, y desde allí darle dirección a la intervención.. Hablaremos de escenarios de intervención, en relación a que remite a situaciones cambiantes de una misma trama. Así la intervención en lo social se convierte en una herramienta, mientras que pueda transmitir acciones, pero fundamentalmente un horizonte. (P.67-75)

En este sentido, se interpreta a partir de las perspectivas de las/los y Trabajadores Sociales entrevistados, poner en valor instrumentos y técnicas que fueron explicitados en los testimonios al momento de intervenir: acompañar, escuchar, asesorar, privilegiar, gestionar, planificar, demandar, entrevistar, participar, promover, promocionar, fortalecer, incluir, distribuir y redistribuir recursos, articular, integrar, mejorar, adecuar, cambiar, transformar, construir, que si bien constituyen un marco de referencia para el desarrollo de estrategias de intervención de Trabajo Social más creativas, no se vislumbra en los relatos, la posibilidad de ubicar al Trabajo Social desde una perspectiva teórica política como constitutiva del que-hacer/saber profesional en el campo de la salud.

En particular, en el aspecto que se refiere en disputar un campo desde la argumentación teórica, que posibilite poner en cuestión las condiciones limitantes del propio campo profesional y sobre todo, del contexto socio económico y político de ese momento. Si se advierte, desde el enfoque de derechos, la comprensión sobre la necesidad de garantizar un “piso mínimo” como posibilitante de la construcción de ciudadanía, -como un derecho social-, pero desdibuja las razones por las cuales el problema debe resituarse en las condiciones sociales e históricas por las cuales los pacientes/usuarios requieren de los servicios de Trabajo Social.

De modo idéntico, es correcto utilizar los canales administrativos, políticos e institucionales para interpelar a las políticas públicas, a las decisiones políticas, y sobre todo es correcto también, acordar política, ética, teórica y metodológicamente con un proyecto societal y un estado que garantice una protección social para que ocurra lo que, en el párrafo anterior Carballeda expresó como: “Así la intervención en lo social se convierte en una herramienta, mientras que pueda transmitir acciones, pero fundamentalmente un horizonte”. Si este horizonte no se vislumbra, se fortalece aún más la estructura asilar y manicomial y se perpetúan y cronifican las condiciones de vida de las personas internadas con sufrimiento mental.

3.1.2. Demandas provenientes de las personas pacientes/usuarios.

Con relación a la demanda se desprende de las entrevistas los desafíos a los que se presentan los dispositivos (C.P.O. y Viviendas Asistidas), al momento de concretar y afrontar procesos de transformación tanto en los pacientes/usuarios, las instituciones, como así también en los profesionales. El derecho a ser asistido, el derecho a ser visible, el derecho a la existencia, el derecho a una vida más digna, se presentan como expresiones y es allí, donde la intervención de Trabajo Social se torna posible teniendo en cuenta que los procesos de cronificación superan la variable tiempo-espacio, deviniendo casi esencialmente por el abandono del proyecto terapéutico y por la caída de la clínica. Para describir lo que aquí se intenta caracterizar:

“Nos referimos a una población psiquiátrica masculina, vulnerada en su condición subjetiva, social y familiar, con bajas perspectivas de ser externada. Ya que los pacientes presentaban lazos afectivos-familiares interrumpidos, inexistentes o inscriptos en contextos familiares expulsivos o con un nivel muy alto de desentendimiento. La mayoría, no gozaba de beneficios sociales formales, prevaleciendo un sistema de “beneficios” (favores) individuales, históricamente instituidos en la práctica del peculio. La situación, se agravaba con un afuera institucional que carecía de una red de dispositivos asistenciales

*en el nivel de la atención primaria de la salud, específicos y necesarios para el abordaje de las problemáticas relacionadas a la salud mental. La población en cuestión, contaba con hábitos manicomiales muy marcados, muy agravados, devenidos de la iatrogenia institucional. **Efectos iatrogénicos que se materializaban objetivamente en sus realidades corporales en un sentido integral**". (Entrevistada/o I)*

"Diez años de internación transcurrieron entre golpes, insultos, crisis de excitación, más golpes...hasta que el manicomio lo infectó de cólera...y sobrevino la calma.

Paciente/Usuario internado por Orden Judicial por pegarle a su madre. En la entrevista de admisión se nombra como "un juguete de navidad, usado por los otros y burlado".

XX, un niño grande y malo, el bobo, el tontito del pueblo, el que no puede aprender nada. Así "le pegaba" su madre.

¿Qué denuncia cuando dice esto? En un paréntesis alguien escribe (delirio paranoico)... "no reconoce los hechos ocurridos". Dice que es maltratado como un juguete y maltrata y se burla de otros, pega y es pegado.

Un diagnóstico al borde, re-borde de una Neurosis que no alcanzó a constituirse, un imaginario tejido en actos perversos, que encuentran el sostén de alguien sujeto a la perversión

Trastorno Esquizoafectivo de tipo maniaco escribimos en los informes, para nombrar un vacío Significante, significado completado con la ira, con la violencia, con la cólera.

¿Qué anudó en este Sujeto el vaciamiento en un Real que produjo la enfermedad infecciosa?

Perdió peso, perdió fuerzas, perdió violencia. ¿La cólera un nombre del padre posible que lo puso al límite de una muerte real?

Él se consiguió un lugar diferente al del tonto y cosechó y se constituyó en un referente de la Huerta, ¡de eso sí que sabe!, de la tierra, las semillas y sus frutos, él sabe. Y después quiso aprender más y se anotó en una escuela nocturna para adultos.

Para leer y escribir su nombre y otros nombres.

En agosto de 2013 se fue a vivir con su hermana, en una casa que ella alquilaba con sus hijos y él aporta su jubilación y olor a cigarrillo.

Su Acompañante Terapéutico dice “hay que hacerle cuerpo a cuerpo...porque si no, no se anima...”, mientras le enseñaba a tomar colectivos, reconocer las calles de su nuevo barrio, llegar al geriátrico donde se alojaba su mamá”. (Entrevistada/o I)

*“Se venía haciendo como un trabajo arduo en términos de la inclusión de muchos de esas personas, o de quienes podían hacerlo, porque entendamos en un primer momento que era una población, y es una población que lo sigue siendo, ya más grande, la mayoría eran adultos mayores, con muchos años de internación en el hospital psiquiátrico, la mayoría sin posibilidad de sostener un vínculo afectivo, familiar en el afuera del hospital porque ya no vivían sus familiares, o porque la mayoría cuando ingresaron al hospital muchos habían ingresado en ese momento como nombrados NN, entonces hubo todo un rastreo en ese sentido, **una indagación respecto de sus vínculos afectivos**, familiares, de pertenencia y demás en el fuera, muchos y la gran mayoría, no los tenía o no o localizamos, otros sí, pero más allá de ese trabajo, o teniendo en cuenta ese trabajo, de intento de vinculación con sus familiares, o lugares de referencia o de origen que ellos a lo mejor apalabraban como algo necesario y lo importante de volver, también se venía haciendo un trabajo de **inclusión de esas personas en espacios culturales , laborales, etc.**”. (Entrevistada/o II)*

*“Las demandas eran múltiples, a ver había demandas de todo tipo , en ese sentido yo no sé si hay demandas diferenciales , por lo menos en ese tiempo que yo estuve que fue el primer tiempo de externación de algunos de ellos y ellas, las demandas eran múltiples, digamos de **acompañar** , me cuesta colocar demandas para todos por igual , o generalizar el tema de la demanda, porque bueno, la demanda es una construcción , digo la demanda como categoría para la intervención profesional es una construcción que se hace entre, lo que la institución ofrece , en este caso las viviendas, lo que el paciente o el usuario, mejor dicho puede ir manifestando y lo que nosotros como profesionales vamos leyendo, pero, dentro de ese juego, dentro de esa interacción, bueno, aparecía, la demanda era de acompañamiento , sobre todo en un primer momento había para generalizar , era por un lado, acompañarlos digamos, había , no era tan sencillo el proceso me parece de habitar una vivienda y la experiencia de estar afuera de la colonia , entonces muchas veces la demanda era la de acompañamiento a realizar algunas actividades.” (Entrevistada/o III)*

Digamos, con Isela Firpo (2004) en Bertona, M. (2018) que el Trabajo Social cuenta con un recurso básico: la palabra, la propia y la del otro. Y cuenta con algunas tradiciones y herencias como la capacidad de escuchar al otro. De cómo y cuánto escuchemos, de cómo nominemos a ese otro, de cómo visibilicemos a esos otros, dependerá la fuerza que adquiera la instauración de ese otro en el espacio de lo público, como sujeto de derechos y responsabilidades. En estos procesos, la teoría adquiere una fuerza y un lugar muy importante.

3.1.3. Tensiones y/o distensiones con los recursos disponibles

Con relación a los recursos y específicamente a sus posibilidades de ser leídos en claves de derechos, implica problematizar sobre las relaciones que deben establecerse al momento de gestionar recursos, que en otros momentos históricos aparecían para el Trabajador Social como mecanismos de protección social. Es decir, y por lo que se desprende de las entrevistas, pareciera que: no son inagotables, resuelven situaciones coyunturales, sirven como estrategias de sobrevivencia, y suelen venir desagregados de la política pública como tal. Ya no es algo que se tiene o no, por el contrario, se presentan como productos de instituciones fragmentadas o en crisis que no logran instalarse para poder dar respuestas a las poblaciones con las que se trabajan al momento de pensar estrategias de externación que se sostengan en el tiempo.⁶⁴

En este punto, es oportuno situarla reflexión sobre los procesos de intervención en los espacios socio-ocupacionales, donde, como lo expresa Mallardi (2014): “La práctica profesional es determinada por múltiples dimensiones, la estrategia supone el análisis de la tensión y la posibilidad entre el deber ser y el puede ser, lo cual implica el estudio acerca de la viabilidad de aquello que se quiere realizar”. Pensar que:

La definición de una estrategia en Trabajo Social se vincula, entre otras cosas, al análisis y a la construcción de viabilidad, supone reconocer que no todos los elementos y recursos necesarios se encuentran asequibles en la intervención, siendo necesario establecer vínculos con otros actores sociales. (p.80)

Dicho de otra manera, resulta interesante el planteo del autor, ya que evidencia la complejidad de la intervención en el armado de estrategias. En este aspecto, vale resaltar que esos recursos no los tiene la propia institución hospitalaria sino que vienen de la mano de complejos mecanismos burocráticos-administrativos de distintos trámites que debieran resolverse más rápidamente al momento de otorgarse un beneficio social

⁶⁴Concretamente se está haciendo referencia a: Pensiones No Contributivas por Discapacidad (PNCD); Asignación Universal por Hijos (AUH); Certificado Único de Discapacidad (CUD); Pase libre de transporte; Gestión Social; Ley 5110 como beneficio no contributivo para la provincia de Santa Fe.

para estructurar externaciones sustentables, desde el punto de vista económico y también subjetivo.

Por otro parte, a partir de las entrevistas se analizan las prácticas de Trabajo Social en relación con los recursos en clave de estrategias:

*“Los Trabajadores Sociales, no hemos escapado de las tendencias **precarizantes en materia de estrategias**. Nos fuimos involucrando con los modos más perversos de las políticas focalizadas. Aceptamos estrategias para afrontar la emergencia que se instalaron en el tiempo, y esto nos funcionaba como conducta aprehendida. Tirábamos la red para ver que pescábamos de lo que el gobierno decide qué, cómo y para quiénes. Le abrimos las puertas a las capacitaciones rentadas; al trabajo en negro; a los planes sociales para pacientes, a los planes Trabajar; a los PEC, a los subsidios de distinta índole.*

*De alguna manera creo que eran estrategias que se quedaban en el camino de la inclusión precaria, sin horizonte cierto. Donde el imperativo social parecía traducirse en el imperativo de vivir la urgencia del momento, tomando (¿acríticamente?) lo que hay. El Certificado de Discapacidad; la práctica del peculio; la gratificación en especies; la asignación de un plan social; la gestión de una Pensión y/o Jubilación: ¿Acaso no son mecanismos de recompensas que siguen dejando **chorrear el carácter moralizante** que se ha caracterizado hasta la actualidad? Ahora bien si todo esto no va acompañado de un sentido terapéutico, no le asignamos un valor social, pierde su carácter político, no se inscribe como derecho, solo como subsidio, o como **estrategia de sobrevivencia** en el afuera, todo estaría indicando que aparece como un “sin sentido”, o en el mejor de los casos aliviado en su concepción convencionada de “entretenimiento”. Todo ello, no debería dejar de interrogarnos: ¿Y las condiciones estructurales para cuándo?; ¿Y qué de las contradicciones de clases?”. (Entrevistada/o I)*

En este aspecto, se desprende de lo planteado por la entrevistada/o, una serie de aspectos que denotan un grado de “responsabilización” por llevar adelante una estrategia fragmentada, que deviene del contexto histórico de la época. Este elemento no solo conforma una cuestión estructural al momento de definir las estrategias sino que también lleva a preguntarse por los alcances y márgenes que Trabajo Social tiene para desestructurar ese andamiaje al momento de construir estrategias de intervención.

