



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Lic. en Trabajo Social

**El cambio de paradigma en Salud Mental: análisis y
problematización con respecto a la política sustitutiva y
sus dispositivos.**

Alumno: Ventureira Agustín

Rosario, marzo de 2020

Director: Alberdi José María

Contacto: agustinventureira@gmail.com

Índice

INTRODUCCIÓN.....	2
I. EL MODELO ASILAR: MOVIMIENTOS HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS	4
El modelo asilar	5
Problematizaciones con respecto al poder psiquiátrico	14
II. EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA: ANTECEDENTES, MIRADAS Y DESAFÍOS EN LA CONTEMPORANEIDAD.....	22
PRIMERA PARTE: AVANCES LEGISLATIVOS PARA LA DESMANICOMIALIZACIÓN	24
Declaración Universal de Derechos Humanos	24
Declaración de Alma-Ata	25
Declaración Caracas	26
Informe de la Salud en el Mundo	27
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad	28
Principios de Brasilia.....	29
Consenso de Panamá.....	30
Ley Provincial N° 2.440	30
Ley Provincial N° 10.772.....	32
Ley Nacional N° 26.529	33
Ley Nacional N° 26.657	34
Decreto Reglamentario 603/2013	39
Plan Nacional de Salud Mental	41
SEGUNDA PARTE: EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.....	43
Salud Mental Colectiva Latinoamericana	43
Atención Primaria en Salud Mental	44
Desafíos actuales	47
III. EL DISPOSITIVO: DIFERENTES MIRADAS	51
Aportes desde la sociología crítica	51
Institución-Dispositivo	55
Aportes desde el Institucionalismo	57
Aportes desde la territorialización	60
IV. EXPERIENCIAS DE DISPOSITIVOS SUSTITUTIVOS EN LA CIUDAD DE ROSARIO	63
Espacio Balcarce	64
El Horno está para bollos	68
Pomelo en el patio.....	73
La “producción” en Salud Mental	77
V. REFLEXIONES FINALES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

INTRODUCCIÓN

El campo de la Salud Mental es un *universo* donde conviven diferentes actores, discursos, prácticas, elementos teóricos, epistemológicos, ideológicos... y todo un entramado de relaciones sociales comprendidas en su heterogeneidad. Es un campo -complejo- donde este trabajo sitúa la mirada e intenta retomar un debate -histórico- que circula en torno a la “locura”.

Hay diferentes razones que me llevaron a elegir este tema para la tesina de grado dentro de la Licenciatura en Trabajo Social. Razones teóricas que fundamentan un análisis del recorte que se hará desde la lectura de las ciencias sociales. Al mismo tiempo razones del orden ideológico que prima la mirada crítica e histórica que busca poner en un contexto diferente aquello que muchas veces es mostrado desde el plano de lo aparente.

Este trabajo se complementa con mi trayectoria dentro de la carrera de Trabajo Social en sus diferentes espacios de aprendizaje y también por la experiencia dentro de las prácticas profesionales que han sido desarrolladas tanto en el hospital psiquiátrico como en aquellos espacios que han ido surgiendo como alternativa del mismo, estos son, los denominados “dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial” que considero como núcleo central del trabajo.

Este recorte remite a una escena donde existe un correlato entre discursos que suelen mostrarse como opuestos o antagónicos, pero que pueden no serlo con mucha facilidad. Se habla de la “lógica manicomial” como el entramado de estos discursos, prácticas y sucesos históricos que remontan de siglos atrás y persisten actualmente, en una relación particular con la “locura”.

Por otra parte, existe un paradigma que se ha ido configurando desde mediados del siglo XX que pone la mirada crítica sobre el modelo manicomial o asilar que se ha impuesto hegemónicamente, con diferentes propuestas de reformas.

El primer capítulo estará dedicado a recuperar una serie de elementos teóricos que permitan configurar este escenario en el que descansa gran parte de la crítica del trabajo. Diferentes aportes de las ciencias sociales pondrán al descubierto y en tensión todas aquellas relaciones que se implican en la escena institucional del manicomio, así como los diferentes modelos instalados a lo largo del tiempo. Aquí los saberes hegemónicos sobre la salud, la “locura”, la enfermedad y los discursos de verdad serán puestos en tela de juicio. Los disparadores serán preguntas de elementos muy aparente, que se verá, poseen distintos sentidos en su análisis, comenzando por ¿qué es la salud y qué es la enfermedad? y ¿qué es la locura y la razón?

El segundo capítulo buscará aproximarse al terreno de la Salud Mental en nuestro país. Este trabajo implica reunir aquellos antecedentes –nacionales e internacionales- que hacen del mapa contemporáneo del campo. Además de constatar algunos avances legislativos

y movimientos de reformas se tomará el concepto de “Salud Mental” cuyo encuadre colectivo se basa en los derechos de las personas y concibe procesos de salud que no se reducen a la relación enfermedad/cura de un cuerpo humano biológico ni a la salud desde una mirada mercantil.

El tercer capítulo apuntará a un concepto en particular: el dispositivo. Partiendo del supuesto que es un término muy frecuente en el campo de la salud y la política pública, por lo que debe ser visto a través de sus diferentes conceptualizaciones y problematizaciones. En el mismo movimiento se encuentra la institución. Diferentes miradas servirán para situar al concepto en tanto el interés posterior de analizar los denominados dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial.

El cuarto capítulo estará abocado a la presentación y descripción de algunos casos seleccionados en un recorte particular sobre estos dispositivos dentro de la red de Salud Mental de la provincia de Santa Fe.

El análisis pretende un ida y vuelta entre el pasado –histórico- y la actualidad de un campo –que a miras del futuro- se encuentra en gran compromiso. La escena actual, podría decirse, es el resultado de lo acontecido unas tres o cuatro décadas atrás. En nuestro país en particular, las transformaciones más drásticas se dieron durante la etapa de gobiernos neoliberales que provocaron un cambio de rumbo de un Estado ya no más protagonista, al igual que su sistema de instituciones y políticas públicas.

Hoy día acontece una situación quizás similar a la anterior, donde se advierte un crecimiento de las complejas demandas sociales, un corrimiento del Estado en sus responsabilidades y en la garantía de los derechos que un modelo de políticas sociales predecesor perseguía mediante el discurso de la inclusión social.

La puesta en contexto amerita una revisión de las políticas públicas que fundamentan las instituciones y dispositivos para la intervención social dentro de la Salud Mental, sin olvidarse de aquél manicomio que sigue existiendo y formando parte de la misma red, en el caso, provincial.

En el medio de la tensión entre aquellas lógicas de la dominación/emancipación, reclusión/libertad, disciplina/control, institución/dispositivo de carácter ideológicas-teóricas-políticas el análisis busca incorporar un debate en torno a los espacios investigados y descriptos vistos en su cotidianeidad y analizados con mayor profundidad en términos de la política social sustitutiva y los actores involucrados.

CAPÍTULO I. EL MODELO ASILAR: MOVIMIENTOS HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS.

El primer capítulo de esta tesina hará una lectura histórica acerca de la aparición y constitución hegemónica del modelo asilar, pretendiendo luego contrastarlo con los aportes o contribuciones más significativas por parte de las ciencias sociales. La utilidad de esto será aproximarse al campo de Salud Mental (local), que ha heredado muchos elementos del modelo clásico, al igual que las rupturas y reformas que ha percibido; no sólo aquí sino a nivel región latinoamericana.

Este campo es el resultado de un proceso histórico que lo ha configurado como tal mediante conceptos, ideas, miradas, hitos, hechos, rupturas, que pueden ser puestos en un mapa que permita comprenderlo.

Se buscará contrastar el modelo dado por el proceso histórico (asilar, o “lógica manicomial”) con las contribuciones críticas de las ciencias sociales que han problematizado muchos aspectos de aquél sistema dominante.

Esta idea de “mapa” está encabezada por la noción que vengo mencionando para encuadrar Salud Mental, esto es, el “campo”. Pierre Bourdieu advierte que cuando hablamos de “campo” en este sentido -de campo político- rigen intereses a pie de disputar aquello que está en juego como capital en lucha por su apropiación. Salud Mental es el campo que ahora entendemos como el terreno de disputa, y que por esa misma razón no es posible asumir un significado unívoco del término, muchas posiciones van a determinar lo qué es y no es sobre el campo, al ser éste, como dije, un campo de disputa. La mirada que acompaña este trabajo tendrá sus confrontaciones, por ejemplo, por aquellas miradas que conciben la salud vista como un servicio o prestación (capital) o por procesos más arraigados en lo biológico, orgánico o cerebral. La intención no será validar o invalidar tal o cuál mirada, sino ponerlas en un contraste político y construir un argumento crítico acorde a la postura que en este trabajo se sostiene.

¿Qué es Salud Mental? Tomaré provisoriamente la concepción que establece el texto de la Ley Nacional número 26.657 sancionada en el año 2010, dado que ésta ha sido un importante hito en lo que hoy remite al campo y su trabajo en él.

Salud Mental es un proceso (no un estado) determinado (no casual) por componentes que tienen que ver con diferentes esferas de la vida como lo social, lo económico, cultural; con un factor histórico y explicados científicamente por ciertas profesiones (medicina, psicología, trabajo social, psiquiatría son las más conocidas). Esta concepción pone el énfasis en la persona –sujeto- vista en clave de derechos humanos y sociales, condición que persigue a través de diferentes acciones que se propone e insta a cumplir como toda ley.

En el siguiente capítulo me detendré en dicha ley, pero por el momento valen estas palabras para delimitar un campo enmarcado en términos históricos, políticos, sociales; y además en órbita legislativa.

Dentro del mapa de la Salud Mental, la hoja de ruta comenzaría con un concepto ampliamente instalado en la cultura y en el discurso corriente dentro de las sociedades (pasadas y actuales).

En el discurso médico se suele hablar de la salud como la ausencia de enfermedad o un estado pleno de bienestar. En Salud Mental la enfermedad –se verá- dista bastante de un estado orgánico o biológico y será traducida muchas veces bajo lo que vulgarmente se conoce como *la locura*; de lo que se desprende el supuesto que ésta es una construcción artificial social, política y cultural, así como la *enfermedad mental* que también será vista. Comenzar por la *locura* para leer este campo resulta conveniente ya que se parte de algo que aparenta ser un tema trivial pero que, si es sometido a un proceso de análisis histórico-político, se podrá ver la complejidad y el peso que tiene por debajo.

