



Significaciones de Trabajadores de Salud Mental Respecto a Sus Prácticas y su Relación con la Legislación Vigente en el Campo

Resumen. Se trata de una investigación para una tesis de maestría, enmarcada en una perspectiva psicosocial acerca de la relación entre trabajadores de salud mental de Santa Fe y el marco normativo legal de orden nacional y provincial vigente en salud mental. **Objetivos.** Describir las significaciones de trabajadores de la salud mental acerca de las relaciones entre sus prácticas y las lógicas manicomiales-antimanicomiales. Se planteó un diseño metodológico cualitativo basado en el análisis temático de relatos de trabajadores seleccionados intencionalmente. Participan psicólogo/as de instituciones públicas en Santa Fe entre otros trabajadores de distintos sectores, enfoques y disciplinas atendiendo a las características del campo. El aporte de esta investigación consiste en describir cómo se manifiesta el compromiso ético-político de los trabajadores respecto a la desmanicomialización desde las intimidades de las prácticas. Se plasma el “fin de los manicomios” como un imperativo ético, un horizonte donde inscribir el deseo con relación a las prácticas de salud mental. La legislación vigente en salud mental, con su importancia simbólica y material, no alcanza para erradicar las prácticas manicomiales, esto sería así ya que los sentidos manicomiales no se reproducen exclusivamente entre muros, sino que se replican en sentidos y prácticas cotidianas que involucran diferentes momentos, espacios y actores; entonces esta problemática se inscribe en un marco más amplio: las luchas por la construcción de ciudadanía, el reconocimiento y respeto de los derechos, la inclusión de personas con vulnerabilidad social, así como las propuestas y acciones emancipatorias ligadas a cambios en las políticas sociales y la salud pública y el campo de las producciones teóricas al respecto. Participar de esta discusión recuperando la propia perspectiva de los trabajadores nos introduce en la dimensión de la “metapolítica”.

Abstract. *Meanings Of Mental Health Workers With Respect To Their Practices And Their Relationship With The Legislation In The Field.* It is a research from a psychosocial perspective about the relationship between mental health workers in Santa Fe and the legal framework of national and provincial legal order regarding mental health. **Objective.** To describe the discourse of mental health professionals and workers about the relationships between their practices and asylum and anti-asylum logics. A qualitative design based on thematic analysis of intentionally selected stories of professionals and workers. The participants are psychologists from public institutions in Santa Fe among other professionals and workers in different sectors, approaches and disciplines. The contribution is to describe how the ethical and political commitment of professionals and workers regarding the anti-asylum movement manifests from the practices. The "end of asylums" materializes as an ethical imperative, a horizon in which we enrol the desire in relation to mental health practices. The applicable legislation in mental health, with its material and symbolic importance is not enough to eradicate asylum practices, this is so because the asylum senses are not reproduced solely between walls, they also replicate in senses and daily practices that involve different times, spaces and actors; then this problem is part of a broader framework: the struggle for the construction of citizenship, recognition and respect for the rights, the inclusion of people with social vulnerability as well as the proposals and emancipatory actions related to changes in social policies and public health and the field of theoretical productions about it. To continue with this discussion recovering the workers' own perspective introduces us to the dimension of "metapolitics".

Ingui, Patricia ^a

^a. Universidad Nacional del Litoral.

Palabras claves

Desmanicomialización; salud mental; trabajadores; prácticas; lógicas.

Keywords

Anti-asylum; mental health; professionals; workers; practices; logics.

Enviar correspondencia a:

Ingui, P.

E-mail: patringui@gmail.com

1. Introducción

El presente trabajo trata sobre una investigación realizada para una tesis de maestría en investigación e intervención psicosocial. Es un estudio de corte cualitativo que repasa en las significaciones de los trabajadores de la salud mental respecto a las condiciones de aplicabilidad, origen, sentido y finalidad de la legislación vigente en ese campo. Se partió del presupuesto que pensar las vinculaciones entre los actores involucrados y dichas normativas, es una vía de acceso a los alcances de esas leyes como un marco desde donde se instituye la “desmanicomialización” (Murekian, 2006 y 2009).

La tarea de investigación implicó realizar un reconocimiento de la legislación vigente en salud mental, y una revisión en clave comparativa de la ley nacional de salud mental (en adelante LNSM) y la ley provincial de salud mental (en adelante LPSM). La transformación que este marco normativo legal promueve se inscribe en un contexto socio-político en Santa Fe, donde se ubican dispositivos sustitutivos y alternativos, interdisciplinarios, avances hacia la transformación de los servicios de atención de la salud (de monovalentes a generales) y propuestas comunitarias.