Por otro lado, se recuerda que desde los marcos normativos desarrollados en esta tesis para la legislación de Santa Fe, se hacía referencia a la Ley de Descentralización

Hospitalaria, como un modo de mostrar los efectos de una política económica que dejaba dependiendo a la provincia del nivel nacional, al momento de solicitar recursos en términos de planes y programas que posibilitaran la inclusión de los pacientes/usuarios con problemáticas de sufrimiento mental, como para desde allí, construir alguna intervención sustentable .

*“La verdad que, la experiencia de producir externaciones, nos ha llevado a identificar y a enfrentarnos con un repertorio de obstáculos que se detectan en los distintos niveles de atención, que afectan tanto a la ciudad de Rosario como a medianas y pequeñas localidades. En muchísimos casos, estas experiencias, se han sostenidos en verdaderos trabajos artesanales, promovidos por los propios trabajadores de la salud, sin que pudieran anclarse en un política que normatice la institucionalidad de la reforma, que se pretende en el campo de la Salud Mental. Las **dificultades** más salientes han sido:*

La fragmentación de la asistencia; el desborde de la demanda en APS; vacíos institucionales; falta de una red de servicios ambulatorios de Salud Mental; falta de Equipos de Salud Mental estables e interdisciplinarios, que propicien abordajes preventivos que eviten la internación y la cronificación; vacíos conceptuales en la integración Salud Mental/Salud; ausencia de Centros de Día; ausencia de espacios convivenciales; centros para la atención de la crisis; ausencia de instituciones soportes.

*El escenario se agrava al confrontar, todavía en varias situaciones, con la **permanencia de prácticas manicomiales clásicas**, también en la persistencia de un discurso estigmatizantes, centrado en la idea de peligrosidad, en la judicialización de los problemas sociales, y en la detección de una falta de integración entre Salud Mental /Salud con una red intersectorial soporte”.*

(Entrevistada/o I)

De acuerdo a lo planteado por la entrevistada/o se advierte que en el intento de transferir la asistencia de las personas/usuarios internadas en el hospital psiquiátrico a la comunidad los/las profesionales continúan distanciados de la reflexión de estas prácticas alternativas con relación a la construcción y efectivización de sus procesos de trabajo. En estos términos, se considera que si no se atienden las transformaciones que deben producirse a través de un proceso global, social, cultural y político y se reveen sus límites y posibilidades a fin de que no se pierda la legitimidad de esas prácticas alternativas, se corre el riesgo de retroceder y abandonar los paradigmas de

transformación propuestos retornando a los modos más perversos de asistir a los pacientes/usuarios con sufrimiento mental.

*“Se me ocurre visibilizar algo concreto, que tenía que ver con comprar alimentos para que puedan sostenerse, en una casa asistida o en otra casa, no viene al caso, era la situación de un usuario que se fue a vivir a una casa, que no estaba en el marco de una casa asistida pero sí era su casa, no viene al caso el detalle, pero sí ilustra para poder viabilizar y **acompañar ciertos recursos concretos, reales**, para poder concretizar todo eso, la verdad que no había desde salud mental la posibilidad de conseguir algo de eso”.* **(Entrevistada/o II)**

En consecuencia con lo planteado por la entrevistada/o, se considera que las estrategias artesanales para la consecución de recursos, deja nuevamente expuesta la reflexión sobre aquellos elementos requeridos para alcanzar dichos objetivos. En este sentido, si bien existían posiciones que intentaban colocar este debate en la agenda pública y vinculada a enfoques universalistas y de intersectorialidad e integralidad, esto aún no se ha logrado, de acuerdo a lo expuesto en los testimonios recabados.

“En cuanto a los recursos, el alquiler de las viviendas venía del área de salud mental de la provincia, eran fondos provinciales, eran los mismos fondos con los que se pagaban el alquiler de las viviendas asistidas, de las viviendas asistidas que se desarrollaban también en Santa Fe, y de las viviendas asistidas que se estaban desarrollando en Rosario. Era justo en ese proceso donde la provincia empezaba a financiar esto.

La idea era ir transfiriendo progresivamente todo el financiamiento a la Dirección de Salud Mental pero además de eso, que era menor, los recursos humanos, también la movilidad porque también la movilidad estaba incorporada muchas veces en la colonia, cuando podíamos nosotros estar pudiendo también dentro de lo posible, la movilidad para hacer visitas, viajes, etc., y la limpieza, los recursos para la limpieza de las viviendas también. En un principio retirábamos todos los materiales desde la C.P.O como las salas. La comida también, retirábamos durante un tiempo las raciones hasta que después los y las usuarias dependiendo de su situación empezaron a adquirir su propia alimentación porque la mayoría tenía pensiones, sus ingresos económicos que le permitían destinar recursos ahí también, pero en un principio sí, hubo raciones también de la colonia”. **(Entrevistada/o III)**

Las categorías utilizadas por las y los trabajadores sociales para explicar los fenómenos y construir estrategias, dan cuenta de valiosos aportes y horizontes de acción como modo necesario para establecer una mirada sobre la práctica de los DDHH en la política pública. Se advierte una necesidad de encuentros entre la interpretación de las demandas de los sujetos afectados en sus derechos y los sectores y agentes estatales responsables que permitan modificar efectivamente los mecanismos institucionales y las prácticas con las que el Estado atiende el derecho a la salud mental.

Al respecto, Carballada propone observar las prácticas que intervienen en pro del otorgamiento de trabajo para los pacientes, argumentando que permiten visualizar la posición que el Trabajador Social ocupa cuando se sitúa – desde una dimensión material- como “dador de trabajo” y “proveedor de ingresos mínimos”, abriendo si se quiere la posibilidad de cuestionar los límites de esa especificidad.(p.20)

A lo que el autor añade:

En este aspecto, la práctica del Trabajo Social se aleja de sus supuestos fundacionales, conviviendo con una representación social que aún lo asocia solamente con la administración de recursos en poblaciones homogéneas. De todas maneras, esta modalidad de intervención, ha comenzado a ser resignificada de hecho, a partir de la propia crisis del Estado y de las políticas sociales.

En otras palabras, ante la crisis del Estado Benefactor, los recursos cambiaron de sentido. Dado que no poseen la misma validez “contractual” para lo cual fueron creados. (p.30)

3.2. El proceso de trabajo y la relación con las políticas sociales y sectoriales y las respuestas del Estado.

Pensar los procesos de trabajo requiere necesariamente analizar las respuestas que da el Estado en materia de política sanitaria para que las y los Trabajadoras Sociales puedan construir estratégicamente acciones y actividades tendientes a promover y prevenir colectivamente procesos de salud enfermedad mental. Las experiencias vinculadas a los procesos de desmanicomialización y/o externación dan cuenta de rupturas, continuidades, conflictividades y oposiciones al momento de apelar a una política pública que promueva un enfoque de derechos. En este sentido:

“A partir del año 2011, se produjo un cambio de funcionarios en la conducción de la DPSM. Desde esa fecha al día de hoy, los trabajadores de la Colonia de Oliveros, no dispusimos de un documento oficial que refiera a un Plan o Programa de Salud Mental pensado para la provincia, con el cual podamos dialogar, discutir o interpelar, acciones, presupuesto, dispositivos,

estrategias, que diseñen un escenario de reforma en un sentido francamente antimanicomial. Con el fin de superar abordajes autolimitantes del sanitarismo y el preventivismo, que se vienen históricamente sosteniendo desde la esfera estatal desde hace más de 40 años. Para ser resignificados en la nueva etapa actual, en la cual, se juegan nuevos organizadores de sentido en el campo de lo social, en donde un nuevo paradigma de la Salud Mental queda implicado”.

(Entrevistada/o I)

Se advierte en este testimonio el compromiso de los y las trabajadores/as un en el intento de reforzar sus prácticas desde una perspectiva de derechos humanos, a pesar de la ausencia de respuestas por parte de los organismos gubernamentales y las políticas sociales y de salud.

*“Nos hemos involucrado con abordajes realmente complejos, reiteramos, no solo por la situación de internamiento del paciente, en cuanto a sus mayores o menores perspectivas de externación/derivación, con relación a su estabilidad psíquica y recursos sociales y económicos, sino también, por las muchísimas situaciones de dificultad con las que hemos tenido que lidiar, en el plano local-comunitario, en términos de **no contar con una política social en salud mental mejor planificada**. El proceso de cambio, en la atención para la salud mental, se vivencia y se practica de manera desigual y los recursos para una transformación en los distintos niveles de atención vienen siendo sobre la disponibilidad de recursos críticos. Situación que, opera frecuentemente, como factor causante del paciente de “puerta giratoria”. Entendido como aquél paciente que por causas de una ausencia de una red de asistencia más o menos organizada, más o menos estable, sin dispositivos de contención sociofamiliar, provoca su vuelta al manicomio”.* **(Entrevistada/o I)**

Conviene subrayar en este punto, el esfuerzo que implica para las y los trabajadores/as la ausencia de una política planificada que lleva a “recargar” el trabajo en los profesionales que intervienen en los procesos de externación de pacientes/usuarios desde el hospital psiquiátrico a las viviendas asistidas. Además, si se atiende a la geolocalización desde donde estas prácticas alternativas intentan desplegarse, esto es, el componente de ser zona rural, la distancia de las grandes urbes, el movimiento interrelacionado a estos procesos y las dinámicas que se requieren desplegar para llevar adelante externaciones, se interpreta que el “trabajo artesanal” puesto solamente en los recursos humanos no es suficiente para llevar adelante los procesos de transformación requeridos.

*“Si bien la política pública en términos generales, teniendo en cuenta la salud mental teóricamente postula ciertas cuestiones de integralidad y de inclusión general, lo que sucede, o lo que creo yo, o por lo menos desde mi visión, lo que sucede en lo concreto, en lo real, es que **sigue habiendo como esta cosa muy focalizada**, no hay una política, o no había en su momento una política integral, no lo puedo ahí como despejar exactamente. La verdad es que en salud y en salud mental no había posibilidad de conseguir algo de todo eso y ahí entonces sí, yo coincido con otra colega en esto que tiene que ver con un poquito de acá, un poquito de allá, entonces hay algo de esta cuestión integral que esta flojo o estaba flojo en su momento”.* (Entrevistada/o II)

Se considera, en este aspecto que estas expresiones hablan de la continuidad de la lógica manicomial, de manera revestida, disfrazada, en donde el efecto de eso que está “flojo” pervive y se resiste pero a la vez permite que esa lógica continúe.