A lo largo de la historia ha habido diferentes formas de dar respuestas por parte de las sociedades (gobiernos e instituciones) frente al problema –representado como tal- de *la locura*. Un elemento clave para ello ha sido el manicomio, o más precisamente, la lógica manicomial, solventada por un cuerpo profesional determinado que también ha ido mutando a lo largo del tiempo, pero que ampliamente podemos denominar psiquiatría.

“Es necesario analizar la sucesión de coyunturas teóricas y prácticas que constituyen la historia específica de la psiquiatría, partiendo del principio de que el conocimiento histórico no puede ser una historia de las ideas sino de los modos históricos de producción de esas ideas” (Galende, 1994:121).

Luego de este primer punto que hará un recorrido histórico por las diferentes concepciones tanto de la salud como de la enfermedad, de la razón y la *locura*, y del modelo con todos los movimientos de constitución, rupturas y continuidades que muestra, habrá otro apartado destinado a la tonalidad crítica que cuestiona este modelo hegemónico.

EL MODELO ASILAR.

Este apartado tomará el modelo asilar con respecto a los movimientos de surgimiento, transformaciones y rupturas que ha presentado a lo largo de la historia. Este modelo se propuso como respuesta política hacia el problema que representaban *los locos* para las sociedades en determinados momentos históricos.

La *locura* como “cuestión social” obedece a una realidad histórico social de un determinado momento en el que se constituye una institucionalidad para su intervención y administración por parte de un cuerpo profesional en particular.

Los elementos principales de este modelo serían: la institución central (cuyo edificio el hospital) junto con la lógica manicomial (reviste el sentido de esa estructura), un cuerpo profesional (medicina-psiquiatría) que ejecuta o pone en práctica las estrategias pensadas para hacer funcionar este sistema y, por supuesto, los llamados pacientes (en carácter de objeto).

La historia de la *locura* es vasta y se remonta muchos siglos atrás, pero tomaré como punto de partida el modelo de hospital de Philippe Pinel cuya inscripción se traduce al mismo tiempo en el pensamiento científico de aquella época denominado “alienismo” que logrará gobernar su propia área de conocimiento con respecto al tema que venía siendo esquivo en su manejo por parte de otros actores de la sociedad; a partir de este modelo se irá configurando el denominado “poder psiquiátrico” que será puesto en énfasis para comprender las relaciones de fuerza implicadas bajo la escena del manicomio.

Es en el clima de época reformista de la Revolución Francesa cuando surge este pensamiento/ciencia alienista; y ocurre al mismo tiempo que se produce una metamorfosis de la figura del hospital: éste pasa de ser un instrumento de la caridad para responder al orden de lo político-social y dónde se introduce el saber médico como novedad, cuando antes se consideraba en situaciones especiales por necesidad. Cabe destacar que en este tipo de sociedad basada en el contrato se perseguían los ideales del orden y la normalización de sus habitantes bajo estos, es por ello que aquellos grupos “desviados” o marginales representaban el objeto del cuidado, de la rectificación.

El hospital no nace de la medicina, sino que debió anteriormente a un enfoque filantrópico. Paulo Amarante (2007) dirá que éste fue creado en la Edad Media “*como institución de caridad, que tenía por objetivo ofrecer abrigo, alimentación y asistencia religiosa a los pobres, miserables, mendigos, desamparados y enfermos*” (Amarante, 2007:24). En este hospital general como “hostería” la práctica se basaba en el aislamiento de aquellos segmentos de la sociedad que dado su carácter de invalidez estaban a la merced del cuidado y del control social.

Cuando se abandona aquel hospital (no fue de un día para otro) el modelo alienista se apropiará e instalará en el “nuevo” Hospital General que alojará la *locura* bajo otra mirada que desplaza al hospicio de asistencia para pobres y mendigos por una institución de orden social y político. Este hito puede describirse como la primera respuesta que se le dio a la cuestión, ahora “cuestión social” y política, cuando se introduce el pensamiento médico en la institución. Este hospital fue medicalizado y transformado en “la” institución médica por excelencia (Amarante, 2007:26).

Este desplazamiento forma parte de un movimiento mucho más amplio, el de la reconversión de los roles institucionales, descrito por Amarante (2007):

“La sustitución de la sociedad absolutista (monárquica, totalitaria, clerical) por la sociedad disciplinaria destinó un nuevo rol a las instituciones: la disciplina de los cuerpos,

la introyección de las normas del pacto social construido entre pares, la normalización de los ciudadanos y de la propia noción de ciudadanía” (Amarante, 2007:28).

Otra arista indica que la carga de responsabilidades por la medicina mental o alienista se debe en parte a la incapacidad hasta ese momento por parte de las esferas jurídicas y de seguridad o policiales para abordar desde propias perspectivas esta situación. Robert Castel (1977) dirá que el papel de la medicina nace “a la sombra del legalismo”, se había formado una laguna donde la incapacidad de controlar estos espacios pasaría a ser reclamo por parte de la psiquiatría. Un instrumento clave para este pensamiento fue la capacidad de administrar esta *locura* absorbiendo responsabilidades en lo que respecta a la vida familiar y la relación de las personas con el marco jurídico de la sociedad.

La administración, la institucionalidad y esta corriente científica que emerge constituyen un saber que no sólo descansará en la apropiación del cuerpo-objeto del paciente dentro del límite del hospital, sino que además tendrá facultades de función pública y como aparato represivo del Estado.

El carácter represivo que atribuyo a la intervención de la medicina alienista tiene que ver con la figura del doctor quién decidirá por la libertad o no de la persona, sobre la relación con la familia y sobre su vida cotidiana dentro del asilo. Así, esta represión es una forma que articula dos poderes, donde el médico hace uso de mecanismos punitivos propios de lo jurídico, mientras tanto el fundamento correrá por el lado del bienestar moral y social. Al hablar de represión, no es que el tratamiento no apuntaba a la salud, sino que el criterio de “salud” de ese entonces se encuadraba en la neutralización de un problema político más amplio, por ello se introduce un elemento *social y moral* en la atención, y el tratamiento será el medio justificado para llegar al orden estimado por las sociedades de siglos pasados¹.

El psiquiatra pasa a decidir sobre el ingreso, el desarrollo de la terapia y la salida o no del hospital bajo sus fundamentos científicos constatados en la realidad mediante el estudio del cuerpo humano como un objeto natural, sin sujeto. Comienza a construirse un conjunto de saberes basados en la observación de comportamientos a partir de los cuales se elaborarán clasificaciones y experimentaciones, se apuntaba a determinar la sí o no *locura* dándole una racionalidad a la enfermedad mental. De la mano de esta operación iba el criterio de peligrosidad que determinaba la necesidad de permanecer por dentro o fuera de la institucionalización.

¹ “Todo es tratamiento” nos dirá Robert Castel, *“La organización de la vida cotidiana es tratamiento, la sumisión a las órdenes del personal es tratamiento, el trabajo es tratamiento”* (Castel, 1977, p.76).

Enrique Carpintero (2011) señala: “*con Pinel la locura se transforma en una realidad, es necesario confiarla a los médicos y es finalmente la solución que se le brinda a los revolucionarios y sus sucesores para regular el problema sin traicionar sus principios de libertad*” (Carpintero, 2011:35). La *locura* se transforma en “realidad” cuando se introduce un carácter racional y científico, junto con la inscripción en el hospital y un cuerpo heredado del saber médico.

La figura del “alienado” responde a quién se encuentre por fuera de toda regla o norma social y moral. Sin sociabilidad. Ese ha sido en términos generales el carácter peligroso de esta población. Se introduce aquí el elemento “social” en la ecuación que permitió a la psiquiatría comenzar a preguntarse sobre las condiciones histórico y sociales que generaban la enfermedad. Se anexará una rama asistencial dentro del proyecto político científico que se llevará a cabo, la cuestión científica primará sobre la idea de abordar una problemática social. En esta sociedad regida bajo el contrato será imperioso un tratamiento moral apuntado a la re-inscripción.

¿Quiénes han encarnado el cuerpo de los *locos*-alienados? A lo largo del tiempo la etiqueta ha ido cambiando, la locura ha sido aquél pagano que difería del cristianismo, aquél enfermo de lepra, el esquizofrénico, el marginal, etc. Cada caso responderá al clima de época atravesado, aunque, algunos rasgos serán marcas de tal nivel que han podido perdurar en el tiempo como el des-orden y el peligro, por ejemplo. El criterio de peligrosidad es aquél que ha permanecido fuertemente hasta la actualidad.

“*Se comienza a relacionar enfermedad mental con peligro cuando se le atribuye la locura a un crimen, era el medio de fundar el poder psiquiátrico, no en términos de verdad, sino en términos de peligro, inscriben en la sociedad que ésta debe ser protegida ya que en el fondo del corazón del loco existe la probabilidad del crimen, claro que sin forma de probarlo*” (Foucault, 2003:297).

En esta sociedad contractual se ha ido construyendo una lógica donde el alienado es puesto en una situación de desposesión y dependencia con las instituciones y reglas de la época, cualidades que fueron absorbidas por la figura del médico-psiquiatra quien cataloga, clasifica, diagnostica, y les asocia síntomas a diferentes comportamientos; basados en la cuestión de la moral y peligrosidad. Estará *la locura*, los medios legítimos para tratarla y las razones político-técnicas de existir como tal, concentradas en un legítimo y privilegiado escenario para experimentar sobre el cuerpo humano condicionado y determinado por la llamada *enfermedad mental*.

El alienismo sentó las bases para lo que posteriormente se llamaría formalmente como psiquiatría. Fueron pioneros y obtuvieron una importante legitimidad por parte de la sociedad y los gobiernos, incluso obtienen en 1838 su primera legislación avalando estas prácticas. En adelante sus prácticas se irán llevando y reproduciendo de hospital en hospital.

Estableciendo parámetros racionales para discernir científicamente entre el ciudadano/razón y el alienado/locura decidían quién sería merecedor de aquel tratamiento moral que apuntaba a la restitución de las condiciones que había perdido la persona y que necesitaba para permanecer dentro del grupo poblacional corriente. Esta decisión desembocaba en dos salidas: la internación o no.

Por lo tanto, la escena privilegiada con la que esta psiquiatría logra desempeñarse y expandirse es sin dudas el manicomio como institución que ha absorbido algunos elementos del modelo de hospital general y construido una lógica propia: la denominada “lógica manicomial”.

El manicomio entra en esta categoría de “formas de dar respuesta al problema de la locura” como escena clave donde se encuentran dos actores principales frente a frente, en una misma situación: el “paciente” y el médico-psiquiatra. Esto no quiere decir que no haya otros actores que contribuyan al contexto institucional, también habrá enfermeros/as, vigilantes, autoridades administrativas y (en general) un Estado garante del funcionamiento de estos espacios, como actores “secundarios”.