El tomar como referencia a Santa Fe ancla la investigación en distintas dimensiones que describen estrategias y acciones ligadas a esa transformación en esa provincia en clave comparativa con el país. Tanto la LPSM promulgada en 1991, como la LNSM sancionada en 2010, con sus diferencias se respaldan en el reconocimiento de la necesidad de una transformación. La LNSM aparece como una normativa inspirada en el enfoque de derechos, en este sentido es ligada a un conjunto de leyes, entre las que se destacan en forma más directa: las de protección de los derechos de los pacientes, referencias a la historia clínica, respeto a la intimidad y el consentimiento informado, y de manera más amplia se vincula con las leyes: integral de niñez y adolescencia, las de género –matrimonio igualitario, identidad, violencia, derechos sexuales y reproductivos– y la de consumo problemático de sustancias.

La LPSM se promulga en medio de procesos que responden a las políticas de un estado neoliberal en los 90, actores en conflicto ante la precarización laboral, y posturas teórico-ideológicas de los trabajadores quienes se describen como tecnócratas o se posicionan como críticos y resistentes. En 2003 la ciudad de Santa Fe atraviesa un momento crítico con la inundación de la que el área de salud mental sale fortalecida con recursos y aumento de cargos, la adopción de los nuevos lineamientos en la atención de la salud y en salud mental específicamente.

Acercando del armado del contexto conceptual se recuperan para esta presentación, los puntos de vista que ponen en diálogo a teorías sociales con el campo sanitario aportando referencias teóricas sobre nuevas concepciones de salud-mental y de la atención de la salud. Se focalizan los aportes de la epidemiología crítica latinoamericana con su cuestionamiento sobre la visión biologicista de la salud y la hegemonía de ciertas disciplinas, en cambio se fomenta la promoción de la salud, una visión integral y de “salud colectiva”(Almeida Filho y Silva Paim, 1999; Chapelo Mendoza, 2007; Granda, 2004, Jarillo Soto y Guinsberg, 2007 y Silva Paim, 2011), así como una noción de salud mental acorde con un enfoque de derechos (Stolkiner, y Garbus, 2009) presente en la LNSM.

Mientras que, desde el sanitarismo se retoma a Spinelli, (2010) en su reconocimiento y caracterización de las prácticas de los trabajadores como dimensión de análisis para una comprensión de las complejidades del campo de la salud y para proponer transformaciones dentro del mismo.

Además, autores como Faraone (2003) y Faraone y Valero (2013) se suman para recomponer el contexto sociopolítico santafesino, y otros como Ase y Buriyovich (2009) y Berra, Alderete, Plaza, Barrault (2007) contribuyen a la interpretación de ese contexto dentro del llamado “federalismo sanitario” en los 90.

En relación a la recuperación de conceptos que provienen de teorías sociales se destacan aquellos que permiten hacer una lectura de las prácticas y sus sentidos: prácticas y sentidos definidos dentro de la arqueología foucaultiana (Foucault (2001 y Donda, 2005), las prácticas y hegemonías (Laclau y Mouffe, 2010), prácticas y producción de subjetividad (Negri, 2008).

El campo de investigación e intervención psicosocial ofrece fundamentos teóricos al diseño metodológico (Montenegro Martínez, y Pujol Tarrès, 2003 y Pujal y Llombart, 2003), se incorporan aportes de teorías sociales, entre ellos los de la etnometodología con los procesos de “indexicalidad” y “reflexividad” (Guber, 1991 y 2001), para entender a las significaciones como producidas en un contexto. Esas significaciones se construyen en interacción con otros. La significación se produce al mismo tiempo que la comprensión en una interacción con el otro lo que da la posibilidad de transformación y en ese sentido es subjetivante e instituyente como construcción colectiva. Esta fundamentación da lugar a la construcción de un conjunto de conceptos concatenados del que participan: intervención e implicación, así como significación e indexicalidad y reflexividad.

1.1. *Objetivos*

Objetivo general

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

Para desarrollar ese objetivo, esta propuesta asume de manera particular la tarea de indagar, desde la cotidianeidad de sus prácticas, la mirada de los trabajadores de la salud mental de Santa Fe sobre la desmanicomialización, de lo que se delimitan tres objetivos específicos:

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

- Establecer sus saberes y reflexiones acerca de tensiones, implicancias y posicionamientos de dichas prácticas tomando en cuenta la reproducción o desarticulación de la lógica manicomial.

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

2. Metodología, Participantes e Instrumentos

El diseño cualitativo se basó en el análisis temático de relatos escritos por trabajadores seleccionados de manera intencional.