*“La experiencia de lo precaria que son las políticas de sustitución de lógicas manicomiales, que están depositadas, al menos en ese momento mucho en la voluntad de los que trabajaban y no había para mí lo que en ese momento había que armar y a lo que nosotros nos teníamos que dedicar, que era el armado de una institucionalidad que les dé sustento a esas propuestas de externación y (...), ahora que me pongo a pensar, algo que para mí me sigue pareciendo muy pero muy triste y que a mí me parece muy complicado, que son las condiciones de vida en las que algunos usuarios en ese momento vivían al interior de la colonia, quiero decir situaciones de precariedad de las personas bastante terribles que, es decir, no estoy responsabilizándolas a ellas pero una suerte de **naturalización de la precariedad** de las personas que también me lo llevo permanentemente como una interpelación muy grande, como en ese tipo de instituciones se puede construir subjetividades, sujetos que vivan de esa manera, obviamente que es un proceso de muy larga data , pero **para mí, eso siempre fue muy fuerte , muy interpelante**, sin duda que no es responsabilidad de los profesionales pero bueno, eso sí también me lo llevo, entre muchas otras cosas”.* (Entrevistada/o III)

Se desprende de estas lecturas, los innúmeros esfuerzos que se establecen al momento de definir nuevas estrategias de abordaje desde las instituciones y sus trabajadores como un intento de acercarse a procesos reformadores y transformadores, pero cargando sobre sus subjetividades altos costos personales y laborales para que las perspectivas planteadas puedan sostenerse.

3.2.1. Condiciones y modalidades de trabajo en dicho proceso.

En el párrafo anterior se expuso, en consonancia con lo planteado por Mallardi (2014) que, para el caso de los/ las trabajadoras sociales, las tendencias que adquiera la política social e institucional condicionarán las finalidades en los procesos de intervención en general y en la definición de los objetivos de los elementos técnicos-operativos en particular. En la identificación de los acuerdos y diferencias de la visión del profesional y de la institución, se encuentra un aspecto fundamental para la viabilidad de las acciones propuestas, haciendo necesario que el profesional desarrolle relaciones estratégicas de consenso, cooptación o conflicto según sea pertinente. (p.88)

*“Es éticamente necesario decir, que **nuestro trabajo nunca dejó de estar atravesado por las peores miserias que impone cualquier institución de encierro. Independientemente de los esfuerzos afortunadamente producidos, en pos de dignificar la vida de las personas que hemos asistido, y que seguimos asistiendo, la lógica manicomial, se filtra sin engaños por una estructura edilicia que aplasta, por más que los pabellones se remodelen mil veces, y por prácticas y discursos aún fuertemente arraigados en lógicas custodiales y disciplinarias, que contribuyen, como la cronificación de los pacientes, a producir y emanar un fuerte olor a manicomio”.** (Entrevistada/o I)*

En este aspecto, la institución manicomial aparece disfrazada bajo los procesos de “reformas”, “readecuaciones”, “lavados de cara”, que en definitiva no terminan de atacar la centralidad del mismo como dispositivo asilar y custodial.

“En esta zona de tensión, en tanto, (en este caso particularmente con el estado provincial santafesino), los trabajadores con trayectorias en el campo de la Salud Mental sobrellevando procesos de desmanicomialización, a veces contruidos artesanalmente y en soledad algo tenemos para decir convincentemente. Esta posición (nuestra) no se reduce a un manejo de intenciones circunstanciales, sino por el contrario, dicha convicción, se sustenta en los resultados que nuestras propias prácticas nos retornan y nos legitiman en un largo proceso de trabajo. Así, como nos legitima el actual andamiaje legislativo vigente, al que estamos haciendo referencia. Por lo que entendemos que, esta legitimidad alcanzada es un logro colectivo, y como tal, demanda una responsabilidad también colectiva. En franca adhesión a estos principios y objetivos, y entendiendo que, ese quiebre no se produce por decreto, nuestras intervenciones decididamente se perfilaron a sostener y proyectar (hay que hacer, además de pensar y desear) una modalidad terapéutica asistencial,

resignificada en el curso de las propias experiencias emprendidas. A las cuales, las consideramos excluyentemente mandatadas, por el objetivo de la inclusión social como derecho humano fundamental. En ese marco, se inscribe nuestra postura profesional, que hace decididamente la opción por “acciones de inclusión”, “atención domiciliar supervisada”, y por la implementación de “casas de convivencia”, tal como lo comprende el art.11 del Cap. V de la presente ley”. (Entrevistada/o I)

Se desprende de estos testimonios, una posición política clara y una reflexión sobre sus prácticas demostrando que es posible plantear abordajes diferentes al momento de interpelar a la institución manicomial.

“Y hay algo de la lógica asilar que como trabajadores también nos atraviesa y muchas veces, por lo menos en su momento, no podría decirlo ahora, porque yo estoy en otro espacio, como diferente, pero en su momento, si leíamos, también en esto de pensar y repensarse uno como profesional, también había cierta cuestión instituida de lo asilar en muchos profesionales, y me incluyo, eh, no es como que hay tengo todo resuelto, pero era como un actualizar permanentemente y un preguntarse, indagar, repensar, volver para atrás, ir, venir, porque nos encontrábamos tanto los y las usuarias, como nosotros como equipo interdisciplinario y nombrando a trabajo social también reproduciendo algo de esas prácticas asilares, esta cosa de correrlo al sujeto, como que había una cosa medio híbrida en un primer momento pero bueno en ese sentido es que yo digo es necesario, es importante y en esto también Karsz lo dice, esto de repensar todo el tiempo, preguntarse, preguntarse desde un lugar fundante, fundado, situado, algunas cuestiones para no reproducir esas prácticas asilares que uno las piensa como por fuera del marco de los derechos de los usuarios, pero en un primer momento había así algo de esto de los muros van más allá, los muros del manicomio van más allá”. (Entrevistada/o II)

Desde esta perspectiva se evidencia la complejidad del campo de la salud mental, como campo de disputas, demostrando que, más allá de los logros normativos, hay una batalla por el sentido y las prácticas al momento de intervenir y acceder a una lectura que posibilite comprender y acceder a la complejidad de lo social.

“Yo creo que cuando a nosotros nos convocan, un poco lo que quería hacer esta dirección era, tomar algún grado de iniciativa con respecto a esas políticas, y es en ese momento donde entra en contacto con la experiencia de Montes de Oca, que fue la autotransformación de reforma psiquiátrica, con un

*protagonismo central en su autorreforma , esa me parece que era la orientación general, no digo que haya sido un proyecto, digo , la orientación general, pero bueno, eso también estaba en discusión , me parece , todo el tiempo, hasta donde y hasta cuando las direcciones de la CPO, y porque digo esto, porque el debate era muy concreto, había un campo opositor, por decirlo así, que eran muchos trabajadores que expresaban que esta lógica iba a generar menos trabajo, pero también había otro grupo dentro del campo, vamos a decirlo así, crítico, si cabe la palabra o desmanicomializadora, **había muchas posiciones**, había un sector de ATE, que sin dejar de apoyar las viviendas y de trabajar, colocaba todo el peso de la definición en el estado provincial, o sea, hasta que el estado no tenga presupuesto entonces estas son entidades precarias, que , entonces había una suerte de indefinición hasta que no haya recursos y cuestiones, y eso existió, y por parte de otros, también esta idea de bueno, hay suficiente lio y conflictividad ya al interior de la propia colonia como para que además nos hagamos cargo de las viviendas, entonces eran dos opciones que eran atendibles, necesarias, pero que no implicaban una iniciativa institucional para abordar esto, y después había una gran cantidad de trabajadores, que decían, bueno, en esta coyuntura, donde hay una legislación que no existe y donde están todas estas tensiones que se presentan nos parece que la dirección de la CPO tiene que empezar a destinar una mirada ahí, porque sino cuando lo vamos a hacer". (Entrevistada/o III)*

Desde estas posiciones, se expresan diferentes proyectos que conviven en tensión cuando se constituyen procesos tendientes a articular y mediar en los modos de atender y asistir a la locura.

De las entrevistas surge que si bien en el período que se analiza existían un conjunto de leyes, normativas y lineamientos que establecen derechos en términos de salud mental, las intervenciones de Trabajo Social están fuertemente marcadas, como en toda práctica social en Salud Mental, por conflictos de intereses entre los actores sociales involucrados. Se advierte una clara lectura de las discrepancias como también del lugar de la práctica y el abordaje puesto en la mejora de las condiciones de vida de los pacientes/usuarios.

En este punto de inflexión es donde el colectivo profesional interpela sus prácticas y sus posicionamientos para señalar como lo plantea Carballada (2002):

El espacio institucional también implica una superposición de mundos y de lógicas que dan cuenta de una enorme diversidad de marcos comprensivos y

explicativos. Todo esto se inscribe de alguna manera tanto en los sujetos sobre los que intervenimos los trabajadores sociales como en la historia de nuestros propios padecimientos subjetivos. Pero, sin esa perspectiva histórica es dificultoso pensar la intervención no solo como una estrategia hacia la resolución sino también como un necesario dispositivo reparador de injusticias, desigualdades y resarcimiento. (P.167-177)

3.2.2. La interdisciplina en el campo de la salud mental y la dimensión ético-política de la práctica social.

Al inicio de este trabajo se planteaban algunos interrogantes vinculados a los procesos de desinstitucionalización y las prácticas sociales de Trabajo Social en estos procesos. Son aquellas preguntas que insisten y se resisten aún ante aquellas experiencias pilotos innovadoras ligadas a los procesos de externación/derivación/admisión/sostenimiento para pacientes /usuarios que dejan el hospital psiquiátrico (C.P.O.) para formar parte del dispositivo de Viviendas Asistidas. ¿Qué hacer con la locura?; ¿Cómo abrir las puertas del manicomio, sin expulsar al vacío, sin desasistir?; ¿Desde dónde se sostienen los manicomios?; ¿Por qué los pacientes/usuarios siguen allí?; ¿Hacia dónde van las intervenciones?

En estos procesos vemos como el Trabajador Social, se vincula con otros profesionales y saberes en el intento de construir respuestas precarias y artesanales. En otras palabras, coincidimos con lo planteado por Faraone (2009), cuando refiere que: “Hablar de interdisciplinariedad implica una heterogeneidad no sólo disciplinar, sino de miradas, de posicionamientos”. Ahora bien, ante la consideración de la Salud Mental como un proceso complejo y multideterminado que propone ser abordado supuestamente, desde la interdisciplina, se advierte una nueva manera de lidiar con la locura que identifica a los equipos interdisciplinarios como esenciales en los procesos de cambios y transformación institucional. Lo que estaría dejando por fuera, la coexistencia de paradigmas en disputa, actores con interés de los más variados, profesiones con mayor y menor legitimidad en el campo de la Salud Mental. En sus relatos los y las profesionales entrevistados apelan a un trabajo interdisciplinario y a la dimensión ética-política de sus prácticas.

“Nuestro saber-hacer, se nutre no solo de un saber técnico de incumbencias profesionales, tan eficaz como fragmentario y provisorio, sino que también pone el pie en: el saber literario, en el saber del sentido común (histórico y social) , en la poesía, en la dramaturgia institucional, en el saber resignificado que nos retornan nuestras diferentes intervenciones,

experimentadas en distintos dispositivos institucionales a lo largo de estos años (pabellones de crónicos, de ingresos, guardia, comités de admisión, salidas terapéuticas, trabajos extrahospitalario, etc.). Experiencias interventivas que datan incluso con anterioridad a nuestra conformación como grupo, ya que una de nosotras forma parte de aquel primer grupo de profesionales psi, que en los inicios de los años 90 desembarcó en el hospital a hacer novedosamente la experiencia de la desmanicomialización. Y con esto hay que trabajar, con esto hay que vérselas, confrontando con lo manicomial pero en el entramado social, fuera del hospital, atendiendo los distintos estatutos del sujeto, sin perder de vista una direccionalidad clínica. La cual, se resignifica cursando la experiencia, ya que la misma, pone en tensión algunos postulados clásicos que la rigen como disciplina y que conlleva además, la responsabilidad ética de revisar críticamente nuestras propias prácticas”. (Entrevistada/o I)

“La Ley 26657 es como cualquier ley proscriptiva y prescriptiva, en este caso en articulación con los DDHH, no está taxativamente vinculada con la clínica, a la clínica (psicoanalítica) hay que introducirla. En este sentido, la dirección de una cura no puede ser reemplazada por trámites administrativos, adaptaciones ni reeducaciones. La interdisciplina instituida por Ley. ¿Pero qué es la interdisciplina?; (...) la imposibilidad práctica de construir un saber total a partir de saberes parciales; la posibilidad de producir encuentros de saberes discursivos (los discursos siempre compiten); que esos encuentros se den en el marco de una lógica de intersección por sobre una lógica de complementación; por sobre todo una intersección que aloje el no saber de cada discurso. Si bien puede existir un equipo interdisciplinario que participe en una cura, tiene que haber una función de dirección de la cura que implica una responsabilidad terapéutica, que fija una estrategia en la que participan los diferentes saberes cuyo determinante no surge de un amo sino del síntoma mismo del paciente construido en transferencia. El riesgo generalizado es que cuando no hay una función de dirección de la cura, y figura el equipo terapéutico como tal, la responsabilidad es de todos y de ninguno, y no hay estrategia elaborada. Estamos haciendo referencia a una práctica, clínica-política o viceversa, en cuanto trabaja en la restitución de una subjetividad, que dé lugar a una recomposición identitaria, en donde tiene lugar, también, la historia de vida del sujeto que asistimos, los acontecimientos significativos y su dimensión en el presente”.(Entrevistada/o I)

“El equipo disciplinario de la sala, que era un equipo interdisciplinario, estaba conformado por las distintas profesiones, al igual que ahora, trabajo social, abogado/a, psicólogo/a, psiquiatra, todos los compañeros y compañeras de enfermería, todos involucrados en esto de reactualizar, repensar, algunas cuestiones no sólo disciplinares, sino en términos de equipo . Y siempre posicionada desde este lugar en términos de Trabajo Social, el de los derechos humanos y esto de pensar al usuario de salud mental como ciudadano”.