En esta lógica predomina una relación vertical donde la persona concebida como “paciente” se convierte en el objeto que el médico psiquiatra observará, estudiará y decidirá sobre el destino de éste en lo que respecta su tratamiento y posible salida de la institución, o no. Lo que se creía que “estaba en juego” en tanto al manejo de esta población y su destino era basado en el criterio de peligrosidad, donde eran vistos como potenciales delincuentes, incluso a través de diagnósticos puramente estéticos. Aquí mismo se enlaza el dogma de la disciplina llevado a cabo en la práctica hospitalaria y concebido como necesario para la rectificación y control de aquellas personas.

La vida cotidiana en estas instituciones estará marcada fuertemente por el carácter represivo y disciplinario de las mismas. Las características atribuidas al *loco* (enfermo, amenaza potencial o virtual, impulsivo, etc.) se matizan en un contexto dado por una amplia gama de medidas coactivas, tanto físicas (castigo físico, sujeciones, encierro) como simbólicas (manejo del tiempo, rutina, condiciones habitacionales, etc.), donde paralelamente persistía un tratamiento que apuntaba a la corrección para la reinserción en la sociedad de los pacientes. Sin embargo, la psiquiatría no es precursora de esta escena de encierro, sino que es la continuación del mismo por otros medios, bajo otra lógica. Su antecesora ha sido la prisión y muchos elementos de ésta se pueden contemplar en las prácticas intramuros del manicomio.

El concepto de “institución total” es útil para describir estos lugares como un montaje, una realidad fabricada donde se vive y también se trabaja, donde se comparte con una importante cantidad de personas una misma rutina de aislamiento y administrada formalmente por la disposición de los actores implicados.

El proceso por el que atraviesa esta población suele llamarse “institucionalización” y puede describirse en dos momentos claves para la normalización de quiénes ingresen al asilo.

El ingreso: es la constitución de un estado de encierro y privación de libertad para la persona que se incorpora al asilo de ahora en más como *paciente*, y sujeto a todas las determinaciones y procedimientos formalizados que impone el cuerpo profesional a cargo. Pasar de ser el *peligro* del exterior al *cuidado* del interior significa atravesar un esquema clasificatorio. Este esquema comprende un diagnóstico y la indicación de síntomas que pertenecen a un sistema de definiciones, conceptos, categorías; que separan a cada sujeto según sus tendencias de comportamiento. A su vez, se medirá bajo cierto grado el *peligro* que carga el paciente vinculado a los comportamientos físicos o impulsivos. Este sistema impuesto arrojará *pacientes inofensivos*, *pacientes peligrosos*, *esquizofrénicos*, *pacientes paranoicos*. Toda una serie de clasificaciones y etiquetas que cada persona cargará consigo al momento de ingresar y permanecer dentro de la institución.

El tratamiento: término que ha ido variando a lo largo del tiempo. Ha sido el tratamiento moral² del alienismo, el tratamiento terapéutico, el tratamiento de psicofármacos, el tratamiento tortuoso, el trabajo como tratamiento (laborterapia), etc. todos han correspondido más a lo experimental que a una actitud de “curación” o “sanación”, las condiciones de vida a las que era sometida esta población en el asilo no parecían indicar señales o condiciones como para alcanzar el bienestar.

En síntesis, el ingreso es la internación como principio de intervención: aquí se determina “si es o no es locura” y para ello rige un diagnóstico binario, dual³. Luego corresponde un tratamiento que acompañará a cada persona en el resto de sus días de internación (inexactos) junto con la escena configurada al interior de los muros.

Tanto el modelo asilar como el cuerpo profesional que lo domina no logró sostenerse como tal. Con el tiempo se empieza a sospechar de la credibilidad de este formato y de los hospitales psiquiátricos que se poblaban cada vez más, así como crecía el nivel de violencia para con los pacientes (Amarante, 2007:40). La idea de Salud Mental comienza a sonar a partir de la crítica de la corriente higienista en tanto esta situación, este concepto será la contrapartida del paradigma dominante alienista.

² “Es el despliegue de una tecnología englobante que supone unificar la diversidad de regulaciones (de naturaleza económica, administrativa, de personal, etc.) que se imponen a los reclusos” (Castel, 1977:76).

³ La psiquiatría funciona con un diagnóstico absoluto y no uno diferencial. Es una medicina en donde el cuerpo está ausente. Se buscaba ver en formas de comportamiento si la persona debía o no debía ingresar al asilo (Foucault, 2003:304).

Este momento de ruptura da pie al surgimiento de una serie de experiencias. La primera en consideración es la de las llamadas “Colonias de alienados” donde se buscó interpelar la terapia con el trabajo como camino hacia la libertad y la recuperación (se llamará Laborterapia). Para sacar provecho de la actividad productiva estas colonias se ubicaban en áreas rurales cercanas a aldeas agrícolas. Tal como el manicomio, éstas se super-poblaron y terminaron institucionalizándose.

Existe un momento que sirvió de bisagra para la apertura hacia una etapa de importantes reformas, tanto dentro del manicomio como al interior del cuerpo profesional que los gobernaba, la psiquiatría (predominante del siglo veinte). Este momento han sido las guerras mundiales y lo que dejaron.

Se produce un *cuestionamiento surgido en la sociedad respecto de estas instituciones que el nazismo ayudó a develar; es decir, las relaciones de poder que se producen en las instituciones asilares, similares en algún punto a las de los campos de exterminio* (Chiarvetti, 2008:180). Hay un cambio de conciencia alimentado por la aparición de nuevos pensamientos políticos, como los de la nueva izquierda. La psiquiatría sufre una importante crítica ligada a la dificultad para afrontar nuevas problemáticas sociales que surgían.

“Las dos grandes Guerras Mundiales hicieron que la sociedad pasara a reflexionar sobre la naturaleza humana, tanto sobre la crueldad como sobre la solidaridad existente entre los hombres, y se fueron creando así las condiciones de posibilidad histórica para un nuevo periodo de transformaciones psiquiátricas” (Amarante, 2007:42).

Con esto se asimila además que las condiciones de los asilos eran muy similares a las de los campos de concentración nazi por lo que aparecerán experiencias y reformas que cuestionan el papel de la institución que impartía una grave deshumanización para sus internos. Esto viene en consonancia con algunos hechos históricos (tratados, declaraciones) que irán allanando el camino hacia la proliferación de los derechos.

A continuación, traeré las reformas -y rupturas- sucedidas a partir de la posguerra y que actualmente residen en muchos aspectos de la configuración del campo de la Salud Mental. Las transformaciones apuntaban en general hacia el modelo asilar que se dice había fracasado y llegado a un estado de saturación tanto en términos de su gran caudal poblacional como en el servicio brindado –ineficaz- que concentraba la institución psiquiátrica. La necesidad era modificar la existencia del manicomio (en mayor o menor medida) y todo lo que allí habitaba: sus normas, las prácticas profesionales, los discursos y fundamentalmente el rol de los pacientes. No sólo el manicomio sino su lógica, por ende, el estatuto de poder establecido y construido por la psiquiatría también será puesto en jaque (un movimiento que se da tanto internamente como de cara a otras ramas de las ciencias).

Algunos movimientos serán más revolucionarios que otros, pero todos coincidían en la necesidad del cambio dadas las contradicciones del modelo que no hace mucho habían sido puestas en el foco de la discusión por factores como los que mencioné párrafos atrás.

Particularmente quiero destacar la postura de la democratización de estos espacios, eje clave para pensar actualmente cualquier institución.

Las experiencias tomadas se sitúan en diferentes países y llevan la marca de los personajes que mayor contribución han dado en la elaboración de políticas alternas a la que venía existiendo en la materia. Han sido de gran influencia para el caso local, muchos modelos han sido importados y llevados adelante por los diferentes gobiernos a través de las décadas.

Hoy puedo decir que existen ciertos valores e ideales que son aceptados globalmente para la concepción de la Salud Mental y de las instituciones que abraza, uno de ellos es la democracia. La primera experiencia de reforma que tomaré dará cuenta de la necesidad que surge tiempo atrás de revertir el carácter totalitario que poseían las instituciones, esta es, la denominada “comunidad terapéutica” cuyo referente más relevante fue Maxwell Jones.

En Inglaterra y Estados Unidos se plantea la necesidad de modificar las instituciones que eran ineficaces ante las cada vez más nuevas problemáticas que aparecían en la materia. La forma de gestionar el hospital debía cambiar, así como la verticalidad de las relaciones en el mismo. Esta propuesta atribuye el término de lo comunitario en el sentido de establecer relaciones horizontales dentro de la institución, donde se incrementen las capacidades de los pacientes. Comienzan a desarrollarse actividades grupales, reuniones, asambleas, grupos operativos, con una participación activa de los pacientes. Esto refleja la idea de forjar una organización e institucionalidad democrática donde haya una comunicación abierta entre los diferentes actores y grupos. Participación, comunicación, expresión, etc. caracterizarán una terapia donde se imparten diferentes roles dentro de la institución.

Similar a la anterior, en términos de cambiar la institucionalidad de los hospitales psiquiátricos, viene la denominada “psicoterapia institucional” francesa cuyo referente principal fue François Tosquelles. Aquí la premisa consiste en construir y aportar a las libertades individuales de los pacientes dentro del hospital.

En esta misión, quiero rescatar un hecho puntual de gran importancia ya que puede contemplarse actualmente en algunos dispositivos dentro del mapa de Salud Mental en el caso local; aparecen los denominados “club terapéutico” como organizaciones autónomas creadas al interior de la institución que son dirigidas horizontalmente por los pacientes y los técnicos-operadores cuya actividad se centraba en encuentros, fiestas, paseos, ferias de intercambio de productos que se elaboraban allí mismo, etc. Esta experiencia terapéutica valoriza el rol de todos y de cada uno de sus participantes dentro de la organización, se marca

la importancia no sólo del carácter individual sino del principio de la colectividad para el desarrollo de estas actividades⁴.

Los primeros dos casos tienen en común que operan transformaciones al interior del hospital, esto va a diferir en las próximas ya que se plantea de base que el estado de agotamiento o el fracaso del hospital psiquiátrico debía ser aliviado o descomprimido mediante servicios extra-hospitalarios que complementen al mismo. Dos propuestas tomaré para ilustrar esto: la Psiquiatría de Sector francesa y la Psiquiatría Preventiva norteamericana.