Como criterios de inclusión se establecieron características propias del campo, respecto a lo intersectorial e interdisciplinario e incluye a trabajadores no convencionales. Participan psicólogo/as de instituciones públicas en Santa Fe (hospitales generales, monovalentes y centros de salud), además terapeutas ocupacionales y enfermeros, así como trabajadores de la salud no convencionales integrantes de equipos interdisciplinarios (abogados, ludoterapeutas, docentes de educación física, mucamo). Esto plantea una ocasión para pensar la interrelación entre distintos sectores, enfoques y disciplinas.

Sus relatos pertenecientes a un período marcado por los diez años últimos de trabajo entran en correspondencia con el tiempo que marcan las normativas. La LPSM de Santa Fe N° 10772/91, fue promulgada en 1991 y reglamentada en 2007, mientras que la LNSM N° 26.657, fue promulgada en 2010 y reglamentada en 2013. Lo que abarca un lapso de más de veinte años anterior al momento de realizar la investigación durante 2013 y 2014. Particularmente se intentó abarcar parte del período desde que solo estaba en escena la LPSM junto a la posterior aparición de la LNSM.

Cabe aclarar que en la sección resultados de este escrito se presenta una síntesis del análisis de los relatos de los trabajadores antes mencionados, pero para esta ocasión se pretende destacar especialmente a la participación de terapeutas ocupacionales y psicólogo/as, en el caso de los primeros el interés se centra en la implicación que esto tiene para la autora como docente de la carrera de licenciatura en terapia ocupacional, y en el de los segundos se agrega su relevancia relacionada con el evento donde se expuso este trabajo.

Entonces, en referencia particularmente a los terapeutas ocupacionales y psicólogo/as que participaron de la investigación, interesa resaltar que se tuvo en cuenta para su inclusión su implicación con el tema. En ambos casos, se trata de profesionales que cumplen doble función; por un lado, trabajan –o han trabajado en los últimos diez años– en el ámbito público de la salud, algunos de ellos se han desempeñado paralelamente en el ámbito privado, dentro de la jurisdicción de la ciudad capital de Santa Fe; y por otro lado, son partícipes activos en la formación de otros profesionales, ya que cumplen distintas funciones en actividades académicas de tutorías, enseñanza, investigación y extensión dentro de una universidad pública con localización en la ciudad.

Estas características valiosas a la hora de justificar la elección de estos profesionales participantes se vincula con la propia implicación como docente universitaria y como autora de la tesis en el desarrollo de una intervención e investigación psicosocial. La expectativa es consolidar esta línea dentro de los espacios de formación de los profesionales involucrando a distintos actores: futuros profesionales, formadores, trabajadores con desempeño en servicios.

En relación, específicamente a la manera en que los trabajadores realizaron sus aportes a esta investigación, se toma a sus testimonios, a través de sus relatos, como fuentes para abordar sus

significaciones. Se adopta una metodología cualitativa en la selección y desarrollo de las técnicas de recolección y en el análisis de contenido semántico de la información reunida.

En el proceso de aproximación e involucramiento con el campo se destacan algunas particularidades acerca de las vías utilizadas para la recolección de documentos públicos que se fueron sumando a los datos que aportaban los relatos y que permitieron ampliarlos o enriquecerlos. Mucho de esos documentos fueron introducidos a partir de las referencias y sugerencias de los propios participantes, por ejemplo, trabajos presentados a congresos, capítulos de libros y publicaciones en periódicos o revistas, en ocasiones de su propia autoría. Todos ellos fueron incluidos en su carácter público de divulgación. En el caso de los terapeutas ocupacionales y psicólogo/as contribuyeron activamente en este proceso tanto con sus relatos como con documentos del tipo mencionado.

Como estrategia para el análisis de los datos reunidos a lo largo del trabajo de campo, se desarrolló un análisis de contenido centrado en el nivel semántico, conocido como “análisis temático” desde los desarrollos de metodología cualitativa (Coffey y Atkinson, 2003). Los siguientes pasos resumen el modo en que se trabajó con el contenido de los documentos reunidos como corpus:

a. En primera instancia, se hizo una codificación abierta de los datos reunidos (Valles, 1999) para organizarlos en categorías y subcategorías surgidas de esa operación sobre los textos/relatos de los trabajadores, abarcando un sentido horizontal (intensivo al interior de cada documento) y vertical (extensivo recorriendo todos los documentos);

b. la finalidad de dicha tarea fue ir descubriendo dentro del contenido ciertas temáticas, para reducir el material, agruparlo y ordenarlo bajo títulos;

c. se retomaron las categorías de análisis a partir de la interpretación de entrecruzamientos, semejanzas o divergencias reconstruidas desde los datos (Coffey y Atkinson, 2003), es decir, conexiones desde la concepción de “conocimiento situado”;

d. al mismo tiempo, se tuvo en cuenta lo emergente –conexiones impensadas/impensables– que se recuperó a través de expresiones literales de los trabajadores, tomando como referencia lo que se denomina “códigos in vivo” en la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967).