(Entrevistada/o II)

*“Sobre todo fundamentalmente que no se puede pensar en la especificidad profesional sino que hay que mirar de forma interdisciplinaria todas las intervenciones profesionales, aún las intervenciones sociales. En principio posicionado desde este lugar de agente profesional que está habitando el estado, el estado como entidad que trata de garantizar derechos y en ese sentido, y pensando esta experiencia particular, un profesional que trata de desarrollar y pensar una política, con las limitaciones que uno puede tener, que trata de garantizar derechos y construir otra estatalidad. Y construir estatalidad no quiere decir heteronomía o subordinación de los sujetos con los cuales interviene, sino justamente **poder potenciar la ciudadanía y poder potenciar la autonomía**, en la necesidad de reconstruir lo público estatal como soporte necesario para la garantía de derechos, y en ese punto, no es menor sólo el debate provincial y nacional que son necesarios, sino también los debates al interior de las distintas categorías de agentes que están en la institución”.*

(Entrevistada/o III)

De los relatos surge con claridad la puesta en valor que implica para el Trabajo Social la relación y quehacer que establece con otras disciplinas como modo de enriquecer la reflexión y posibilidad de desarrollar prácticas alternativas vinculadas a la transformación institucional.

3.3. Propuestas de la reforma para la transformación del modelo manicomial (objeto de la LNSMyA) y la promoción de servicios alternativos y sustitutivos en el espacio comunitario (objeto de la LPSM 10772/91- Santa Fe). Tensiones y/o distensiones entre prácticas existentes-instituidas- y prácticas alternativas-instituyentes-.

De los relatos de las entrevistas se puede interpretar que vienen sucediendo a lo largo de décadas, transformaciones y cambios en el campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe pero también se puntualizan diversos obstáculos.

“En el año (2011), la C.P.O, a tono con los lineamientos de la DPSM, presentó su propio plan estratégico, abordado en un esquema general borrador, que se dirime entre seguir apostando a las prácticas sustitutivas al manicomio, al mismo tiempo que no abandona su objetivo de seguir reestructurando el hospital, en términos de perpetuar una readecuación inacabada de la estructura asilar”. **(Entrevistada/o I)**

*“El recurso poético, por suerte, nos acompaña como un fiel asistente que nos permite seguir nombrando y denunciando lo que aún nos incomoda, reconociendo incluso, que **a veces las palabras, nos resultan insuficientes**, frente al límite siempre abierto que encuentra la reproducción de la función manicomial, en la perpetuación de prácticas rutinarias, estandarizadas, en correlato a formatos institucionales aún altamente burocratizados. Es una atmósfera que subrepticamente se desplaza y pervive, configurando los modos de un estar y un hacer, que siguen alimentando y rellenando el dispositivo manicomial. Independientemente que, desde hace más de dos décadas, afortunadamente, se ha podido avanzar sobre algunas zonas que nos conectan con mayores grados o niveles de transformación, que dan cuenta de su intención de reestructuración. Esto es, y viene siendo posible, a partir de diferentes propuestas organizadas bajo los principios de la Salud Mental, que el hospital pudo tomar y llevar adelante, con altos y bajos, con marchas y contramarchas, con más o menos apoyos, con más o menos resistencias”.* **(Entrevistada/o I)**

“Atendiendo a las cuestiones más generales, respecto del movimiento o de ciertos movimientos en el hospital en términos de readecuación , reestructuración, no de cierre, lamentablemente , pero bueno, yo leo y veo, ciertos movimientos desde, por lo menos desde que yo trabajo en el hospital en adelante. Ahora, que ese movimiento y esa readecuación, reestructuración, vaya al compás de lo que se dispone, en este caso en el marco de la nueva ley de salud mental y demás, estamos ahí medio como tambaleando, Si puedo devolver que hay movimientos”. **(Entrevistada/o II)**

En este punto, es importante subrayar que- aún ante lo inacabado del proceso de reformas y de la creación de dispositivos sustitutivos-, se hizo necesario pensar alguna alternativa no solo por los pacientes sino por la posibilidad de que el trabajo realizado tenga algún sentido.

3.3.1. Tensiones y/o distensiones entre prácticas existentes-instituidas- y nuevas prácticas alternativas-instituyentes-

De las entrevistas efectuadas surge un cúmulo de capitales disciplinares, sociales, culturales, y no se presentan respuestas únicas. Hay coincidencias, si, al momento de situar las prácticas sociales desde un horizonte interventivo que genere condiciones de vida más justas para los pacientes/usuarios con los cuales trabajan.

*“Entendemos que, el gran pasaje paradigmático que arroja esta herramienta jurídica, va más allá de la explicitación de un repertorio de principios, ya que, interpretamos, propone llevar adelante la necesaria ruptura de la relación social de dominación que ejerce la institución manicomio. Y para ello, hay que entrometerse en la **desarticulación de la “lógica manicomial”, que suele subsistir y perdurar** como paradigma de atención y abordaje del problema de la locura, aún cuando la estructura panóptica y represiva del manicomio curse procesos de transformación, o vaya en vías de su eliminación”. (Entrevistada/o I)*

“No seguir sosteniendo una práctica intra-hospitalaria, es el límite que nosotras encontramos en una batalla cultural por la desmanicomialización. Es nuestro granito de arena, en donde también se juega nuestra propia salud como trabajadoras, en un proceso en el cual el destinatario de nuestro trabajo es otro sujeto. No nos interesa, quedarnos en una lógica que sigue planteando la refuncionalización y la permanente adaptación, en términos de ampliar servicios y/o seguir fortaleciendo la organización institucional tradicional. No nos convoca, una institución que, sigue peleando incentivos laborales por trabajo en zona rural y/o por tareas riesgosas. Que sigue contabilizando admisiones, traza curvas de ingresos y egresos, registra fugas, cuántos pacientes bajaron de peso, que si cama disponible, que si cama guardada, hasta cuánto tiempo durmieron dos pacientes en una misma cama”.

Ya hemos formado parte, (haciéndolo como equipo interdisciplinario) del avance cualitativo de las denuncias y del contralor de las internaciones, y de la legitimidad alcanzada en un saber-hacer involucrado en externaciones, en actividades socio-culturales y del trabajo en red.

Por eso, nuestro primer acto de intervención, fue darle nombre propio a las casas de convivencia, porque entendemos que cada nombre, cada palabra “...dice lo que dice, y además más y otra cosa”. Así, como lo expresa Alejandra Pizarnik, en su poema “la palabra que sana”. (Entrevistada/o I)

“Las tensiones estaban dentro de la propia institución y atraviesan la intervención profesional. Este conjunto de discursos atraviesa la intervención profesional, yo creo que, y digo esto, porque en determinados debates públicos, en asambleas, se empezaban a generar situaciones de tensión entre distintos proyectos que existían de externación, y estas propuestas, es como que se visualizaba que estas propuestas de vivienda en principio, tenían que ver sólo con la dirección y no con una lógica de deconstrucción manicomial, y bueno, todo eso estuvo permanentemente presente, es decir, hacia al texto de nuestra intervención y también a eso había que darle respuesta de modo cotidiano, en los debates públicos, entonces también parte del trabajo era debatir y construir en esa condición”. (Entrevistada/o III)

Desde la mirada de Trabajo Social se esgrimen argumentos de críticas vinculados al modelo asilar y las tensiones que se generan a nivel institucional al momento de propiciar prácticas tendientes a dinamizar un afuera posibilitante, del reconocimiento de derechos; el respeto a las diferencias; prevaleciendo una mirada integral en las intervenciones que movilizan, interpelan y hacen que continúen apostando por prácticas y dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial. Algunos de ellos ya desde el afuera del manicomio y otros, empujando, construyendo debates, desafiando.

Podemos vincular esta configuración descrita con lo que Iamamoto (2010) expresa que:

Transitar de la profesión al ejercicio implica comprender esta tensión: el Trabajador Social como Sujeto y productor de historia. El proyecto y el trabajo asalariado están en tensión, por lo cual es necesario afirmar valores que vayan más allá del capital, afirmar horizontes, pensar la sociedad con igualdad y libertad como valores emancipatorios, puesto que en el ejercicio cotidiano hay un sinnúmero de mediaciones que no dependen de mi voluntad sino de la afirmación de un proyecto que es societal, es de la sociedad.⁶⁵

3.4. Descripción de la dinámica de trabajo en las Viviendas Asistidas.

Los aportes teóricos con los que se cuenta para la descripción de las cuatro Viviendas Asistidas en la localidad de Oliveros son, por una parte, las consideraciones realizadas con relación a los proyectos presentados por la Dirección de C.P.O. (en dos

⁶⁵Anotaciones de la Asignatura: “Tendencias en el Trabajo Social desde un enfoque histórico”, Maestría de Trabajo Social, FTS. UNLP 2010.

de las viviendas) y los proyectos presentados por las profesionales a cargo de las otras viviendas, que se complementan, por otra parte, con las entrevistas realizadas.

3.4.1. Procesos de derivación/admisión/evaluación/sostenimiento a las viviendas asistidas– Criterios

Como ya fue señalado en los párrafos anteriores, la LNSMyA por un lado, y la Ley 10772/91, por otro, promueve una debida regulación de las intervenciones terapéuticas privilegiando los derechos humanos de los pacientes y aquellas estrategias terapéuticas que menos restrinjan su libertad. Los ejes destacados de estas nuevas tendencias, centralizaron la mirada en los grupos humanos como los principales agentes de salud. En esa misma línea, se le asignó un fuerte **protagonismo al trabajo interdisciplinario**, como también a la **atención ambulatoria, semiabierta y domiciliaria**. Pero, el principal eje, radicaba en la mirada que se tenía sobre las prácticas de cuidado, que se implementasen a favor de una integración social del paciente, en un proceso de desmanicomialización. De las entrevistas realizadas, se desprende que los equipos interdisciplinarios de la C.P.O y de las viviendas asistidas comenzaron a evaluar proyectos de externación en función de lo que las/los pacientes/usuario/as **quisieren y pudiesen, tomando en cuenta los recursos simbólicos y materiales** con los que cada uno contaba.

“El trabajo, avanzó con en el afinamiento de una información cualitativa que permitió discriminar y evaluar grados de autonomía, nivel de desenvolvimiento en lo cotidiano, capacidades para realizar distintas actividades, gustos, preferencias, motivaciones. Se amplió y se mejoró la información referida a los “referentes familiares”. Se observó la frecuencia en el régimen de visitas por parte de éstas y de salidas terapéuticas realizadas por los pacientes.