La necesidad de brindar la atención por fuera del hospital se intenta satisfacer mediante la creación de Centros Regionales de Salud Mental distribuidos poblacionalmente a lo largo del territorio. Pensados para que cada residente de tal o cual región concorra al centro de mayor proximidad y referencia. Es novedosa aquí la introducción del trabajo en equipo y no sólo centrada en la exclusividad del psiquiatra; se incorporan enfermeros/as, psicólogos y asistentes sociales. Lucien Bonnafé ha sido su mayor exponente.

En Estados Unidos aparece de la mano de Gerald Caplan una propuesta también conocida como “Salud Mental Comunitaria” en la que se entiende la necesidad de atender a los casos individuales, familiares y sociales que presenten ciertas características de “desvío” frente a los parámetros que se entendían *normales* en ese entonces (implica perfilarse hacia la prevención de la *locura*) por lo que se incorporan consultores comunitarios para intervenir en los potenciales casos o en las crisis ocasionadas. La política de des-hospitalización se perseguía mediante los Centros de Salud Mental, hogares, hospitales de día, etc.

Las propuestas que aparecen a continuación sirven de antecedentes de gran importancia para la constitución actual del campo ya que representan una crítica teórica, conceptual y paradigmática con respecto al modelo asilar.

Primero tenemos la llamada “antipsiquiatría” inglesa de Ronald Laing y David Cooper cuya crítica recae en la psiquiatría. El argumento es que la enfermedad va mucho más allá del cuerpo biológico y que no puede determinarse utilizando el mismo modelo de conocimiento que de las ciencias naturales, esto sería un grave error metodológico. Entienden una enfermedad que para comprenderla debe situarse la mirada en las relaciones sujeto-sociedad, así, ésta deja de ser un objeto natural para desprenderse de la misma experiencia en el ambiente social dentro del cual viven las personas.

Finalmente llegamos a la no propuesta, sino reforma, italiana de la “desinstitucionalización” o “psiquiatría democrática” cuyo exponente clave fue Franco Basaglia. El concepto de “desinstitucionalización” se sostiene en tanto a la institución vista

⁴ Esto será un antecedente para el capítulo cuarto de este trabajo, donde, décadas posteriores irán emergiendo en el recorte local experiencias que comparten estos mismos principios.

como un producto histórico y productora de subjetividades. Parte de la crítica a la forma que ha organizado la *locura* y su espacio como laboratorio. Es la crítica a las relaciones de poder y dominación que allí se habían producido.

El contenido de esta reforma comienza a partir de la experiencia de ocho años de Franco Basaglia en el hospital de Gorizia como director, que lo lleva en el año 1968 a publicar su libro “La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico” donde relata las condiciones de vida de los internados y del funcionamiento cotidiano del manicomio. Basaglia habla de contradicciones y subversiones dentro de cada práctica y detalle visto, menciona los mecanismos para disponer el orden y la estabilización símiles a elementos de tortura. El núcleo de esta reforma será el cierre de los manicomios y tendrá vigencia jurídica a partir de la sanción en 1978 de la “legge 13 maggio n° 180” o “Ley Basaglia”. Esta ley, además de encomendar el cierre de los manicomios y la prohibición de crear nuevos (art. 7), prevé condiciones de hospitalización en casos de urgencias para luego tomar medidas de salud extra hospitalarias adecuadas (art. 2) y también modifica algunos términos del Código Penal como “alienado de mente” o “enfermo mental” (art. 10).

Manuel Desviant (2006) dice que estos movimientos son más que denuncias radicales, que tienen una mayor inscripción en lo político-asistencial, y que, en el caso italiano, la coyuntura fue indisociable para obtener el éxito en la reforma, esto es, *el juego* de los partidos políticos y los sindicatos que permite la modificación de la ley que fielmente le da normatividad a la verdadera condición para la reforma, que fue el cierre de los manicomios y la creación de alternativas en la comunidad (Desviant, 2006:12).

La Psiquiatría Democrática lleva una mirada de carácter política e ideológica para analizar las contradicciones producidas por el sistema capitalista. Las relaciones humanas que genera la sociedad industrializada sirven para problematizar el sufrimiento y malestar subjetivo en este encuadre, y la forma así de abordaje. En este momento se abre la posibilidad de pensar más allá del cuerpo humano objeto de la medicina.

Este movimiento tuvo como resultado el efectivo cierre de todos los manicomios de dicho país, siendo reemplazados por servicios barriales y ambulatorios. La eficacia del proyecto se debe a la concertación entre las diferentes esferas políticas de la sociedad.

Muchos elementos de esta reforma serán reflatados a lo largo del escrito. De esta manera se cierra un ciclo de diferentes hechos, discursos, posturas, reformas, etc. que caracterizan al modelo asilar. A partir de esto, la idea es situar dichos procesos en contraste con una mirada crítica que sirva para construir diferentes problematizaciones.

PROBLEMATIZACIONES CON RESPECTO AL PODER PSIQUIÁTRICO.

Se ha visto que la figura del asilo ha ido mutando con el tiempo. En este apartado se problematizará sobre el estatuto de verdad construido en torno a la *locura*

El primer concepto que aparece con la propuesta alienista es el de la “enfermedad mental” asociada directamente con la *locura* como la pertenencia a una categoría alterna a la del orden, a lo *normal* entendido en aquél momento para la sociedad. Esta enfermedad eclosiona en el hospital que sirvió de laboratorio para experimentar con la misma (y con las personas), entonces, no es natural, no puede serlo sin considerar el ambiente en el cual se estudió y se sistematizó en conceptos, categorías, clasificaciones. La tarea aquí será intentar explicar esto: la *enfermedad mental* es real sólo comprendida bajo su propia verdad constituida.

Para que esto suceda debe haber habido varios hechos y condiciones, que es lo que pretendo analizar en principio, partiendo de la escena del hospital psiquiátrico como lugar de eclosión de la “verdadera enfermedad” ampliamente atravesada por las estrategias de medicalización y la institucionalización de sus pacientes⁵.

Quiero hacer un breve paréntesis sobre esto último que mencioné. La “medicalización” es un concepto que toma fuerza en la llamada “edad de oro” del alienismo. Robert Castel nos habla sobre un nuevo estatuto jurídico, social y civil condicionado por la internación en el manicomio que define la medicina a través de una tecnología de poder (Castel, 1977:45) que recibirá el nombre de la medicalización. Este concepto tiene que ver con la apropiación de ámbitos que no son exclusivos de la medicina, como los órdenes políticos, económicos, sociales. Se comprende que esto puede producir que las personas *sientan que sus problemas son un problema de salud cuando, en realidad, son propios de la vida humana* (Amarante, 2007:95).

Se comprende entonces una estrategia mediante la cual esta lógica construye relaciones funcionales al control donde un grupo de personas que habían obtenido cuotas muy altas de poder decidían sobre el destino de muchas otras. Esta estrategia será de dominación, y este carácter coercitivo explica como un grupo hegemónico se posiciona frente a una población desposeída. Voy a tomar las contribuciones de Michel Foucault quien sostiene una importante crítica frente al poder de la psiquiatría y el manicomio.

Es necesario sintetizar los conceptos de “saber” y “poder” para el análisis del estatuto del poder psiquiátrico. Ambos están implicados mutuamente, “*no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo relaciones de poder*” (Foucault, 1975:37).

Foucault (2003) dirá que el poder no se posee sino más bien se ejerce y que su ejercicio se articula en base a una tecnología –técnicas, mecanismos- puestas en práctica y

⁵ El término “iatrogenia” de la medicina ilustra esta idea, donde quien está encargado de brindar el bienestar o disipar un estado de sufrimiento termina por profundizarlo o agravarlo.

prueba en el manicomio, e impuestas a través de la disciplina -castigo, represión- que será clave para la construcción de una realidad particular que ocupará en la vida, el tiempo y el cuerpo del individuo y será prolongada durante la internación y más allá de los muros del hospital.

El autor atribuye dos objetivos al papel de la psiquiatría: *“constituir como objeto de intervención médica unos comportamientos sociales calificados de patológicos y montar dispositivos para desplegar una actividad terapéutica”* (Foucault, 2003:408).

La relación de objetividad médico psiquiatra-paciente es una condición para esta tecnología. El poder psiquiátrico es una imposición de la voluntad del más fuerte sobre la voluntad del más débil, del sano frente al *enfermo*. Las estrategias de dominación pueden contemplarse en muchos detalles dentro de la cotidianeidad del hospital. Puede verse en el discurso, en los muros y las rejas, en las normas internas, etc. todo ello habla de una realidad administrada y gobernada por el médico principalmente, y con otros actores contribuyen a lo mismo.

Opera lo que Foucault llama una tecnología política del cuerpo, se constituye un saber sobre el cuerpo (que no es exactamente ciencia de su funcionamiento) y un dominio de sus fuerzas que es más que la capacidad de vencerlas (Foucault, 1975:35). El sujeto inmerso en este sistema disciplinar será convertido en un objeto del poder y saber del médico quién podrá decidir sobre su cuerpo y su vida. Esto es el reflejo de la llamada institucionalización.

Esta tecnología no sólo construye un dominio sobre el sujeto, sino que es productora de realidad y verdad.

“El individuo es sin duda el átomo ficticio de una representación “ideológica” de la sociedad; pero es también una realidad fabricada por esa tecnología específica de poder llamada “disciplina”. Hay que dejar de describir siempre los efectos de poder en términos negativos: “excluye”, “reprime”, “rechaza”, “censura”, “abstrae”, “disimula”, “oculta”. De hecho, el poder produce; produce realidad; produce ámbitos de objetos y rituales de verdad. El individuo y el conocimiento que de él se puede obtener corresponden a esta producción” (Foucault, 1975, p.225).

Y en esta realidad será ofrecido al paciente un determinado tratamiento, una “salida” a la situación que se le ha presentado cuando ingresa al manicomio. El tratamiento que en principio proponen los alienistas consiste no en la cura, no en el abordaje de la enfermedad mental sino en la imposición de la voluntad de la razón del médico por sobre la *locura* del paciente a través de diferentes técnicas y experimentos que muchas veces implicaban daños físicos. La figura del médico es principal dado su alto grado de dominio sobre el conocimiento que atraviesa y funda la particular institución del manicomio, no acentuando el saber, sino su dominio.

La medicalización que hice mención es precisamente esto, con el manicomio como instrumento, la razón médica construye su dominio sobre la realidad del paciente. El asilo, vimos, no nace como una institución médica, sino que este cuerpo profesional lo constituye como tal, a través de su uso como laboratorio.