En la escritura del informe, se incluyeron numerosos fragmentos textuales seleccionados de los relatos de los trabajadores, recurriendo a sus formas particulares de significar las relaciones entre sus prácticas y las lógicas que las comprenden, de esta manera se hicieron presentes desde sus propios decires para ir así desandando el interjuego entre lo manicomial y lo antimanicomial.

El reunir a las prácticas con sus lógicas, impone la necesidad de definir lo que se entiende como “lógicas” en el contexto de esta investigación. Principalmente se refiere al reconocimiento de sentidos implícitos y explícitos que acompañan a las prácticas en tanto manicomiales o antimanicomiales. Al mismo tiempo ambos sentidos no aparecen diferenciados de manera tajante en dichas prácticas, estas se presentan como atravesadas por vulnerabilidades, resistencias y contradicciones. Esto aparece

identificado desde los mismos decires como “pensamiento mestizo”. Lo que, desde la posición asumida en la tesis, no significa renunciar a un análisis genealógico que permita distinguir entre los orígenes y desarrollos de prácticas que obedecen a una lógica manicomial, de otras que responden a una lógica antimanicomial, al mismo tiempo diferenciando supuestos que subyacen en una y otra lógica.

Las categorías de análisis se retoman del contexto conceptual como entretejido del aporte de teorías sociales y psicosociales, y dan cuenta de una tarea de construcción y reconstrucción al relacionar la teoría y los datos, insistiendo en el protagonismo de los participantes. Lo que se intentará reflejar en el siguiente apartado.

3. Resultados

Los aportes de la tesis se centran en describir, desde la perspectiva de los trabajadores de la salud mental, algunas características de sus prácticas en relación con la legislación vigente, para pensar con ellos y aprehender de ellos formas posibles de intervención que favorezcan las transformaciones orientadas hacia la desmanicomialización.

Respecto a los objetivos de la investigación en relación a describir las significaciones de trabajadores de la salud mental acerca de las relaciones entre sus prácticas y las lógicas manicomiales-antimanicomiales, de manera resumida, es posible plantear que a partir del trabajo con los relatos aparece la significación de “pensamiento mestizo” (conceptualizado por Gruzinski, 2000) para denominar las lógicas que atraviesan el campo de las prácticas. Esta idea de mestizaje implica que lo manicomial y lo antimanicomial, forman parte de una construcción histórico-social que deja oculta su invención, adquiriendo así sentidos naturalizados. No están constreñidos a un objeto, un edificio, a ciertas reglamentaciones, a la legislación. El principio y fin del manicomio excede a las construcciones arquitectónicas y el funcionamiento institucional que lo identifica.

Esta primera aproximación se va profundizando a través del desarrollo de los objetivos específicos. En referencia al primer objetivo, sobre identificar prácticas de los trabajadores de salud mental de Santa Fe relacionadas con la desmanicomialización prevista desde la legislación vigente en el campo a partir de sus testimonios al respecto, se hizo un anclaje en revisar el marco normativo legal de lo que surgieron los siguientes apartados y vinculaciones: a) una caracterización del marco normativo legal acotando algunas comparaciones entre la LNSM y la LPSM en relación al paradigma de derechos; b) una sucinta descripción del contexto sociopolítico santafesino desde las perspectivas de los participantes de la tesis que permite delinear actores, intereses y estrategias dentro del campo de la salud mental; c) además, en las reflexiones sobre las prácticas se encuentra una oportunidad de establecer entrecruzamientos entre el marco normativo legal como habilitante, las modalidades de abordaje como organización estratégica (APS, dispositivos) y la postura teórica, en donde se recorta la categoría de salud colectiva como respaldo técnico; y d) el involucramiento en el trabajo de y en el campo, fue el

acceso a las discusiones acerca del impacto social e institucional de la legislación y el cambio de paradigma, así como sus repercusiones entre los trabajadores de la salud.