Por otro lado, la indagación confirmaba una población que se dividía casi por partes iguales, entre una mitad “con mucha autonomía” y otra con “poca autonomía”, con semi y/o total independencia (variables propuestas por enfermería), para realizar tareas como comer, vestirse, bañarse, afeitarse, etc., aunque con soporte y supervisión de enfermería. Igualmente pudimos confirmar, que la edad avanzada y/o el tipo de discapacidad no eran condicionantes adversos a niveles apreciables de autonomía que mostraba un conjunto de pacientes”. (Entrevistada/o I)

Los criterios mencionados por la entrevistada/o dan cuenta de la posibilidad de incorporar una mirada inclusiva y de aceptación hacia los sujetos con los cuales

trabajaba jerarquizando la autonomía como posibilitante para que los mismos pudiesen, junto a los equipos de apoyo, construir sus propios lazos y decir lo que querían hacer.

*“Con los titubeos propios de la inauguración de una experiencia previa a la formalización de la implementación del dispositivo de “casas asistidas”, en septiembre de 2011, decidimos comenzar a construir un lugar. Un lugar que aloje y que sea reconocido como propio. Y ese ámbito extra hospitalario de atención, emerge como una co-producción transferencialmente lograda en un intenso trabajo clínico, que se reinventa en una praxis que habilita un tipo de asistencia terapéutica y sociocultural, fundante de un dispositivo de salud, desplegado en un lugar de convivencia familiar, que responde a los modos sociales de estructuración de una casa. En **donde la asistencia, se entromete en el espacio de lo cotidiano**, configurado por la singularidad de un sujeto que, a parte de su padecimiento psíquico carga consigo las grandes marcas de la iatrogenia institucional que le provocó el manicomio”. (Entrevistada/o I)*

Sin embargo, desde esta mirada, la pregunta que se instala está vinculada a pensar en ¿Cómo producir algo nuevo allí donde la lógica manicomial arrasó con los cuerpos, las subjetividades y los discursos de las personas que transitaron por el espacio institucional? En este sentido quizás, las prácticas alternativas propiciadas logren desarmar, mediante el protagonismo de las/los usuarias/os de los dispositivos sustitutivos esas subjetividades “colonizadas” si los mismos se constituyesen como actores centrales en el campo de las transformaciones pregonadas. He ahí un posible camino para responder esta pregunta.

*“En esto de la apertura de las Casas Asistidas empezamos a pensar y en continuidad con esto que ya veníamos como ahí masticando desde la sala donde estábamos, la posibilidad de **habilitarnos a pensar en otros espacios**, pero por fuera del hospital para éstas y éstos usuarios que hacían, la mayoría, treinta o cuarenta años que estaban internados en el hospital psiquiátrico”.*

En aquel momento, el equipo de viviendas asistidas solicitaba a cada equipo un informe de la situación , contextualizando la situación de cada persona , cada equipo, en este caso, el equipo pensaba como posible para que esa persona pueda habilitarse a vivir en otro lado que no sea el hospital , algunos de los criterios, no sé si recuerdo todos, pero lo que si me acuerdo tenían que estar como con ciertas posibilidades de valerse por sí mismos, en términos de pensar la diaria, la dinámica diaria, esto del aseo, esto de poder pensar que puedan cocinarse ellos , de poder hacer ahí como algunas

cuestiones de la vida cotidiana que la puedan hacer ellos mismos y parecen cosas simples, pero en personas que hace muchísimos años que están internados en el hospital y que hay toda una dinámica institucional que les dice: a qué hora tenès que levantarte , a qué hora tenès que tomar la medicación, a qué hora te tenès que bañar, dormir, cambiar, pensar que puedan correrse , salirse de esa lógica y pensar en una casa donde ellos puedan levantarse a la hora que quieran , desayunar a la hora que quieran , almorzar lo que ellos tengan ganas, y no lo que les venía impuesto, era todo un tema, entonces esas cuestiones si a pensarse, o se tomaron como un criterio para pensar quienes podían incluirse en las casas, y otra cosa, que también nos pedían, era que en términos de pensar la salud mental y esto más desde el área, a lo mejor vinculado a , a ver a mi no me gusta hablar de diagnósticos ni de patologías y demás pero en términos prácticos diríamos ciertos criterios tenían que ver también con la estabilidad del cuadro de base de esa persona. Es decir que no tendría que estar en una situación de crisis en ese momento, de crisis subjetiva y demás. Esos eran en términos generales los criterios a tener en cuenta”. (Entrevistada/o II)

En este aspecto, preguntarse sobre los procesos de admisión es de importancia, ya que se relevan en este aspecto aquellos ejes vinculados a una mirada y a una escucha, por parte de otros (que no es el equipo tratante de C.P.O. sino el de V.A.), sobre la historia de la persona y su contexto, sus lazos sociales, que, como estrategia de intervención, sitúa al entrevistado desde un lugar que le posibilita ser protagonista, relatando en primera persona, su propia historia, miedos , expectativas e inquietudes.

“Fuimos haciendo todo el proceso de selección de los pacientes primero y después de las pacientes, nos vimos involucrados en toda la gestión vinculada desde el alquiler de la vivienda, después nos vimos con la tarea, no sólo de la selección de los usuarios de las viviendas sino con el personal de las viviendas, el personal de enfermería y otros servicios que formaron parte, así es que hay todo un primer gran momento que nunca deja de estar presente que es la gestión de ese proyecto”.(Entrevistada/o III)

3.4.2. Procesos de acompañamiento en las viviendas asistidas.

En el proceso de externación, Andreoni L., et.al. (2011), Se imprime un cotidiano diferente al encierro, el cual trae aparejado dificultades de vivir en lo comunitario, problemas que no siempre los usuarios pueden solucionar por sí solos, y es ahí donde los equipos intervienen a los fines de poder acompañar a los usuarios a encontrar una respuesta que tenga que ver con la posibilidad de responsabilizarse y

poder elegir que hacer y de qué modo. En este sentido el equipo funciona como “organizador” de esta nueva cotidianeidad que imprime el “afuera”, y opera como referente, constituyéndose en lazo social para los sujetos con padecimiento mental.

“Acompañamos y funcionamos desde el lugar de equipo terapéutico de referencia, integrado a un sistema de apoyo, en donde también es previsible que intervengan otros, que acompañen con distintos saberes, conocimientos y oficio, según lo requiera cada caso, privilegiando el espacio microsocioal, nuestros modos de registro no serán ya los tradicionales”. (Entrevistada/o I)

*“Nosotros teníamos viviendas asistidas con personal de enfermería, una cantidad de horas, y a veces resultaba más delimitante la forma de pensar, el trabajo de enfermería que la cuestión comunitaria en sí. Toda la tarea de **acompañamiento** la hacía enfermería puntualmente. Había usuarios que tenían un vínculo con su familia que ya venían sosteniendo visitas en el periodo de internación, y en todo caso fuimos evaluando los impactos de esas visitas, hubo otras pacientes que no tenían prácticamente visitas y hubo que acompañarlas a algunas de ellas, incluso gestionando con municipalidad la movilidad pero articulando con servicios sociales de distintas municipalidades porque el vínculo familiar desestabilizaba mucho, también nosotros desarrollamos una serie de intervenciones además de la dinámica singular, focalizados en la dimensión grupal, hubo que trabajar en muchos aspectos, saliendo de la dinámica asilar, en lo cotidiano de la construcción de autonomía, del fortalecimiento de autonomía en los momentos de la cocina, empezar a recobrar la práctica de cocinar, del aseo personal, del habitar un afuera del asilo, había que volver a poner mucho énfasis en que ellos y ellas vayan construyendo vida cotidiana; donde ellos empiecen a ser participes, responsables y **fuera construyendo autonomía**, y eso se veía muchas veces en las tareas cotidianas, fundamentalmente en la elaboración de sus alimentos, en la adquisición de esos alimentos, hubo un gran primer tiempo, en el que gran parte del trabajo fue en que ellas y ellos puedan ir desarrollando esa actividad y que no sea suplantado ni por un enfermero, y después que decidan. También hubo un gran primer momento donde trabajábamos el funcionamiento grupal para el desarrollo de estas actividades pero también después nos fuimos encontrando con que bueno, había usuarios que preferían resolver eso individualmente y comprarse su alimento, comer afuera, etc. Eso ya después se pudo poner a trabajar internamente”.* (Entrevistada/o III)

Desde este lugar propuesto por la entrevistada/do, se desprende que el eje de acompañamiento se constituye en un factor clave, al desplazarse y constituirse en una actividad que involucra a todos el equipo interdisciplinario de las V.A. Elemento éste que borraría los límites disciplinares tradicionales y propiciaría a la construcción de autonomía permitiendo desarrollar prácticas nuevas.

3.4.3. Límites y Obstáculos

Se incorpora a este apartado una fuente documental significativa en formato de archivo, proporcionado por Rubio, Pino, Álvarez (2014), vinculada a la sistematización de prácticas alternativas y puesta a disposición de la presente investigación, con relación a dos, de las cuatro Viviendas Asistidas de la localidad de Oliveros. **(Entrevistada/o I)**

“Esta es una síntesis de la perspectiva que asumió la coordinación y tratamos de transmitirles al resto de los trabajadores que conforman el equipo de asistencia integral (equipo que registró cambios y bajas en el curso de la experiencia).

Este es uno de los mayores desafíos hasta el día de hoy y es un lugar de tensión que se expresa en lo cotidiano. Es muy trabajoso que lxscpañerx de largos años de trabajo en el manicomio abandonen “lo manicomial” y se apropien de este nuevo sentido de sus prácticas y de su lugar como trabajadores de la salud mental, cumpliendo “funciones” y no “turnos”, ejerciendo una práctica del cuidado y no de custodia.

Este es un cuadro que la coordinación (equipo terapéutico) había confeccionado por aquellos años para que los que se iban integrando al dispositivo pudieran ir viendo en qué consistía el cambio que estábamos proponiendo. Este material fue presentado en una reunión, propuesto para pensar y ponerlo en discusión y en definitiva ponerlo en práctica. No ha habido una apropiación profunda de dicha lectura, es algo que trabajamos en el día a día. La coordinación lo trae a cuentas en diferentes situaciones, pero no logra instituirse completamente. Insistimos no hay una apropiación cualitativa del sentido de la nueva práctica, lo que no quiere decir que no se muestre interés por esta forma de trabajar. En realidad lo que se deja ver es el rechazo de volver a La Colonia, aunque siempre se está a raya de reproducir prácticas manicomiales. Con esta tensión se convive”.

El siguiente cuadro, como se ha expresado en el párrafo anterior, fue producido y confeccionado por el equipo de Vivienda Asistida, como un modo de poner

a debatir al interior de los integrantes del equipo, las transformaciones, en términos de prácticas, discursos y acciones en cuanto a las modalidades de trabajo.