“Creo que lo que se estima necesario para el buen funcionamiento del asilo, lo que hace que éste deba estar, por fuerza, marcado médicamente, es el efecto de poder complementario dado, no por el contenido de un saber sino por la marca del saber, aplicada con fuerza de ley. En otras palabras, el poder médico va a funcionar dentro del asilo, como poder necesariamente médico, por las marcas que designan en él la existencia de un saber, y sólo por ese juego de marcas, cualquiera sea el contenido efectivo del saber” (Foucault, 2003:216).

Foucault (2003) compara el hospital general o “a secas” con el manicomio. El primero es el lugar donde la enfermedad va a mostrar lo que es en sus caracteres específicos y diferenciales con respecto a otras enfermedades; tiene la doble función de saber qué es la enfermedad y suprimirla. En el hospital psiquiátrico la tarea consiste en dar realidad a la locura, abrir para ella un espacio de realización. En él la locura se vuelve real. La contradicción es que el objetivo del asilo es eliminar los síntomas de la locura, pero el poder psiquiátrico ejercido en su interior tiene el papel de realizarla.

La realización de la *locura* al interior de la institución total bajo la lógica manicomial es posible a través de un estatuto de verdad que marcará ciertos parámetros sobre la realidad. Y la inestabilidad de este sistema será el punto de partida para todos los movimientos de reformas que surgen con el tiempo, a lo que se le puede sumar otros signos de crisis, como, por ejemplo, la superpoblación de los hospitales, y de las Colonias, y las comunidades, etc. experiencias que apuntaron al progreso pero que cayeron en el agotamiento propio del inherente modelo asilar.

El desarrollo de la crítica ha sido posible cuando se desenmascaran estas contradicciones, desajustes, fugas e inconsistencias del modelo.

El modelo asilar (y su institución hospitalaria) es el lugar donde eclosiona la verdadera enfermedad porque allí se gesta la *locura* al interior de esta máquina de poder-saber que produce una determinada realidad. La contradicción mayor que aparece es: pretende eliminar los síntomas de la *locura* al mismo tiempo que los genera.

Esta contradicción permite sospechar de los modos en que la hegemonía psiquiátrica del siglo pasado sostiene su discurso. En un determinado momento intentaban garantizar la verdad en las prácticas a través de dos discursos científicos: un discurso clínico o clasificador, nosológico, que describía la locura como una serie de enfermedades mentales cada una con su sintomatología, evolución y diagnósticos (como se vio de la corriente alienista); y otro discurso anatomopatológico que plantea la cuestión del sustrato o los

correlatos orgánicos de la locura, de su etiología y su relación con las lesiones neurológicas que debe servir de garantía materialista a la práctica psiquiátrica (Foucault, 2003:157).

La puesta en jaque de este discurso es ilustrada por Foucault (2003) como el “juego de la verdad”, que consiste en:

“El poder psiquiátrico dice esto: entre la locura y yo la cuestión de la verdad nunca se planteará por una razón muy sencilla, a saber: que yo, psiquiatría, ya soy una ciencia (...) Soy dueña, si no de la verdad en su contenido, al menos de todos los criterios de la verdad (...) Yo soy el sobrepoder de la realidad como poseedora, por mí misma y de una manera definitiva, de algo que es la verdad con respecto a la locura” (Foucault, 2003:159-160)

Lo que hace real la enfermedad mental no será la ciencia de su funcionamiento sino los criterios de verdad que operan. Y así se puede contrastar con otros elementos de la tecnología asilar como la *locura*, el orden, la normalidad; todos se definen en la medida que se van produciendo en la escena del asilo. La enfermedad tendrá sus reglas y se podrá medir con una vara administrativa y legislativa.

Paulo Amarante (2007) habla de “enfermedad entre paréntesis” entendida como una *“actitud epistémica, es decir, una actitud de producción de conocimiento, que significa la suspensión de un determinado concepto e implica la posibilidad de nuevos contactos empíricos con el fenómeno en cuestión, que, en el caso, es la experiencia vivida por los sujetos”* (Amarante, 2007:66).

Pero claro que el dominio de la verdad no es absoluto, es posible responder y contraponer otra fuerza a ello, así como también a las imposiciones sobre los cuerpos de los sujetos.

“Han cambiado las significaciones imaginarias que cada época ha construido en relación con los cuerpos. Diferentes han sido los discursos y las prácticas, los mitos y los regímenes de verdad en relación con ellos. Pero siempre se ha dicho qué tienen que hacer, dónde y cómo tienen que estar los cuerpos. Éstos han obedecido, acatado, pero también resistido, transgredido, establecido líneas de fuga en relación con las prescripciones” (Fernández, 2008:134).

Un ejemplo de transgresión frente al aparato dominante sucedió con el caso del fenómeno de la simulación de los pacientes, considerado el problema histórico de la psiquiatría del siglo XIX; fue la simulación interna de la locura con respecto a sí misma: *“la mentira de la simulación, la locura que simula locura, fue el anti poder de los locos frente al poder psiquiátrico”* (Foucault, 2003:162). La “trampa” resulta en la incapacidad de la psiquiatría de plantear lo verdadero de la locura, y esto dará lugar a importantes movimientos de des-psiquiatrización como fue el caso del psicoanálisis en su momento.

Citaré un fragmento de Foucault (2003) de uno de sus cursos dictados en Francia en la década del setenta que sirven para ilustrar esta dialéctica de la verdad y la mentira.

“A grandes rasgos, la psiquiatría decía: contigo, que estás loco, no plantearé el problema de la verdad, pues yo misma la poseo en función de mi saber, a partir de mis categorías; y si tengo algún poder sobre ti, el loco, es porque poseo esa verdad. A lo cual la locura respondía: si pretendes tener de una vez por todas la verdad en función de un saber que ya está constituido, pues bien, yo voy a plantear en mí misma la mentira. Y, por consiguiente, cuando manipules mis síntomas, cuando estés frente a lo que llamas la enfermedad, te encontrarás en una trampa, porque en medio de mis síntomas habrá ese pequeño núcleo de noche, de mentira, a través del cual te plantearé la cuestión de la verdad (...) si quieres tener algún día una autoridad efectiva sobre mí, la tendrás al aceptar el juego de verdad y mentira que te propongo.” (Foucault, 2003:161-162).

Como se ha visto en el apartado anterior, la crisis del modelo instalado abre la posibilidad de reformas, algunas al interior o en torno al asilo y otras, las que aquí interesan, ejerciendo una crítica hacia el paradigma teórico dominante como fue la reforma italiana o Psiquiatría Democrática cuyo punto de partida para todo tipo de re-conversión y reforma en el sistema de Salud Mental fue el cierre del hospital psiquiátrico.

La razón psiquiátrica será foco de críticas por parte de esta propuesta también llamada “desinstitucionalización”, término al cual, para entablar un puente que permita aproximarnos al campo de Salud Mental argentino, se le suma el de “desmanicomialización”. Con estas dos ideas cerraré este apartado marcando una postura de cara al resto del escrito.

Lo que va a ocurrir en Italia es que los psiquiatras se interrogan acerca de su rol en el entramado de violencias de parte del poder dominante en las instituciones. Ven la necesidad, considerando la contradicción de las relaciones sociales desiguales, de una nueva práctica diferente a la de la psiquiatría conservadora. Buscan no sólo abolir el asilo, sino instalar un nuevo tipo de práctica, dos pilares que ayudan a comprender la desinstitucionalización.

Reconocen que la población de internados era víctima de la opresión y control social dentro del hospital; y que aquella desigualdad de las relaciones sociales resultaba en que la enfermedad *del pobre* se vuelva crónica y la del *rico* benigna (Basaglia, 2000:179)

En principio, el cierre del manicomio apunta a su crisis tanto científica como institucional⁶.

⁶ Cabe aclarar que no sólo el manicomio es el lugar de la crítica que se realiza, podrá hablarse en mismos términos de una fábrica, una cárcel, la escuela, la familia, cualquier institución o estructura física/simbólica –productos sociales históricos- destinada a defender la estructura del Estado que busca reproducir el capital.

“¿No es necesario destruir lo que se ha hecho para evitar quedar inmóvil en algo que aún guarda el germen (el virus psicopatológico) de esta ciencia, cuyo resultado paradójico fue inventar un enfermo a imagen de los parámetros utilizados para definirle? La realidad no puede ser definida a priori: en el mismo momento en que se corre el riesgo de hacerlo, la realidad desaparece para transformarse en abstracción.” (Basaglia, 1968:161).

Este cierre no viene sólo, sino que entienden debe ser acompañado con una alternativa, tanto desde el punto de vista del servicio de salud como desde la de los usuarios del mismo, a los cuales deberán hacerles llegar alternativas terapéuticas. Un primer paso para esta transformación consiste en atender a las relaciones que habían sido configuradas bajo la lógica de la objetividad. Basaglia (1968) advierte que una nueva organización según nuevos esquemas y distinta al asilo no será la que garantizará el “carácter terapéutico” de la acción, sino el tipo de relación instalada en cualquier nueva experiencia.

Una segunda necesidad radica en repensar la función del cuerpo profesional que trabajará de allí en adelante. Con una mirada soportada por valores de libertad y democracia, hablan de operadores de terreno que deben llevar a cabo la militancia y la lucha por la emancipación y contra toda miseria del mundo, que es la lucha contra el manicomio (Basaglia, 2000). El perfil de este operador debe ser a la vez técnico y político. La militancia es entendida desde el punto de vista de la lucha por la igualdad, la solidaridad, la defensa de los derechos y la democracia; se encuadra en aquel contexto de desigualdad impartida por las relaciones capitalistas e industriales de aquella época que deciden traer a lugar en el debate de la salud.

También hablan del *optimismo de la práctica* que debe ir *más allá del egoísmo que se encuentra en nuestras corporaciones profesionales, ir más allá de nuestros intereses, por encima de falsas justificaciones que siempre encontramos para no producir un cambio político real en nuestra vida.* Continúa: *“la verdad está en nuestra práctica cotidiana, en el romper ideas preconcebidas, en el tomar distancia del pesimismo de nuestra razón dándonos fuerzas para poner en acto una práctica optimista”* (Basaglia, 2000:68).

El cierre y reemplazo por servicios distribuidos regionalmente que generen nuevas oportunidades terapéuticas para la población, la redefinición de las relaciones sociales y del perfil técnico-profesional son algunas condiciones que se persiguieron en el sentido de la desinstitucionalización.