Asimismo, se planteó una lectura del orden jerárquico que implica ese marco normativo legal en el que se establece: 1) un rango constitucional, con hincapié en los artículos que refieren a los derechos a la vida, la salud y la integridad; 2) las convenciones de jurisdicción nacional como la que atañe a la discapacidad, donde resaltamos la promoción de la autonomía; 3) las leyes nacionales –incluye la LNSM–, como las de protección de los derechos de los pacientes, las referencias a la historia clínica, respeto a la intimidad y el consentimiento informado, y de manera más amplia se vincula con las siguientes leyes: integral de niñez y adolescencia, las de género –matrimonio igualitario, identidad, violencia, derechos sexuales y reproductivos– y la de consumo problemático de sustancias 4) en el plano provincial, la LPSM, su decreto reglamentario, las ordenanzas municipales, las regulaciones de organismos administrativos (reglamentos de los hospitales o resoluciones ministeriales) y, por último, se encuentran las prácticas concretas de los trabajadores de la salud. Cabe agregar la serie normativa del derecho internacional, que pauta el desarrollo de políticas públicas.

El análisis comparativo entre la LNSM y la LPSM evidencia que la LNSM adopta la perspectiva de los DD. HH. para las personas con padecimiento mental –en este sentido se considera que va un paso más allá de la LPSM–. Para explicar ese cambio de paradigma es clave especificar una serie de inclusiones dentro de esa legislación: a) la persona con padecimiento psíquico como rectificación del enfermo mental; b) cambios que se introducen en la concepción misma de salud mental y c) incidencias en las modalidades de abordaje (Stolkiner, y Garbus, 2008)

Para profundizar esas comparaciones dentro del marco normativo, interesa señalar que la LPSM de una inspiración progresista para su época surge en el contexto de las políticas neoliberales de los 90 lo que tiñe a las plausibles transformaciones con la tercerización, privatización y pauperización de la salud pública y pone en vilo el establecimiento de un modelo universal de atención (declaración de Alma Ata) que cobija el desentendimiento del estado nacional en términos del federalismo sanitario (Ase y Burijovich, 2009). Este proceso complejo es de una alta heterogeneidad en las provincias pero permite comprender las resistencias de algunos trabajadores de la salud en Santa Fe ante los cambios que se promueven en los 90, esto aparece marcado en los testimonios de los trabajadores cuando se focalizan en los sentidos que adopta la atención primaria de la salud (APS) en distintos momentos de este recorrido, así como al señalar el lugar que ocupa el área de salud mental dentro de las políticas públicas, en términos del tiempo transcurrido entre la sanción y la demorada reglamentación de la LPSM.

Entonces, si bien es cierto que antes de la LNSM funcionaban dispositivos sustitutos y alternativos para propulsar cambios al interior del manicomio o para dar apoyo a una salida del manicomio acompañando una externación, y esto era contemplado en la LPSM; se considera que el actual marco vigente a nivel nacional, por un lado otorga legitimidad a lo realizado por los trabajadores de la salud en la erradicación de lógicas manicomiales, a las transformaciones de los hospitales y a la

producción de un cambio en las concepciones, pero por otro lado profundiza en inscribir a esas prácticas y concepciones dentro de fundamentos políticos propios. Esto puede ser leído como una diferencia y a su vez como una tensión entre la LPSM y la LNSM.

De todas maneras, los actores que participan de dispositivos sustitutos o alternativos coinciden en que la LNSM es un marco de amparo importante pero que lo que se necesita aún es mayor agilidad en el establecimiento de convenios y en el avance sobre medidas administrativas que faciliten la gestión de esos servicios. La buena voluntad de los actores parece estar por delante de las gestiones ministeriales. Existe un reconocimiento burocrático o práctico de esos dispositivos pero sin una gestión política que los sostenga lo que termina provocando restricciones sobre las prácticas.

De la exposición de cuestiones ya planteadas en párrafos anteriores se pueden conocer algunos resultados referidos a los demás objetivos específicos de esta investigación, dirigidos a: establecer los saberes y reflexiones de los trabajadores acerca de tensiones, implicancias y posicionamientos de dichas prácticas tomando en cuenta la reproducción o desarticulación de la lógica manicomial y a comprender desde la perspectiva de los trabajadores las condiciones que operan para definir esas prácticas en un sentido u otro. En los párrafos siguientes se intentará resumir otros hallazgos revelados a partir del trabajo con los relatos.

En este sentido, se logró reconocer al caminar en el terreno y hallar sus irregularidades: escasez de recursos para hacer efectivas propuestas transformadoras (casas de medio camino, por ejemplo) y la demorada gestión para la nomenclatura de prácticas en salud no tradicionales (por ejemplo, artísticas). Las iniciativas extra-institucionales reclaman a la gestión política su reconocimiento, lo que aparece desfasado con respecto a un impulso por la participación social. También, entran en juego las prácticas profesionales que se inscriben en un modelo médico hegemónico, mientras que, en los efectores es difusa la coordinación y los acuerdos entre sectores, por ejemplo, entre policía y poder judicial para decidir cómo proceder ante una situación de riesgo.