Pasaje de modalidad de trabajo

Cuadro comparativo

<p>Pabellón de Internación de pacientes crónicos (“la guardia”)</p>	<p>Casa de Convivencia (lo familiar) Usuarios/personas en proceso de inclusión social</p>
<p>Dinamiza “lo manicomial”</p> <p>Prácticas de tutela</p> <p>Medicalización</p> <p>Vigilancia</p> <p>Disciplinamiento</p> <p>Atención asilar</p> <p>Despersonalización</p> <p>Exclusión social</p> <p>La humanización de la atención tiene techo.</p> <p>Iatrogenia terapéutica e institucional</p> <p>Organización del trabajo:</p> <p>Espacio: sala de internación permanente</p> <p>Prevalece la práctica delegativa</p> <p>Tradición autoritaria, verticalista, burocrática</p> <p>Trabajo parcelado, repetitivo, a-reflexivo, rutinario</p> <p>Jerarquías, mandos, división de tareas/división</p>	<p>Dinamiza “lo familiar”</p> <p>Prácticas del cuidado.</p> <p>Medicación</p> <p>Se interviene sobre las capacidades</p> <p>Recuperación, restitución, inauguración, aprendizaje de hábitos sociales</p> <p>Ponderación de los Derechos Humanos</p> <p>Subjetivación</p> <p>Clínica del lazo - Inclusión social</p> <p>Recomposición identitaria</p> <p>Organización del trabajo:</p> <p>Espacio: casa de convivencia /lo cotidiano y lo microsocioal.</p> <p>Coordinación a cargo de equipo terapéutico de referencia: direccionalidad clínica. (eje)</p> <p>Integrado a equipo de trabajo interdisciplinario: enfermerxs, acompañantes terapéuticos, auxiliares</p>

<p>de hombres. Secciones montadas según profesiones, tareas, oficios. Duraciones, supervisiones, turnos, descansos, urgencias, cargas laborales, riesgos, exigencias, sanciones,</p> <p>Prevalen relaciones individuales</p> <p>Determinaciones masificantes (normas)</p>	<p>Colectivo de trabajadores vs. jerarquías</p> <p>Lógica participativa y democratizante</p> <p>Operaciona un Sistema de Apoyos (Compromiso, Cooperación y Confianza)</p> <p>Privilegia la asunción de responsabilidad por funciones sobre el cumplimiento de turnos</p> <p>Lógica autogestionaria (saber-hacer)</p> <p>Autovalimiento: Autonomía y libertad</p> <p>Interacción - Intersubjetividad</p> <p>Organización que responde a una coordinación, atravesada por la construcción de reglas comunes, elaboradas por el equipo de trabajo.</p>
---	---

*“Las principales dificultades estaban dentro de la propia lógica asilar , dentro de la propia propuesta, por un lado la precariedad del proyecto en términos de su financiamiento, que tardaba en llegar ese financiamiento desde la DPSM , y por otro lado también, las discusiones al interior de la C.P.O. sobre el proyecto que operaban como facilitadores y también la actitud del personal en general de la colonia psiquiátrica y en particular de los agentes profesionales que trabajaban allí, a que me refiero con esto, cuando digo que operaban como obstáculos, en ese momento, desde la sanción de la nueva ley de salud mental, uno de los principales obstáculos que se desarrollaron y calculo que deben estar presentes, era el miedo a la pérdida de trabajo, mayoritariamente de los trabajadores, no de los profesionales sino de los trabajadores con otras calificaciones , enfermería, maestranza”.***(Entrevistada/o III)**

En relación a este apartado se habla de “abandonar lo manicomial”; “de apropiarse de las propuestas”; “del temor a volver al manicomio como lugar de trabajo”; “del miedo a perder la fuente de trabajo”; como un modo de expresar las dificultades con las que se encuentran los equipos interdisciplinarios para instaurar prácticas alternativas e incluir procesos de crítica que coadyuven a desmontar los entramados de

un proceso social que requiere de un sinnúmero de mediaciones, pero que por sobre todo pone en evidencia efectivamente ,situaciones de pobreza, exclusión, desigualdad social y sufrimiento mental.

En este sentido, Netto (2009) es contundente:

El desafío de concretizar derechos es apenas una expresión de la lucha contra la barbarie. Este desafío no es exclusivo de los trabajadores sociales, pero es un parámetro fundante, so pena de perder su legitimidad, el profesional de trabajo social está en el corazón mismo de la lucha por los derechos. Sin la defensa intransigente y firme del elenco siempre ampliado de los derechos humanos es impensable cualquier pretensión civilizatoria. (p. 17-33)

REFLEXIONES FINALES

Para concluir, se presenta a modo de **Reflexiones Finales**, lo revisado con relación a los objetivos planteados inicialmente, como un modo de ir identificando los aspectos más sustanciales revisados en cada capítulo.

En esta dirección, la mirada analítica de este estudio hizo foco en la conformación de las prácticas sociales impulsadas por profesionales de Trabajo Social bajo la denominación de prácticas sustitutivas a las lógicas manicomiales en el marco de los procesos de reformas, desinstitucionalización y desmanicomialización en Salud Mental en la provincia de Santa fe.

El recorte metodológico que se realizó fue en torno a la perspectivas de las/los Trabajadores Sociales que sostuvieron dos de los dispositivos vinculados a esas prácticas: el hospitalario (C.P.O) y comunitario (Viviendas Asistidas) en la localidad de Oliveros, provincia de Santa Fe en el periodo 2012-2015.

Es importante decir que al inicio de este camino, se formularon muchas preguntas. De modo idéntico, para aproximar algunas respuestas se hizo necesario desandar la complejidad que implicaba abordar el campo de la Salud Mental, con relación al funcionamiento de las legislaciones, instituciones, y prácticas sociales que se expresaron en funciones asignadas/asumidas por los/las profesionales de Trabajo Social que le dieron voz a este proyecto desde su lugar de intervención, expresando sus conflictos, acuerdos y posicionamientos teóricos.

Durante todo el recorrido, se ha insistido en la necesidad de situar los problemas de investigación abordados desde una perspectiva que tomaba posición por abordajes que contribuyeran a la mejora de la calidad de vida de las personas y se sostuviesen en la necesidad de lograrlo con otros: estado, agentes, discursos y saberes que dinamizaran encuentros, rupturas, tensiones, distensiones, proyectos y políticas públicas.

Recapitulando a partir de lo analizado en todo el trabajo, se propone reflexionar sobre las preguntas iniciales desde tres dimensiones:

Primero, sobre la instancia jurídica: ¿Cómo considerar a ese “otro” sujeto de derechos, si no es creíble su discurso, si es incomprensible su comportamiento, e irracional su argumentación? ¿Qué derechos puede ejercer, a quien el argumento le ha sido negado? ¿Cómo garantizar desde el marco normativo condiciones saludables para la población hospitalaria en general? ¿Cómo desmitificar la locura? ¿Cómo desfocalizar al sujeto que padece? Segundo, Sobre el modelo de asistencia y sus reformas

institucionales: ¿Cómo pensar y construir dispositivos que alojen a pacientes con largos procesos de institucionalización? ¿Qué características podría tener un dispositivo de cuidados en salud mental? ¿Porqué las personas internadas en el hospital psiquiátrico siguen allí? ¿Hay cambios, transformaciones o reformas? Por último, Sobre las prácticas profesionales: la pregunta de investigación, tenía como objetivo principal interrogar sobre: ¿Qué aportan los Trabajadores Sociales al momento de pensar y construir dispositivos que alojen a pacientes con largos procesos de institucionalización?

En función de lo planteado, se presenta la siguiente organización.

Sobre la instancia jurídica

A lo largo de este trabajo se han puesto en valor las consideraciones vinculadas a las normativas jurídicas internacionales, nacionales y jurisdiccionales, como así también se han identificado aquellos Tratados, Declaraciones y Reformas internacionales en la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con problemáticas de salud mental.

Se ha señalado también, el lugar que han ocupado en los debates las organizaciones de la sociedad civil, las corporaciones, los gremios, los trabajadores y la política al momento de presentar propuestas para la atención de las personas internadas en el hospital monovalente.

Con respecto a la LNSMyA (2010) y la LPSM (1991), como marco normativo existente, resulta importante señalar los resultados sumamente destacables al resignificar el abordaje de la locura desde una perspectiva interdisciplinaria, desplazando la lógica del encierro y la concepción de peligrosidad del enfermo mental. Por otro lado, desde los años '90 en adelante, los innúmeros arreglos institucionales le han permitido a la C.P.O. (como hospital monovalente) adaptarse a una funcionalidad hospitalaria con criterio de “puertas abiertas” interpelando la hegemonía de la psiquiatría tradicional.

Como contrapartida, se ha asistido desde los '90 a esta parte a la necesidad de remarcar y subrayar- en consonancia con ambas leyes- que las problemáticas de salud mental deben ser abordadas por efectores de salud fuera del ámbito manicomial. En este punto se ha asistido con preocupación, durante décadas, a un aumento de pedidos de internación en el hospital monovalente, muchos de los cuales no revisten un criterio clínico claro.

Del mismo modo, estos se han relacionado en mayor medida con la falta de accesibilidad y fragmentación de la red de salud mental y la ausencia de respuestas

territoriales y comunitarias, más que con la presencia de crisis subjetivas, y por otro lado con un preocupante incremento de judicialización de los malestares existenciales, lo cual se refleja en un aumento de órdenes penales de internación los cuales no siempre se condicen con un criterio clínico, hechos como éste permiten interpretar las resistencias que se identifican en el sistema judicial para adoptar las legislaciones existentes.

El Sistema Judicial continúa desconociendo la potestad legal de los equipos terapéuticos de salud mental al definir una internación. En este sentido se considera al igual que Foucault que: “las prácticas judiciales son algunas de las formas empleadas por nuestra sociedad para definir tipos de subjetividad, formas de saber y, en consecuencia, relaciones entre el hombre y la verdad que merecen ser estudiadas.”(Foucault: 2003:16).

Si bien llama la atención, se comprenden por ejemplo, las prácticas asumidas por los profesionales vinculados a efectores de nivel de atención primaria ya que, al no haber una política sustitutiva clara, los profesionales que derivan al hospital monovalente, no sepan lo que hacer y continúen reproduciendo lo que ya saben.

Como consecuencia de lo precedentemente planteado están las personas, pacientes/usuarios/as del sistema de salud cuyas condiciones de vida y existencia –no coyunturales sino históricas- siguen enmarcadas en situaciones de vulnerabilidad, pobreza y exclusión, ingresando de este modo a un hospital psiquiátrico que sigue presentando dificultades al momento de ofrecer condiciones de alojamiento y cuidados para finalizar en algunos casos atrapadas en un sistema que redunde en aislamiento y discontinuidad en la asistencia.

Se hace necesario subrayar como se ha descrito a lo largo de este trabajo, atender a la geolocalización desde donde la C.P.O. está inscripta. Esto es, atender el componente de ser zona rural, la distancia de las grandes urbes, el movimiento interrelacionado de estos procesos y las dinámicas que se requieren desplegar para llevar adelante externaciones, poniendo a las instituciones y a sus trabajadores a realizar esfuerzos titánicos o un “trabajo artesanal” para acercarse a los ideales de la ley desde una perspectiva de Derechos Humanos.

A lo largo del trabajo se ha mencionado reiteradamente la población que atiende la C.P.O. Desde el Trabajo Social se hacía hincapié en potenciar las capacidades de los sujetos con los cuales se intervenía, colocando entre paréntesis la “enfermedad mental” y desmitificando la “patología” que formaron parte de una larga serie de desventajas para ese sujeto/paciente/usuario internado. Se mencionaron algunas: Problemas

relacionados con las condiciones materiales de existencia, los impedimentos estructurales que atravesaron para satisfacer las necesidades de reproducción, las dificultades que han tenido en el acceso a los satisfactores de las necesidades esenciales.

Desde este lugar, es que se señala que el Sistema Judicial debería ser un puente facilitador al momento de construir Sistemas de Apoyo para aquellos pacientes/usuarios que no disponen de familiares a los cuales los una, no un vínculo de sangre pero sí afectos, cercanías, cuidados, asistencia que los acompañe en la manera de deshabitar el manicomio y habitar su comunidad.

En este sentido, al Sistema Judicial en general y los Colegiados de Familia en lo particular, les queda pendiente la tarea de recorrer los dispositivos hospitalarios y de Viviendas Asistidas a diario, encontrarse con los trabajadores y construir argumentos y consideraciones para decidir sobre si una persona debe ser internada o no en un hospital monovalente. O quizás y también, dialogar, encontrarse y generar acuerdos y negociaciones con el Ministerio de Salud y con la Dirección de Salud Mental como un modo de articular mecanismos que den respuestas integrales a la población internada. En síntesis, la pregunta que deviene es: ¿En qué espacios debe resolverse y decidirse el alojamiento, atención y asistencia de las personas que presentan problemáticas de salud mental y que requieren de un tratamiento? Pero también: ¿Quiénes deben tomar decisiones sobre aquellos/as sujetos que presentan déficits en los niveles de integración e inclusión y que no requieren de tratamientos que haga necesario que su estadía en el hospital se prolongue? Las respuestas a estas preguntas requerirían de otra investigación no obstante las respuestas a la mismas deberían encaminarse a soluciones que contemplen lo que las personas quieren en combinación con un concepto amplio e integral de salud.

Sobre el modelo de asistencia y sus reformas institucionales.

En función de los documentos analizados se veía en el inicio de este recorrido los aportes de la LNSMyA como herramienta jurídica que le dejaba al manicomio el papel preponderante de ser el último eslabón de una serie de engranajes para los cuidados y asistencia de las personas con padecimiento subjetivo.

Se desplegaban en este sentido, algunas consideraciones con relación a los cambios, transformaciones, readecuaciones que la C.P.O. fue realizando para ponerse en sintonía con estos procesos.