En una entrevista publicada en el año 2014, Franco Rotelli (otro referente de esta corriente) relata acerca de la experiencia italiana con Basaglia:

“-No se puede cambiar con una ley un paradigma, el pensamiento de los psiquiatras. El proceso de desinstitucionalización, de crítica práctica a los manicomios -y no es solamente manicomios- sino también a todos los servicios que hablan de dónde pongo el ojo y cómo atiendo al padecimiento mental. Es una instancia muy larga, no es solamente cerrar

los manicomios. La desinstitucionalización es cambiar el paradigma, la mirada que hay sobre la locura, sobre las necesidades de la gente, cambiar la mirada de la psiquiatría en todo el mundo “psi” y no solamente ahí. Nosotros hablamos de desinstitucionalizar el hospital psiquiátrico, pero también la psiquiatría y la locura y la relación con la locura” (Rotelli, 2014).

La desinstitucionalización irá de la mano con un cambio de paradigma y de cultura. Es, por ejemplo, abandonar la idea de curación y pensar al sujeto en términos de producción y reproducción social. Es una reconstrucción de la complejidad del objeto (Rotelli, 2014:34). Esto ha sido marcado por los valores que anteriormente fueron mencionados, como el horizonte de esta práctica militante que apunta hacia la “libertad terapéutica”⁷.

Para cerrar este apartado y el primer capítulo dejaré una cita que refiere al movimiento de ruptura mencionado y en tanto al surgimiento de nuevas experiencias alternas.

“Aunque la desinstitucionalización es una parte importante de la reforma de la atención de salud mental, no es sinónimo de des-hospitalización. La desinstitucionalización es un proceso complejo que conduce al establecimiento de una red sólida de alternativas comunitarias. Cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro debe hacerse a un tiempo, por etapas bien coordinadas. Un proceso de desinstitucionalización correcto tiene tres componentes esenciales: – la prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios; – el reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados; – el establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados” (OMS, 2001:51).

⁷ *“Si se considera que “la libertad es terapéutica”, cada acto hacia la libertad puede ser terapéutico. Si se trata de des institucionalizar la enfermedad como experiencia que no es separable de la existencia, se deberá valorar más que el síntoma (sobre el que se construye la institución) el conjunto de los recursos positivos del servicio y del usuario”* (Rotelli, 2014:47).

CAPÍTULO II. EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA: ANTECEDENTES, MIRADAS Y DESAFÍOS EN LA CONTEMPORANEIDAD.

Luego de haber recorrido por las diferentes formas de intervención sobre la cuestión social de la “Salud Mental” a lo largo del tiempo, este capítulo traerá algunas legislaciones que encuadran la actualidad del campo en nuestro país.

El objetivo es recuperar aquellos antecedentes que puedan ser incorporados en la problematización actual que se hará sobre el campo de la Salud Mental a modo de describir la actualidad del sistema y los factores que han determinado tal situación.

También serán incluidos una serie de conceptos que caracterizan el campo y son *palabra corriente* en él, en la cotidianeidad de sus instituciones y colectivos, ya que hay toda una historia detrás de la “desmanicomialización” y la “desinstitucionalización”. Una serie de elementos se constituyen en antecedentes de diferente tipo, tales como instituciones y legislaciones (nacional e internacional).

El capítulo será dividido en dos partes. Una primera dará a lugar a la reconstrucción histórica mediante antecedentes e hitos formales que fueron seleccionados debido a la importancia que tienen como aporte al argumento sostenido que se posiciona a favor de los derechos y libertades de los usuarios y en favor de una práctica e instituciones desarrollándose en dichos términos.

Las legislaciones abarcan el territorio regional, nacional e internacional y otorgan un marco legal que insta a suscribir aquellas pautas y direcciones que señala. El marco jurídico sirve de apoyo para la existencia de diferentes instituciones que atañen a la Salud Mental asimismo el sistema de salud, avalando y garantizando su existencia como tal, al menos desde la base normativa. Habrá también elementos traídos mediante concesos y acuerdos internacionales que nuestro país adhiere y que guían las acciones en base a cierta direccionalidad compartida en lo que respecta a la Salud Mental, con mayor acento en el territorio latinoamericano.

Con respecto a los acuerdos internacionales, tendrán el énfasis puesto en los derechos humanos de las personas y en brindar servicios de salud bajo dicha mirada. Irán apareciendo luego de las guerras mundiales que causan un cambio de dirección, el de abandonar los totalitarismos y las instituciones centralizadoras que evidenciaban una importante violación a los derechos y libertades de las personas, una suerte de nuevo orden mundial, que amerita el acuerdo entre los países. En el plano latinoamericano sucede similar, las dictaduras dejan marcas para no olvidar y, con la vuelta a la democracia, se gesta un escenario de mayor posibilidad para producir estas reformas.

Cada antecedente no puede ser desligado del contexto en que emerge. Por ejemplo, la ley nacional que rige en nuestro país, que fue conquistada en un momento donde el

reconocimiento de los derechos y la universalidad del alcance de las políticas fue una política de Estado bien marcada.

Luego de esto, vendrá una segunda parte que profundizará el concepto de Salud Mental detallando algunas miradas y propuestas para pensarlo en términos colectivos y en función a sus usuarios/as en lo que respecta a la atención pública; en fin, en su carácter de Campo en la actualidad. Esto será puesto en tensión con algunos desafíos preexistentes que lo interpelan, en lo que adelante, una situación de crisis.

PRIMERA PARTE: AVANCES LEGISLATIVOS PARA LA DESMANICOMIALIZACIÓN.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS (1948).

La Declaración Universal de Derechos Humanos fue un documento creado en el año 1948 en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) celebrada dicho año en París, que marcó una impronta a nivel mundial en lo que posteriormente fue la elaboración de políticas y legislaciones en el campo de la Salud Mental: los derechos humanos son un pilar fundamental para el abordaje del mismo.

Aquellos principios e ideales que sostiene y recomienda suscribir entre todos los pueblos y naciones son incorporados en nuestra Constitución Nacional con la reforma de 1994. Muchas legislaciones y políticas de Estado han sido pensadas bajo este enfoque en las últimas décadas. La defensa de los derechos de la ciudadanía y los Derechos Humanos no son casualidad en nuestro país, se reivindican luego de los lamentables hechos ocurridos durante las últimas dictaduras militares.

Al igual que el re-planteo y crítica a la psiquiatría y los manicomios, este documento surge en el marco de la posguerra que había producido un importante cambio en las sociedades. Por ello la defensa implica a la vez la memoria y la denuncia, frente a cualquier tipo de práctica que ponga en detrimento esta condición dentro de un enfoque de derechos.

En su texto establece la igualdad y libertad como características de nacimiento para cada ser humano, rehúsa todo trato tortuoso, cruel e inhumano y toda forma de discriminación basada en raza, color, sexo, idioma, religión; reconoce derechos sobre el trabajo, la propiedad, la nacionalidad, y por supuesto, la salud.

Sobre este tema es preciso tener un importante recaudo para pensar la distancia entre las normas y legislaciones y la implementación de sus acciones. Tomando a Barcesat (1993:78) la introducción de estos principios en el discurso representa un *peligroso desvío teórico*⁸. El uso ceremonial del término sin acciones que lo convaliden es el peligro.

No se puede pensar un movimiento de Salud Mental sin la historia de éste y tantos otros movimientos sociales y en la búsqueda del reconocimiento de los derechos humanos. Pese a que presentan características que los separan, van hacia el mismo lado y desde una misma perspectiva. Es preciso entonces tomarlos, incorporarlos. Derechos humanos,

⁸ Consiste en “suponer que una resolución a nivel lenguaje de la norma, sea, a la vez, la resolución del conflicto social en su estructura real. Pensar que, por la sola circunstancia del reconocimiento formal, los DDHH ya se encuentran efectivamente vigentes, contribuiría a una visión fetichística de los DDHH contra la que es preciso alertar” (Barcesat, 1993:78)

movimientos sociales para reivindicarlos y Salud Mental, un trinomio clave para la configuración del campo.

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA (1978).

Esta declaración es el resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud entre la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reunidos en Kazajistán a finales de 1978. Un concepto muy importante que traeré más abajo será el de la Atención Primaria de la Salud (APS), por lo que es de gran importancia anticipar este documento como antecedente que impulsa a nivel mundial la “APS” y otros nuevos lineamientos dentro de la Salud pública.

Sostiene la necesidad de proteger y promover la salud en todos los países partiendo del reconocimiento de amplias brechas de desigualdad entre países con mayores y menores niveles de desarrollo; por lo que enumera los siguientes puntos que iré rescatando como de mayor relevancia. El primer elemento que tomaré será la definición de Salud vista desde la perspectiva que estas organizaciones sostienen, lejos de la exclusividad biológica que ha dominado los saberes sobre la salud durante mucho tiempo y cerca de una concepción política de la misma.

“La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (OPS, inc. I, 1978).

El elemento central del argumento del texto será la “APS”. Se comprende necesario brindar el servicio sanitario al alcance de la población, en contacto directo con la misma y en su contexto territorial dentro de los sistemas y estrategias de salud. Es definida como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación (...) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OPS, inc. VI, 1978).

Apuesta a la integralidad de las acciones, es decir, involucra otros sectores de la nación que trabajen en la misma comunidad como la educación, vivienda, obras públicas. Las acciones deben ser englobadas en una estrategia o plan de acción nacionales movilizadas por la voluntad política que haga uso de recursos y decisiones acorde a lo planteado. Con

esto, las organizaciones auspiciantes buscan marcar una direccionalidad común para los países frente a la problemática, creo yo, el mayor desafío para implementar aquellos puntos.

La Salud Mental no está excluida de todo esto, lo anterior sirve para remitirse a la propuesta de la “desinstitucionalización” en su misión de reconvertir la centralidad del hospital monovalente en servicios de mayor acceso para la población que se encuentren establecidos en escala regional, evitando el gran problema de la internación y saturación de aquél tipo de instituciones.

DECLARACIÓN DE CARACAS (1990).

Un catorce de noviembre de 1990 “*las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud*” (OPS, 1990) pertenecientes a más de quince países del continente darán conformidad a una serie de consideraciones que instan a incorporarse en la agenda política y legislativa de los sistemas de salud. Bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, entre otras entidades, se destacan algunos puntos por los cuáles vale incorporar este suceso como antecedente de las transformaciones que ocurrirían años posteriores en la atención a la salud mental.

Sostiene la incompatibilidad de la atención psiquiátrica tradicional con los objetivos que suponen una atención comunitaria, *descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva* (OPS, 1990). Mismo caso con el manicomio como *única modalidad asistencial* que impide dichos objetivos al producir condiciones de aislamiento desfavorables para el desarrollo y poniendo en peligro los derechos humanos y civiles. Además, sostiene la *revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios* (OPS, 1990).