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

La ley parece ser un avance para legitimar las prácticas de trabajadores de salud mental orientadas a sustituir las lógicas manicomiales, mientras que los retrocesos se identifican en los corrimientos del estado para asegurar la operatividad de esta ley, así como en la reproducción cultural

de paradigmas que se contradicen con el de derechos. Los testimonios dejan al descubierto esas tiranteces. Un ejemplo es la situación planteada ante las internaciones involuntarias por la abogada Mussi, integrante de la Dirección Provincial de Salud Mental:

“Como se trata de una medida que, aunque necesaria, resulta restrictiva de la libertad de las personas, la ley establece un procedimiento específico para las internaciones involuntarias, con miras a salvaguardar los derechos de quienes se encuentran en esta situación, así como evitar o poner coto a posibles abusos y restringir a lo estrictamente necesario este cercenamiento de derechos. En función de esto, impone a los equipos la obligación de notificar al juez, por una parte, para que el mismo autorice o deniegue la internación, de acuerdo a si están dadas o no las causales previstas por la ley para que la misma proceda (artículo 21, LNSM 26657), y por la otra, al órgano de revisión –instancia de contralor que aún no estaba conformada en nuestra jurisdicción–.

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

Por último cabe agregar que en casos de internaciones de menores de edad o personas declaradas incapaces, se debe proceder siempre de acuerdo a las disposiciones que regulan los requisitos y el procedimiento de las internaciones involuntarias” (Mussi, 2014, manuscrito no publicado).

En los testimonios aparece la necesidad de que el estado facilite las condiciones e intervenga como garante de los acuerdos entre los distintos actores, y que esto no quede librado a la buena voluntad de los mismos. A su vez, los resultados de la tesis destacan el compromiso ético de estos trabajadores en cada decisión que asumen dentro de la diversidad de situaciones cotidianas, en su participación en espacios de discusión sobre las prácticas y en la problematización de sus propias prácticas.

De lo dicho hasta aquí, se expresa la importancia de focalizar en los alcances y límites del marco normativo junto al reconocimiento del lugar que le cabe a los actores. La tesis intenta dar cuenta de esto último a través de una descripción del compromiso ético-político de los trabajadores, teniendo como fuente a los relatos sobre sus prácticas. A continuación se esbozan algunas cuestiones que se consideran interesantes destacar de su análisis.

La legislación vigente y las políticas en salud mental son consonantes con una concepción de “salud colectiva” que involucra el sentido político de las prácticas en salud al mismo tiempo que permite establecer su proyección en la definición y formulación de políticas públicas con un compromiso ético

hacia la promoción de la “salud emancipatoria” (Chapelo Mendoza, 2007), ligada a la construcción colectiva de valores, conocimientos y habilidades para cuidar de la salud en forma conjunta entre profesionales y miembros de la comunidad. Esta conceptualización puede reconocerse dentro de los testimonios en referencia a los fundamentos teóricos de sus prácticas.

El paraguas teórico de la arqueología foucaultiana (Donda, 2005) permitió sistematizar los decires de los participantes y encontrar articulaciones posibles en la “multiformidad de lo social” (Laclau y Mouffe, 2010). Forman parte de esta multiformidad tanto las lógicas hegemónicas de la salud pública convencional (Granda, 2004) que atraviesan prácticas manicomializantes e instituciones totales, como las concepciones de “salud colectiva” – epidemiología crítica de América Latina– que se erigen para confrontarlas, y que están presentes en las normativas y en las prácticas alternativas o sustitutivas del manicomio. La categoría conceptual de “apoderamiento” (Chapelo Mendoza, 2007) proveniente de ese entorno nos permite identificar la libertad como construcción de subjetividad.

El concepto de “desmesura” de Negri (2008) ubica la producción de subjetividad en tanto potencia vital. Lo que se expresa en no buscar una resolución cerrada para los conflictos, sino en encontrar allí un sentido genealógico para pensar en un proceso histórico, sin un final único y previsible que incluye el riesgo y el fracaso. La “desmesura” también nos remite a lo inconmensurable, a ese algo más, el más allá de, que se juega en el desafío, en el sostener una decisión, en poner el cuerpo que aparece en los relatos sobre la cotidianeidad de estos trabajadores.