Se identificaron algunas de las razones por las cuales los pacientes alojados en el hospital monovalente seguían allí, razones que atendían a un discurso ideológico, al imperativo social de aislamiento y encierro de la locura, a la discriminación y estigma

de la peligrosidad que se les imputaba a los sujetos, a las respuestas alienistas, al manicomio que asila, asiste y atiende. Todas ellas, razones fundantes y fundamentales que desnudaban las condiciones de existencia del manicomio, Y se encontraron discursos que lo sostenían, otros que lo barnizaban, y otros que lo cerraban.

En tal sentido se pudo advertir que existían proyectos para transformar el manicomio y existían planes, programas y proyectos para sustituir las lógicas manicomiales. Los dispositivos sustitutos a la internación- Viviendas Asistidas- pujaban en su incipiente creación para contar con presupuestos asequibles para llevar a cabo tal transformación.

La perspectiva de derechos humanos atravesó el manicomio y puso en evidencia, desde su creación y existencia, la violación que de los mismos, hacia la institución manicomial.

El enfoque de “humanización” fue válido para enfrentar las características violentas y perversas que distinguían a la institución asilar, y que atravesaba el devenir de la C.P.O. Dicho enfoque, se implicó en un trabajo de refuncionalización intrahospitalario, asociado a la modernización de técnicas terapéuticas, que estuvieran necesariamente orientadas a producir prácticas sustitutivas a la lógica manicomial. Esta meta, taxativa y jurídicamente debía avanzar de la mano de la LNSMyA, profundizando sus transformaciones hasta concretar el cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos antes del 2020.

A pesar de analizar una pequeña experiencia (e inmensa a la vez) en comparación a una política nacional de Salud Mental para todo el territorio, esta experiencia presentada a lo largo de todo el trabajo, demuestra que es posible hacer las cosas de otra manera que no sea la lógica manicomial. Y que podría extrapolarse como modelo de atención a todo el territorio de Santa Fe ya que muestra resultados positivos.

No obstante, se advierte que, a la política pública en Santa Fe, en términos generales le resta aún hacer un profundo trabajo en aquellos aspectos vinculados a lograr un encuentro con otros. Y aquí el interrogante que surge como un modo de continuar investigando, deviene de insistir con la pregunta: ¿De quiénes dependería concertar acuerdos interministeriales e intersectoriales para los temas vinculados a Salud Mental? ¿Cómo mitigar situaciones de exclusión relacionadas a la falta de políticas de viviendas, inclusión laboral y de lograr la sustentabilidad alimentaria en aquellas personas que aún permanecen internadas?

A la C.P.O. en particular, le cabe la tarea de revisar, repensar, gestionar y proponer adecuaciones no tanto desde ese lugar solitario y alejado que es el hospital

monovalente, sino continuar “abriendo sus puertas” para incluirse de manera más proactiva en otros procesos. En este sentido: ¿Sería una falacia pensar que la adecuación de la C.P.O. sólo pueda realizarse desde adentro? ¿Los procesos de sustitución pueden ser pensados de otra manera? ¿Es sólo desde la creación de espacios, dispositivos y prácticas acordes a la ley que se podrá finalmente transformar las instituciones de encierro?; O también ¿Construyendo una Red Integral de Salud (que incluya a los hospitales generales) y a una Red Territorial (que convoque a Salud y Salud Mental)?.

Algunas preguntas para continuar con la línea de investigación de este proyecto.

Sobre las prácticas profesionales

Una de las preguntas conductora-entre otras-, que guiaba este proyecto de investigación era la siguiente: ¿Qué aportan los Trabajadores Sociales al momento de pensar y construir dispositivos que alojen a pacientes con largos procesos de institucionalización?

En este devenir se presentaron los orígenes de la profesionalización de Trabajo Social vinculados al denominado “Servicio Social Psiquiátrico”, desde una perspectiva endogenista, y situado históricamente en el abordaje de lo social. Se describieron y analizaron las prácticas sociales en la intersección de un modelo asilar-custodial que dejaba a los hospitales la tarea de llevar procesos de externación asistida con recursos propios, interpellando a los profesionales a llevar adelante otras opciones con el objetivo de hacer más transitable la institución asilar,

Posteriormente, se pudo analizar que el Trabajo Social en esta área no estaba dado, no era a priori, no funcionaba con los roles asignados, y que se construía en función de una multiplicidad de tareas en relación con otras disciplinas, aunando estrategias de acompañamiento, registro, planificación, entrevistas, seguimientos, gestión de recursos, y otras tareas que ni se pensaban para sostener una forma alternativa y sustitutiva. Ahí reside quizás, la potencia de Trabajo Social, está por ser.

Se evidenció también que las/los trabajadores de a C.P.O. fueron convocados/as, desde los orígenes, a ser partícipes; -¿Cómo un modo de hacer política social?- a poner en acto sus experiencias y fueron convocados a pensar políticas locales e invitados a trabajar en los procesos de transformación a fin de sustituir las prácticas asilares –prácticas instituidas-, para, desde esa lógica, desarmar complejas situaciones de internamiento y transitar un camino tendiente a propiciar procesos de desmanicomialización y de prácticas alternativas –prácticas instituyentes-.

El lugar de Trabajo Social fue reconocido por las/los Trabajadores Sociales en las entrevistas, como un campo de contradicciones, oscilando por momentos, desde una

perspectiva teórica-política que lo compromete y lo posiciona, articulando, mediando, construyendo redes y alternativas con otros, desde una perspectiva histórico-crítica.

Por otros momentos, desde su discurso, se lo encontraba retornando a la marca que le dio origen a la profesión en donde los procesos de transformación de sus prácticas convivían no sólo con el carácter subsidiario de la profesión, sino también intentando responder a las demandas en un campo que se sigue presentando con características fragmentarias y heterogéneas.

Este camino de indagación permitió relevar desde la perspectiva de las/los Trabajadores Sociales, los aportes que realizaron y qué componentes advirtieron como rupturas y continuidades en las prácticas sociales de los Trabajadores Sociales. Desde esas lecturas y sus configuraciones se lograron identificar resistencias, tensiones y distensiones pero también apertura a otras posibilidades y propuestas que permiten pensar en un horizonte de transformación posible para mejorar la calidad de vida de las personas con sufrimiento mental con la que trabajamos.

Este camino, abrió también otras líneas de investigación que requerirán de continuidad. ¿Cómo interpelar a la política pública, desde el hospital monovalente-C.P.O.- y los dispositivos sustitutivos a la internación –Viviendas Asistidas., para que propicie políticas de salud integral que apueste a la inclusión social?; ¿Cómo entramar una red que conecte recursos, instituciones, profesionales, pacientes/usuarios/as, familias, Estado, que reconstituya lazos y mejore la calidad de vida de las personas con sufrimiento mental? Quedan las preguntas, como un desafío para continuar en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFIA

Alberdi, J. (1998) *Reformas y Contrarreformas. Políticas de Salud Mental en la Argentina* (Tesis de Maestría). Universidad e Federar do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Amarante, P. (2007) *Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Editorial Topia.

Amico, L. (2004). *Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental*. Margen. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Social. Recuperado en: <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>

Andreoni, L., Piris, C., Salvareyes, Y., Sandoval, L., Torres, J., Suardiaz Weber, C. (2011) *Aportes del Trabajo Social a los procesos de Externación. Del recorrido de las lógicas manicomiales a la perspectiva de derechos*. Ponencia presentada en el III Congreso Nacional de Trabajo Social y II Encuentro Latinoamericano de Profesionales, Docentes y Estudiantes de Trabajo Social. Tendencias, debates y conquistas en el trabajo Social en América Latina, Tandil. UNICEN.

APSA. (2019). *Ley de Salud Mental, Desmanicomializacion y Salud Pública*. Disponible en: <https://www.apsa.org.ar/docs/leysm052019.pdf>

Aquin, N. (Comp.) (2003). *Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Ardila Gómez, S. (2019). *En nombre propio. Relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones prolongadas y ahora viven en la comunidad*. 1ª. Ed., Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Libro Digital. Universidad Nacional de Lanús. Argentina. Recuperado en: <https://investigacionesensaludmental.com/novedades-1>

Barrios, M. (2010) *Delimitación de funciones terapéuticas y funciones asilares en la problematización de los criterios de admisión a las instituciones psiquiátricas. El caso de la Colonia de Oliveros luego de la última crisis argentina de 2001*. Universidad Nacional de Entre Ríos.

Bello, J., Benedetti, L. y Panozzo, M. (2017) *Intervenciones en Salud Mental*. RISaM. En Serra, M. F., Benassi, E., Elizalde, M. y Jaime Cavallero, F., en Saberes Nómades. Debates en torno a las Políticas de Salud Mental. ¿Nuevo Paradigma? ¿Nueva institucionalidad? Paraná: Universidad Nacional de Entre Ríos. Disponible

en:<http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/Libro%20Saberes%20N%C3%B3mades.pdf>.

Benhabib, S. (2006) *Las reivindicaciones de la cultura. Igualdad y diversidad en la era global*. Buenos Aires: Katz Editores.

Bertona, M. (2018) *La legitimidad del Trabajo Social en equipos de salud interdisciplinarios*. ConCienciaSocial Revista Digital de Trabajo Social. Vol.1 (nº2)-ISSN 2591-5339

Bisnieto, J. (2005) *Un análisis de la práctica del Servicio Social en Salud Mental*. Revista Servicio Social y Sociedad. Nº 82. Año XXVI. Julio 2005. Ed. Cortez. San Pablo.

Bollini, M. (2007) *Experiencia Oliveros “Para producir inclusión hay que incluirse”* Ponencia 8ª Congreso La Salud en el Municipio de Rosario.

Bourdieu, P. (2005) *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires

Cáceres, P. (2003) *Análisis cualitativo de contenido. Una alternativa metodológica alcanzable*. Psicoperspectiva, pp.53-62.

Carballeda, A. (2002) *Los nuevos escenarios y la intervención del Trabajador Social. En nuevos escenarios y práctica profesional*. En Netto, J. P., Parra, G., Carballeda, A., Coraggio, J. L., Aquín, N., Robirosa, M, Elías, M. F, Eroles, C. y Clemente, A., Una mirada crítica desde el Trabajo Social, pp.167-177 Buenos Aires: Editorial Espacio.

Carballeda, A. (2005) *La Intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. -Paidòs.- 1ª Edición-, 2ª reimpression- Buenos Aires

Castel, R. (1980) *El Orden Psiquiátrico: La edad de Oro del Alienismo*. Madrid: Editorial La piqueta.

Castel, R. (1984) *La gestión de los riesgos- de la antipsiquiatría al post-análisis*. Editorial Anagrama. Barcelona.

Castel, R (1997) *La metamorfosis de la cuestión social*. Editorial Paidòs. Colección Estado y Sociedad.p.15.

Cavallero, F. (2017) *Urgencias e Interdisciplina; Notas para pensar la reinención de las prácticas en su cruce*. En Serra, M. F., Benassi, E., Elizalde, M. y Jaime Cavallero, F., Saberes Nómades. Debates en torno a las Políticas de Salud Mental. ¿Nuevo Paradigma? ¿Nueva institucionalidad? Paraná: UNER. Recuperado en: <http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/Libro%20Saberes%20N%C3%B3mades.pdf>

Cazzaniga, S. (2001) *El abordaje desde la singularidad*. Revista Desde el Fondo, pp.15-22.

Chidichimo, M. (2019) *El origen de las experiencias residenciales en la Provincia de Santa Fe*. Recuperado de: <http://idepsalud.org/lic-mariana-chidichimo-el-origen-de-las-experiencias-residenciales-en-la-provincia-de-santa-fe/>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2001). *Informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2000*. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2000sp/indice.htm>

Corbalán, M. (2010). *Investigación Social. Curso Teórico-Práctico. Taller de Tesis. Una guía para la preparación del proyecto de tesis*. Maestría de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.