Sobre los servicios y las legislaciones, declara que los primeros deben ser reestructurados en base a la Atención Primaria de Salud y en el marco de sistemas locales que permitan la promoción de modelos alternativos en la comunidad. Con respecto a las legislaciones, insta a que se ajusten a todos los puntos que detalla la declaración, apuntando al respeto de los derechos humanos y civiles de la población y de la organización de servicios en la comunidad que garantice su cumplimiento.

“Sintetizando, la Declaración de Caracas plantea que es necesaria la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; propicia la internación psiquiátrica en hospitales generales, propende a la permanencia del enfermo en su medio comunitario y que los cuidados y tratamientos provistos estén basados en criterios racionales y técnicamente adecuados” (Chiarvetti, 2008:181)

INFORME DE LA SALUD EN EL MUNDO (2001).

La Organización Mundial de la Salud publica dicho informe a modo de recomendación y referencia para todos los países (contempla diferentes escenarios de acción en base a los países *más y menos pobres*). Recordamos aún la vigencia de su concepto de salud incorporada globalmente desde 1948, siendo ésta un estado de bienestar que no es sólo físico sino mental y social.

Este informe tiene como objetivo *“concientizar al público y a los profesionales acerca de la verdadera carga y el costo humano, social y económico que representan los trastornos mentales. Al mismo tiempo, se propone ayudar a dismantelar muchos de los obstáculos, particularmente la estigmatización, la discriminación y las deficiencias de los servicios, que impiden que muchos millones de personas de todo el mundo reciban el tratamiento que necesitan y merecen”* (OMS, 2001:11).

A partir de esto introduce una serie de recomendaciones que argumentará posteriormente en el informe. No hay que omitir su recurrente uso de “trastorno” mental, ya que esto es un símbolo de todo un sistema codificado de saberes hegemónicos sobre la salud que son impartidos para todo el mundo, como si cualquier país podría unificar criterios en base a lo que son los “problemas” de las personas.

El DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense es un medio concreto que ofrece centenares de definiciones acerca de comportamientos, conductas y descripciones clasificadas y categorizadas en base a esta idea del “trastorno”. Esto a la vez, se asocia a una cuestión que he mencionado en algún antecedente, pero apartado para analizarla en el presente, que es la llamada “medicalización”.

Las recomendaciones que aquí ameritan tener en cuenta, rechazando tantas otras cuestiones que bloquean el pensamiento crítico y la complejidad de los problemas, son:

La primera recomendación sostiene que las acciones y formación de recurso humano basadas en la Atención Primaria de la Salud como uso óptimo de los conocimientos que posibilita la intervención inmediata lo más eficazmente posible. La segunda habla de que debe asegurarse la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, a lo que se debería agregar, cuyo uso no sea estrictamente la intervención o el medio para llevar adelante el proceso terapéutico. El tercer punto es la relevancia de la comunidad que adquiere un valor elevado en este informe. Menciona algunas características de la atención en la comunidad, por ejemplo, servicios cercanos a los domicilios en paralelo a la atención en hospitales generales para casos agudos y residencias; servicios coordinados y ambulatorios antes que residenciales; legislación en apoyo (OMS, 2001:16).

El cuarto punto habla de la educación y concientización pública sobre el tema, deuda importante que enfrentamos como sociedad en base al gran estigma que conlleva esta

población. *“El objetivo principal es reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia, a través de un mayor conocimiento de la frecuencia de los trastornos mentales, su tratabilidad, el proceso de recuperación y los derechos humanos de los enfermos mentales. Las alternativas de asistencia viables y sus ventajas deben ser ampliamente divulgadas para que las respuestas de la población en general, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos reflejen los mejores conocimientos disponibles.”* (OMS, 2001:12)

El resto pueden ser enumeradas tal como principios a tener en cuenta para la elaboración e implementación de las políticas públicas en el campo, y también, caracterizan el contexto actual en nuestro país: la necesidad pasa por establecer políticas, programas y legislaciones a escala nacional, el desarrollo de recursos humanos capacitados y basados en la interdisciplina, la intersectorialidad, el estudio estadístico de la población destinataria de aquellas políticas y aumentar la capacidad de investigación en los países de desarrollo.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2006).

Sancionada con fuerza de ley en nuestro país a mediados de 2008, esta Convención junto con su protocolo facultativo, reafirmando los valores expresados por la ya mencionada Declaración Universal de DDHH (1948) y sus pactos internacionales, dispone ciertas directrices para desarrollar políticas orientadas a las denominadas Personas con Discapacidad que se entiende, son protagonistas de la desigualdad y la vulneración de los derechos humanos que deben ser defendidos.

Lo convenido gira en torno a valores íntimamente relacionados con los derechos humanos. Busca instalar ajustes en políticas de participación, de ejercicio de libertades y accesibilidad a programas y servicios que logren poner a esta población en un plano de igualdad de condiciones y posibilidades que el resto, al igual que el mismo reconocimiento de las leyes hacia ellos. De esta manera pretende evitar y erradicar toda forma de discriminación en base a la discapacidad.

Partiendo de este lineamiento general, hay algunos puntos que destaco como ejes clave para una política de inclusión y reconocimiento de derechos en la materia de salud y, por supuesto, Salud Mental:

Extenderá la protección contra formas de violencia y discriminación para mujeres y niños/as con discapacidad, reconociendo que éstos/as están sujetos a múltiples formas de discriminación y mayor vulnerabilidad (art. 6).

Reconoce plenamente la personería jurídica de estas personas, por lo tanto, se debe garantizar esta afirmación mediante la igualdad de condiciones en todos los aspectos de la vida que se reflejan con aquellas normas y leyes de la sociedad (art. 12).

La protección frente a diferentes formas de violencia se acentúa en este acuerdo en varias oportunidades, se extiende en diferentes ámbitos como el hogar, el trabajo, en la educación.

En materia de salud, invitan a que los Estados adopten medidas pertinentes en términos de acceso, gratuidad, calidad, etc. a los programas públicos de salud de la población que deben extenderse a lo largo y ancho de los territorios llegando a cada comunidad y lo más cerca posible de las personas (atención primaria), incluyendo también el ámbito de salud sexual y reproductiva (art. 25).

Finalmente, en materia de trabajo y empleo se reconoce el derecho a la oportunidad de un trabajo libremente elegido en un mercado y entorno abierto, inclusivo y accesible para esta población (art. 27). Esta convención cierra con la creación de un comité de expertos cuya tarea consiste en supervisar las acciones que cada Estado parte realice en función de lo planteado en el acuerdo, elaborando a partir de éstas directrices y recomendaciones.

PRINCIPIOS DE BRASILIA (2005).

Brevemente voy a incorporar algunos principios denominados “rectores para el desarrollo” de la atención en Salud Mental que han sido resultado de una conferencia que evalúa los desarrollos producidos en los últimos quince años en la materia. Esto sucedió a finales de 2005 en Brasil, con el auspicio del Ministerio de Salud de ese país, la OPS y la OMS.

Rescata avances que se sostuvieron en el tiempo como la atención primaria de la salud y la ampliación de la red pública del servicio sanitario asistencial. Sin embargo, alerta sobre la cuestión del exceso de camas ocupadas en los monovalentes y algunos desafíos que han aparecido con el tiempo, como la atención para poblaciones indígenas, las consecuencias de la urbanización desorganizada de las grandes ciudades, la problemática de la niñez y adolescencia, diferentes modalidades de violencia y la prevención y abordaje precoz de todas ellas (OPS, 2005).

La direccionalidad se mantiene casi igual, esto es, la protección de los derechos humanos y establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos. Advierten en algunos puntos clave: la atención multidisciplinaria e integral de las personas en situaciones de crisis manteniendo la admisión en hospitales generales en casos de crisis; solidificar los vínculos con los servicios de atención primaria; incluir la participación de los y las usuarios/as y familiares en las instancias de formulación, planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental; la concertación entre diferentes actores para una acción integral para que acceda la población (OPS, 2005).

CONSENSO DE PANAMA (2010).

Aquí traigo otra conferencia, esta vez más actual, celebrada en 2010 en la ciudad de Panamá.

“En ella participaron trabajadores de salud mental de la Región de las Américas procedentes del sector público, autoridades nacionales de salud, representantes de organizaciones defensoras de los derechos humanos, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y centros colaboradores de OPS/OMS, así como usuarios de los servicios de salud mental y familiares” (OPS, 2010).

Como en el subtítulo anterior, se trabaja sobre los avances logrados y también en las cuentas pendientes. Quiero hacer mención a la preocupación observada en tanto la relación trastornos mentales y el consumo problemático de sustancias o adicciones (son efectivamente una problemática de salud mental). Marcan la existencia de una brecha acentuada en la atención, *“lo que significa que un alto número de personas afectadas no accede a un diagnóstico y tratamiento adecuados”* (OPS, 2010), insistiendo en el incremento de recursos y la distribución equitativa de los mismos para la carga creciente que representan estos casos.

Lo que falta en materia de Salud Mental no se ha modificado mucho en las preocupaciones que cinco años atrás se disponen en aquella conferencia en Brasil. Esto que *falta* -luego se verá el caso argentino como ejemplo claro- es la implementación efectiva de planes y legislaciones conscientes de instrumentos internacionales de derechos humanos. Se verá que hay un Plan, que las legislaciones contemplan los DDHH, pero es en términos de la *implementación efectiva* la mayor dificultad. Plantea además que la hegemonía del hospital psiquiátrico como modelo de atención sigue vigente a pesar de los esfuerzos de los diferentes países, que aún no han sido suficientes.

LEY PROVINCIAL N° 2.440 (1991).

A partir de ésta comienzan aquellas legislaciones nacionales que configuran la actualidad del campo de la Salud Mental en términos de la desmanicomialización y la perspectiva de derechos humanos en sus políticas.

El término “desmanicomialización” comienza a sonar algunas décadas atrás, puntualmente en la experiencia de la provincia de Río Negro.

La Ley 2.440 de “Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental” fue sancionada y luego promulgada entre septiembre y octubre de 1991 y pasa a reglamentarse en el año 1998 (incumpliendo el plazo de 120 días para la reglamentación cuyo texto expresaba).

“Desde fines de la década del '80 la política de Salud Mental del Gobierno Provincial de Río Negro se centra en la “desmanicomialización”; esta constituyó un movimiento técnico legislativo que propuso modificaciones en las organizaciones institucionales estatales y en las prácticas referidas a la salud mental pública. Este movimiento confluye en la elaboración de la Ley 2.440 sancionada en la provincia en 1991” (Sans, 2013:31).