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

La ubicación del sentido estratégico de las prácticas, que se vincula a la expresión de sostener la decisión, categoría emergente de los testimonios, es la forma más elocuente encontrada para nombrar el compromiso psicosocial como subjetivante. Para significar lo estratégico se alude a prácticas de libertad, a partir del concepto de “relaciones de poder” de Foucault (2001) enlazado con la resistencia o el “apoderamiento” (Chapelo Mendoza, 2007).

Los emergentes de los relatos permiten conocer cómo desde la intimidad de las prácticas se hace presente el compromiso psicosocial de los trabajadores. Aquí, se mixturán las distinciones realizadas en nuestro análisis sobre los aspectos técnicos y estratégicos (modalidades y lineamientos), los posicionamientos ideológicos y políticos (cambio de paradigma), el pensamiento mestizo para identificar lógicas manicomiales-antimanicomiales, así como las vulnerabilidades y resistencias. Lo que conlleva un reconocimiento de la vulnerabilidad del otro (Berra, Alderete, Plaza, Barrault, 2007) y de la propia.

Estos resultados nos posibilitan abrir los siguientes puntos de discusión que suman nuevos aportes conceptuales para la reflexión de lo ya desarrollado hasta aquí.

4. Discusión

Se ofrecen dos instancias de discusión:

La primera refiere a la oportunidad de poner en diálogo las dimensiones de lo macropolítico y lo micropolítico dentro del campo de la salud (Spinelli, 2010). Este planteo nos conduce a señalar el lugar que tiene el conocimiento producido por los trabajadores respecto a los cambios o las transformaciones. Spinelli (2010) nos advierte acerca de estar atentos para una lectura de los programas y planes que se presentan como innovadores. Este autor propone una dualidad para pensar esas propuestas desde: una “lógica de soluciones”, con un sentido verticalista, o una “lógica de problemas” donde los conocimientos que producen los trabajadores a partir de sus prácticas sean escuchados y valorados.

En esta investigación, reflexionar junto con ellos sobre sus prácticas y sentidos, permitió destacar su compromiso ético-político presente en sus decisiones cotidianas dentro de y atravesando los muros, así como los matices, avances y retrocesos dentro del campo en que estas prácticas se desarrollan. Se reconoce lo valioso que es el compromiso psicosocial de los trabajadores pero al mismo tiempo el desgaste que provoca la precarización, la falta de recursos y el agotamiento que aflora cuando el estado se retrotrae en la voluntad política necesaria para apoyar a su tarea y a una transformación que se reconoce como irrenunciable de estructuras opresoras que generan marginalidad, vulnerabilidad, sufrimiento y exclusión. Lo que sienta una advertencia para cualquier política regresiva al respecto.

Esa perspectiva ubica a nuestro estudio dentro del territorio de lo que Spinelli (2010) llama la “metapolítica”. Este autor en sus aportes al campo de la salud, propone desarmar el concepto de planificación en: plan relacionado a la política y planificación vinculada con la acción, esta última es la “metapolítica”. Spinelli para definir a la “metapolítica” retoma a Badiou quien dice que: “solo es política el proceso de la construcción colectiva de un singular con miras a la gestión o transformación de lo que es” (Badiou citado en Spinelli, 2010, p. 281). Es decir, los cambios se dan cuando los espectadores devienen en agentes de su propia historia, pensada por ellos, en su propio contexto.

La segunda discusión abarca la posibilidad de acompañar dos tareas la de intervención y la de investigación. Esto sería el desafío de llevar adelante el desarrollo de una tesis en el que ambas acciones se vayan articulando. Se halló una vía a partir de recuperar la “implicación” (Enríquez, 1994 y Lourau, 1988) y la “reflexividad” (Guber, 2001). A través del involucramiento con los relatos, las significaciones se producen al mismo tiempo que la comprensión en una interacción con el otro y en un contexto particular dado, lo que habilita como posibilidad la transformación y en ese sentido es subjetivante e instituyente como construcción colectiva. Entonces, intervención, investigación e implicación tanto

como indexicalidad y reflexividad se combinan otorgando fuerza performativa y política a las significaciones.

Esta perspectiva abre caminos a la posibilidad de ser partícipes de las transformaciones en salud, en este sentido este estudio busca realizar aportes a la formación de futuros profesionales de salud mental, así como a la discusión y generación de propuestas junto con otros trabajadores incluso no convencionales dentro de este campo. La implementación de la legislación vigente en salud mental se reconoce como un desafío para la construcción del conocimiento y las prácticas sobre las problemáticas de nuestra región.