Cruz, V., Fuentes, M., López, M., Suardiaz Weber, C., Zucherino, L. (2014) *Incumbencias y Rol Profesional: Dos Nociones a Problematizar en Trabajo Social*. Capítulo IV. En Fuentes, M. y Cruz, V. (Coordinadoras) *Lo Metodológico en Trabajo Social*, pp.56-73. Libros de Cátedra. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado en: [Documento completo.pdf \(unlp.edu.ar\)](#)

Custo, E. (2008) *Ciudadanía y Salud Mental. Una perspectiva desde Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Dávalo, B., Germain, M. (2010) *Disciplinamiento y normalización desde la perspectiva foucaultiana de gubernamentalidad*. Seminario Optativo. Doctorado en Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario.

De Lellis, M. (2011) *A propósito de la Ley Nacional de Salud Mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación del psicólogo*. Revista Diálogos, Recuperado en:

<https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/08salud/de%20lellis/A%20propósito%20de%20la%20Ley%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20-%20de-.pdf>

Desviat, M. (2011) *La Reforma Psiquiátrica*. Rev. Esp. Pública vol.85 Madrid.

Documento. *Transformación de la Asistencia en Salud Mental-Zona Sur de la Provincia de Santa Fe- 2012/2015*. S/F. S/A. Documento de circulación interna.

Faraone, S., Valero, A., Bianchi, E. Geller, Y. (2009) *Ciencias Sociales y Salud Mental. Un estudio descriptivo sobre políticas y prácticas desinstitucionalizadoras: El caso del 'Corralito'*. *LO PEOR DE LO PEOR*. Ponencia presentada en VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.

Foucault, M. (1991) *El juego de Michel Foucault*. En Foucault, M., Saber y Verdad. Pp.41-55. Madrid: Ediciones La Piqueta.

Foucault, M (1999) *Historia de la locura. Tomo 2*. Fondo de Cultura Económica. México.

Foucault, M. (2007) *Los Anormales*. (Traducción a la castellano-4 reimpresión-). Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

Foucault, M. (2007) *El Poder Psiquiátrico*. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

Gallici, M. (2015) *Casa de Medio Camino de Mujeres: ¿Iniciativa Innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental?* Tesis de posgrado. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Garbosa, C.; Guzmán, F.; (2013) *Consideraciones acerca del Grupo de Convivencia*. Oliveros, Santa Fe. Mimeo.

Gerlero, S., Augsburger, A. (2007) *Políticas y planes en salud mental de la provincia de Santa Fe*. Rosario: Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Giampaoli, G., Botallo, I., Palmas, I. y Podestá, A. (2005) *Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Abelardo Freyre"*. En Cabred, D., Discurso sobre asilos y hospitales regionales en la República Argentina (Ley 4953).Rosario: Universidad Nacional de Rosario.

Goffman, E. (1998) *Internados. Ensayos sobre psicoanálisis y psicología*. Rosario: Editorial Ross.

Grassi, E. (2002) La política social, las necesidades sociales y el principio de la igualdad: reflexiones para un debate post-neoliberal. En Ponce Jarrín, J., *Es posible pensar una nueva política social para América Latina*. Quito: FLACSO.

Guerra, Y. (2000) La crisis contemporánea y el impacto de la instrumentalización del Trabajo Social. *Boletín electrónico SURA*, (45). Escuela Superior de Trabajo Social, Universidad Nacional de Costa Rica.

Giulianelli, P. (2017) *Trabajo Social: Entre el control y la Asistencia. Análisis de la configuración del proceso de intervención de Trabajo Social en el ámbito pos penitenciario* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.

Gutiérrez, A. (1997) *Bordieu y las prácticas sociales*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

López, M. (2011) *DDHH, procesos sociales y práctica profesional. Notas sobre las transformaciones legislativas en el campo de la salud mental en la Argentina*. En López, M. N., Torres, J. y Weber Suardiaz, C. (coord.), *Debates en el campo de la salud mental. Práctica profesional y Políticas Públicas*, pp.69-83. La Plata: Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.

Lourau, R. (1970) *El Análisis institucional*. (Única edición en castellano autorizada por Les Editions de Minuit-París) Amorrortu Editores-Buenos Aires-Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Palacios, A. (2008) *El modelo social de discapacidad. Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Editorial Cinca.

Machado, M. (2016) *La relación entre la Salud Mental y la Justicia Penal: El impacto de la incorporación de normativa de Derechos Humanos en Salud Mental en el sistema de administración de Justicia Penal en el Poder Judicial de la Nación* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Mallardi, M. (2014) *La intervención en Trabajo Social: mediaciones entre las estrategias y elementos técnicos-operativos en el ejercicio profesional*. En Mallardi, M (Comp.), *Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*. Pp. 55-78. La Plata: Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Mallimaci, F. (2008) *Los derechos humanos como matriz de análisis de nuestra sociedad: ciudadanía y conflicto social*. En Torrado, S. (Comp.), *Una historia social del Siglo XX. Tomo 1*, (pp.105- 110).Buenos Aires: Edhasa.

Mendoza, M., Cavalleri, M., Basta, R., Sánchez, C., Stancanelli, M, Villeta, V. y Suardiaz, C. (2014) *Aportes para pensar los orígenes del trabajo social desde la perspectiva histórico-dialéctica*. Revista electrónica del departamento de Ciencias Sociales UNLu, pp.59-71. Recuperado en: <http://www.redsocialesunlu.net/wp-content/uploads/2014/11/RSOC005-04-Aportes-para-pensar-los-or%C3%ADgenes-del-TS-MENDOZA-y-Otros.pdf>

Meuri, D. Rotelli, F. (1987) *Desinstitucionalización otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados*. Revista de Asociación española de Neuropsiquiatría, 7(21), pp.165-187.

MSPyBS. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Revista de Psiquiatría. (1966) *El Servicio Social Psiquiátrico*. – Colonia Psiquiátrica “Dr. A. Irigoyen Freyre” (Oliveros). Año III. Volumen 2. Provincia de Santa Fe. República Argentina.

Montaño, C. (2000) *La naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. Sao Paulo: Ed. Cortez.

Moralejo, M., Delgado, M., Bertòn, D., Utrera, M., López, M., Ramírez, L., Ruso, V., Crosella, V., Ríos, C. y Suardiaz Weber, C.; (2011) *Aproximaciones teórico-metodológicas del trabajo Social en la Guardia de Psiquiatría. "Interdisciplina: De la reflexión a la acción*. Ponencia presentada en II Jornadas de la residencia interdisciplinaria en salud mental, Colonia Nacional Montes de Oca.

Moro, P. (2011) Ley de Salud Mental, un debate a profundizar. *Universidad*. Recuperado en: <https://www.universidad.com.ar/ley-de-salud-mental-un-debate-a-profundizar>

Netto, J. (2012) *Trabajo Social: Critica de la vida cotidiana y Método en Marx*. En Cappello, M y Mamblona (comps.).La Plata: Productora del Boulevard.

Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C. Miani, A. (2018) *La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública*. ConCienciaSocial. *Revista Digital de Trabajo Social*, 1(2), pp.10-28.

Organización Mundial de la Salud. (2001) *Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2009) *Salud Mental, un estado de Bienestar. Salud mental en la comunidad*. Argentina: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2 de agosto de 2019). *Argentina presentó primer censo de personas internadas por motivos de salud mental* [sitio web]. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/2-8-2019-argentina-presento-primer-censo-personas-internadas-por-motivos-salud-mental>

Palacios, A. y Sastre Campos, A. (2014) *Acceso a la Justicia y derecho al voto de personas con discapacidad. Una asignatura pendiente desde los Derechos Humanos*. En Manual de Buenas prácticas en el acceso a la justicia para garantizar el derecho al voto de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial. Buenos Aires: EUROsociAL.

Parisi, A. (2009) *Algunas reflexiones epistemológicas acerca de las ciencias sociales y la investigación cualitativa*. En Merlino, A (coord.), *Investigación cualitativa en ciencias sociales* (pp.118-137). Buenos Aires: Cengage.

Peirò, C. (19 de noviembre de 2020a) *El cierre de clínicas psiquiátricas que quieren aplicar acá ya fracasó en otros lados*. Infobae. Recuperado de:

<https://www.infobae.com/sociedad/2020/11/19/el-cierre-de-clinicas-psiquiaticas-que-quieren-aplicar-aca-ya-fracaso-en-otros-lados/>

Peirò, C; Stingo, N. (19 de noviembre de 2020b) *El cierre de clínicas psiquiátricas que quieren aplicar acá ya fracasó en otros lados*. Infobae. Recuperado de: <https://www.infobae.com/sociedad/2020/11/19/el-cierre-de-clinicas-psiquiaticas-que-quieren-aplicar-aca-ya-fracaso-en-otros-lados/>

Provincia de Santa Fe. (s/f). *Salud mental* [sitio web]. Recuperado de: [http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/113239\(subtema\)/93802](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/113239(subtema)/93802)

Recomendaciones de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos en su 111º período extraordinario de sesiones del 4 de abril de 2001.

Resolución N° 243. Creación del Órgano de Revisión y Promoción de Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud Mental de la provincia de Santa Fe. Defensoría del Pueblo.

Revista “XX” Aniversario de la Colonia Psiquiátrica “Dr. Abelardo Irigoyen Freyre”-1943-Junio-1963-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-Oliveros-Provincia de Santa Fe-Argentina-año 1963

Rodríguez, S. (2008) *Modelos de atención y financiamiento en el INSSJP entre 1996 y 2004*. (Tesis de Maestría). Universidad ISalud, Buenos Aires, Argentina.

Rossetti, A., Monasterolo, L., Alem de Muttoni, L., Ase, I., Buriyovich, J., caminada Rossetti, M., Fernández, N., López, R., Yoma, S. (2016) *Salud Mental y derecho. Reflexiones en torno a un nuevo paradigma*. Recuperado en: [2016 Libro salud mental y derecho reflexiones en torno a un nuevo paradigma 2016.pdf\(unc.edu.ar\)](2016 Libro salud mental y derecho reflexiones en torno a un nuevo paradigma 2016.pdf(unc.edu.ar))

Rubio, R. S/F. *Contraseñas*. Rosario. Mimeo.

Rubio, R., Pino, G. y Álvarez, P. (2014) *Cada Casa es un mundo- Clínica del Lazo*. Oliveros, Santa Fe, Argentina. Mimeo.

Sautu, R. (2003) *Todo es teoría-Objetivos y métodos de investigación*. Argentina. Ediciones Lumiere.

Sen, A. (2000). *Social Exclusion: Concept, application and scrutiny*, Office of Environment and social Development Bank. Recuperado en: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/29778/social-exclusion.pdf>. p.1

Serra, M. F., Benassi, E., Elizalde, M. y Jaime Cavallero, F. (2017). *Saberes Nómades. Debates en torno a las Políticas de Salud Mental. ¿Nuevo Paradigma? ¿Nueva institucionalidad?* Paraná: Universidad Nacional de Entre Ríos. Recuperado en: <http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/Libro%20Saberes%20N%C3%B3mades.pdf>

Stolkiner, A. (1994) *Tiempos Posmodernos – Procesos de Ajuste y Salud Mental*. En O. Saidon y P. Troianovsky (comps.), *Políticas y Salud Mental*, pp.36-40

Stolkiner, A. (1999) *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Recuperado de: <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Testa, M. (1993) *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Editorial Lugar.

Tonon, G. (2016) *Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. (Doctorado en Ciencia Política, Comunicación Social, Relaciones Internacionales y Trabajo Social). Universidad Nacional de Rosario.

Weber Suardiaz, C. (2010) *La problematización como herramienta desnaturalizadora de lo social, en la producción de Conocimiento en Trabajo Social y sus aportes a la intervención*. Revista Institucional de la Facultad de Trabajo Social (Universidad Nacional de La Plata), pp.71-76

Weber Suardiaz, C. (2013) *Desafíos actuales en el campo de la salud mental: perspectivas y estrategias profesionales*. Estrategias -Psicoanálisis Y Salud Mental-, (1), 74-76. Recuperado en: <https://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/article/view/1480>

Weber Suardiaz, C. (2017) *Perspectivas comunitarias en salud mental: Entre el neodesarrollismo y la responsabilidad del Estado*. En M. López, J. Torres y C. Weber Suardiaz (coord.), *Debates en el campo de la salud mental. Práctica profesional y Políticas Públicas*, pp.130-142. La Plata: Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.