5. Referencias

- Almeida Filho, N. de y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, (75), 5-30. Recuperado de: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_TSocial/AlmeidaFilho.pdf
- Ase, I y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud colectiva, 5 (1). Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003
- Berra, C.; Alderete, A.; Plaza, S.; Barrault, O. (2007). Art. “La vulnerabilidad política: una nueva dimensión en salud mental”. Marginalidades, 5(4), s/pp.. Publicación del CIFYH. FfYH. UNC.
- Coffey, A. y P. Atkinson (2003). Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Chapelo Mendoza, M. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En: Jarillo Soto, E. y Guinsberg, E. (Ed.). Temas y desafíos en salud colectiva (345-373). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Donda, C. (2005) Lecciones sobre Michel Foucault. Saber, sujeto, institución y poder político. Córdoba: Editorial científica universitaria de Córdoba.
- Enríquez, E. (1994). La psicociología en la encrucijada. Internationale de Psychosociologie, I, (1). Université Paris VII. (Traducción Ana Correa. UNC).
- Faraone, S. A. (2003). La desinstitucionalización: un modelo alternativo para los abordajes en salud mental o una política de reducción económica-administrativa. (Tesis de Maestría presentada al Instituto de Investigaciones en Salud Pública. Universidad Nacional de Buenos Aires). Comunicación presentada en: 4º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2003. Psiquiatria.com., Febrero de 2003, Buenos Aires. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/2448>
- Faraone S. y Valero A. (2013). Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Foucault, M. (2001). El sujeto y el poder. Revista Mexicana de Sociología [online], 50, (3.), 3-20. Recuperado de <http://links.jstor.org/sici?sici=0188-503%28198807%2F09%2950%3A3%3C3%3AESYEP%3E2.0.CO%3B2-A>
- Glaser, B. y Strauss A. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. Cubana Salud Pública, 30(2). Sociedad cubana de salud. Recuperado de: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/granda.pdf>
- Guber, R. (1991). El salvaje metropolitano. Buenos Aires: Editorial Legasa.
- Guber, R. (2001). La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo editorial norma.
- Gruzinski, S. (2000). El pensamiento mestizo. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Jarillo Soto, E. y Guinsberg, E. (2007). Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Laclau, E. y Mouffe C. (2010). Hegemonía y estrategia socialista. Buenos Aires: Fondo de cultura Económica.
- Lourau, R. (1988). Grupos e institución. En Perspectives de L'analyse Institutionnelle. París: Meridiennes Klincksieck. (Traducción: Marcelo Carrillo, de la Universidad Iberoamericana de México, D. F.)
- Montenegro Martínez, M. y Pujol Tarrès, J. (2003) Conocimiento situado: un forcejeo entre el relativismo construccionista y la necesidad de fundamentar la acción. Interamericana de Psicología, 37(2), 295-307. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Murekian, N. G. (2006). La desmanicomialización en los media: Representaciones sociales y construcción de la reforma psiquiátrica. Ponencia en: Simposyum Communautés, public et média face à la “folie”. 8th

- International Conference on Social Representations, Social Representations: Media and Society (Rome, Italy. August 28th - September 1st 2006). Disponible en: http://www.slidefinder.net/8/8thICSR_226_Murekian310806/893340
- Murekian, N. (2009). La “desmanicomialización” en internet. Representaciones sociales y procesos de nominación, [Simposio: representaciones sociales y discursos]. VI Jornadas internacionales de representaciones sociales, III Jornadas nacionales de representaciones sociales “perspectivas en representaciones sociales: diálogos y debates”, 28, 29 y 30 de noviembre de 2009, Buenos Aires República Argentina.
- Mussi, C. (2014). La salud mental desde una perspectiva de derechos. Implicancias en las prácticas de los trabajadores de la salud. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional del Litoral en Santa Fe, Argentina.
- Negri, A. (2008). La fábrica de porcelana. Barcelona: Paidós.
- Pujal y Llombart, M. (2003) La tarea crítica: interconexiones entre lenguaje, deseo y subjetividad. Política y sociedad, 40(12), 129-140. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Silva Paim, J. (2011) Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva, 6(3), 275-293. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Stolkiner A, Garbus P. (2009). Ética y Prácticas en Salud Mental. En: Fantin JC, Fridman P. Bioética, Salud mental y Psicoanálisis(pp.171-186.). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Vallés, M. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis.

Documentos del marco normativo

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada el 2 de diciembre de 2010 y reglamentada el 28 de Mayo de 2013, Decreto Reglamentario 603/2013, Boletín oficial, Argentina. 112
- Ley Provincial de Salud Mental de Santa Fe N° 10772/91, promulgada el 26 de diciembre de 1991 y reglamentada el 29 de noviembre de 2007, Decreto Reglamentario N° 2155/2007, boletín oficial, Provincia de Santa Fe, Argentina.