Esta ley -como veremos se repetirá en varios antecedentes- no posee una gran producción teórica del campo local con respecto al tema, sino que incorpora muchos antecedentes e influencias externas para la transformación, y, además, fue un proceso mayormente ligado a un colectivo de expertos técnicos y profesionales negociando con el poder gobernante que a un movimiento social que podría considerarse “de abajo hacia arriba” y desde la comunidad.

En una entrevista concedida al diario “Página 12” en el año 2013, dos protagonistas de este proceso, Hugo Cohen y Graciela Natella, expresan algunos sucesos que marcaron el camino de la reforma en la provincia, como, por ejemplo, el cierre del hospital psiquiátrico de la ciudad de Allen –a 500km de la capital provincial- en 1988. A modo de antecedentes que derivan en dicho cierre, los profesionales destacan:

“En 1985, por decisión del ministro de Salud provincial, se creó el Programa Provincial de Salud Mental. Se organizaron equipos móviles de intervención en crisis, en los que participaban trabajadores de los escasos servicios de salud mental de los hospitales generales, quienes ya no viajaban sólo para atender sino con nuevas estrategias, como rescatar y potenciar los recursos de los trabajadores de salud y de la propia comunidad local: estos recursos eran capaces de responder a las situaciones de crisis, pero era necesario validarlos y fortalecerlos” (Página 12, 2013). También se suman agentes sanitarios no profesionales trabajando a domicilio priorizando una atención primaria en salud.

“Fue fundamental la apertura de camas en todos los hospitales generales de la provincia, normatizada en 1986: efectivizó una alternativa concreta para la atención de la urgencia en salud mental y para la internación de toda crisis, que permitiera prescindir de la internación manicomial. Esto inauguró un proceso que generó múltiples resistencias, reflejo de una cultura de exclusión de la salud mental del espacio general de salud” (Página 12, 2013).

Lo ocurrido con el hospital fue un proceso interno de reforma, que implicó *un sinnúmero de conflictos y crisis del personal* según narraron sus protagonistas. Se produce una reconversión, en el año 1989 se inaugura el nuevo hospital –hospital general- y se reemplazan las salas de psiquiatría por consultorios clínicos.

Cohen relata: *“todo este proceso nos enseñó que al manicomio se lo deja o se lo cierra. No hay medias tintas tales como sistema de puertas abiertas o comunidad terapéutica. Si se lo deja, intentando reformarlo, esa estructura se vuelve a “manicomializar”. Por todo ello, al manicomio se lo deja o se lo destruye”* (Sans, 2013:33).

Una muy acentuada crítica hacia ésta y también podrían incluirse otras leyes de nuestro país en la materia, es acerca de la operatividad de la misma, o más bien, de su escaso grado estratégico.

“La ley no consagra obligaciones estatales, ni legisla una política pública que sustituya a la institucionalidad tradicional en materia de salud mental. La ausencia de garantías estatales des-institucionaliza sin generar una nueva institucionalidad que consagre derechos. Así el Estado se desresponsabiliza en el marco de la política de ajuste estructural y “achique del gasto social”; desmantelamiento de lo instituido y discurso que promete una transformación sin generar las condiciones materiales y simbólicas necesarios al proyecto”⁹ (Sans, 2013:72).

LEY PROVINCIAL N° 10.772 (1991).

La Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 sancionada en la provincia de Santa Fe en 1991 (reglamentada en 2007) es un antecedente de gran importancia dado su carácter de reformas planteadas, que, si bien no plantea explícitamente el cierre de los psiquiátricos, se realizaron en base a orientaciones como las que aparecieron en el caso de Río Negro, ambas influenciadas también por los anteriores antecedentes que se han tomado.

Esta ley entonces tiene que ver nuevamente con “desmanicomializar” (crítica a las condiciones que genera el manicomio), “desinstitucionalizar” (asistencia basada en la comunidad) y “desmedicalizar” (nuevas miradas incorporadas en la atención). En nuestra provincia será creada posteriormente la Dirección Provincial de Salud Mental (2003), previo a la Ley Nacional (2010) que junto con la ley de 1991 se agrupan en los antecedentes más próximos al recorte situado del presente escrito.

Las principales modificaciones en la ley tienen que ver con las características de la internación y la apuesta hacia la comunidad como espacio alternativo al manicomio, el cuál propone como sus pares de Río Negro, debe ser transformado o reformado.

Las personas –no hace mención a *pacientes* o *enfermos*- que se encuentran en un estado de *padecimiento* serán actores portadores de una serie de derechos y garantías durante la internación (voluntaria, por autoridad judicial, policial o a través de un profesional de la salud) y el tratamiento, el cual, será informado por un equipo profesional calificado en tanto características, condiciones de desarrollo y posibilidades (art. 2).

Garantiza que a cada persona se le confeccionará una historia clínica con información sobre la internación y el desarrollo de la misma (art. 9). Esto es mencionado por el hecho de ser una garantía que la institución frente a los ciudadanos debería asumir formalmente en tanto la responsabilidad por el tratamiento de la persona; es la novedad más allá que simbolice ser un mecanismo de clasificación propio del poder médico conservador.

⁹ Este fragmento adquiere gran sentido si recordamos el contexto del país en su surgimiento, como se dijo, de ajuste estructural y desmantelamiento de lo público.

Cada persona podrá solicitar un representante legal y familiar o de allegados que *vele* institucionalmente por los intereses del representado. Prohíbe castigos y coacción, resguarda la integridad y los derechos humanos de las personas, reconoce el derecho a las salidas terapéuticas y al tratamiento ambulatorio para aquellos dados de alta.

Sobre los cambios dentro de las instituciones encontramos sobre las condiciones de funcionamiento de los establecimientos públicos y privados que *“deberán ajustar sus recursos humanos asistenciales y su estructura física funcional a las normativas que en materia de habilitación, acreditación y categorización establece la Ley [...] también deberá disponer de un proyecto general asistencial y de programas de tratamiento, debidamente explicitados, comprendidos en las normas antedichas y autorizados anualmente por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia”*.

Sobre los establecimientos de internación se establecerá el plazo de máximo tres años a partir de la promulgación de la ley para la transformación de los mismos. *“El Estado arbitrará los medios conducentes al objetivo fijado y promoverá la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas, servicios de salud mental en hospitales generales, con, 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, etc. Deberá asimismo reconocer como propuestas válidas los recursos propios de la comunidad”* (art. 18).

Similar a la de Río Negro, es clara la orientación que llevan en sus ideas estas leyes, pero la dificultad apareció en términos de su implementación. Ambas han sido desfavorecidas en un contexto político adverso del país, además, en una sociedad donde el debate instalado era muy escaso.

Debo remitirme nuevamente a Rotelli (2014) cuando dice que una ley no puede cambiar un paradigma, pero que sí puede instalar un debate en los colectivos técnicos profesionales y en la sociedad; y que significa un importante avance en tanto movimiento que aboga por una salud mental democrática basada en la libertad y los derechos de los sujetos.

LEY NACIONAL N° 26.529 (2009).

En octubre de 2009 es sancionada la denominada ley de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. Es una herramienta clave para la perspectiva que este trabajo adhiere sobre Salud Mental en tanto al usuario/a del sistema público, como sujeto activo y portador de derechos.

Esta ley reconoce derechos en relación a varios ítems como la asistencia sin discriminación alguna de edad, sexo, género, etnia, creencias, discapacidad. A la intimidad y confidencialidad del proceso de atención y mismo caso con la información constatada a través de las historias clínicas.

Implica un reconocimiento a la autonomía de la voluntad del paciente que *tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad* (art. 2).

Otro elemento de dicha ley es acerca de la información sanitaria, la cual el paciente puede (o no) exigir vinculada a su salud. Ésta debe encontrarse de manera tal para la comprensión del paciente y con respecto a su estado, sus posibilidades, tratamientos disponibles y riesgos (art. 3). Además, el paciente puede autorizar que esta información sea compartida con terceros, por ejemplo, la familia. Al final, sostiene algunas disposiciones generales sobre el ámbito de aplicación a lo largo y ancho de la jurisdicción nacional y en dependencia del Ministerio de Salud.

Es imposible pensar una práctica en Salud Mental sin el reconocimiento y defensa de los derechos de los pacientes como esta ley detalla, pero más aún, extendiendo esta categoría a todos los y las usuarios/as del sistema, adoptando de base que los procesos de salud deben ser abordados integralmente.

LEY NACIONAL N° 26.657 (2010).

La Ley Nacional N° 26.657 fue promulgada por el Congreso de la Nación Argentina un 2 de diciembre de 2010 derogando la vieja ley 22.914 de “personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos” de 1983. Ese mismo año, que no es dato menor, se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que se irá a encargar del desarrollo de políticas con la ley como soporte.

Durante la presidencia de Cristina Fernández de Kirchner, esta ley debatida formalmente desde 2009, nace dentro de un contexto al que considero “fértil” y muy diferente a décadas anteriores donde no había un Estado presente cuyas decisiones se basen en los derechos de los ciudadanos y apuntando a la inclusión social, pilares que se enunciaban desde la política de gobierno.

Diferentes intereses y organizaciones se cruzaron en una serie de debates producidos en torno a la ley, con elogios y críticas no tan polarizadas, ya que la postura general ha ido acorde a la necesidad de una nueva ley de Salud Mental y al avance con una reforma que incorpore aquellas experiencias y estudios que demostraron la necesidad de transformar la vieja estructura asilar (además, era necesaria una ley de carácter nacional que abarque la totalidad del territorio y pueda unificar de cierta forma aquellos antecedentes que habían aparecido décadas atrás en las provincias).

Hablaré un poco del texto que consta de 46 artículos distribuidos en 12 capítulos. Citaré el primero de ellos que da un claro enunciado en tanto lo que la ley pretende y su extensión a lo largo del territorio nacional, que incluye su adecuación tanto en el ámbito público como privado. Dice:

“La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” (art. 1).

Luego de nombrar aquellos instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas (art. 2), pasa a reconocer el concepto “Salud Mental” como *“proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”* (art. 3). Incorpora también el tema “adicciones”¹⁰.

La ley utiliza los términos “enfermedad mental” y “padecimiento mental” de diferente modo, y omite el uso del término “trastorno”. Al igual que con “adicciones” utiliza el término de enfermedad de manera objetiva.

Romper con los estigmas producidos en el pasado tiene que ver con negar la existencia de una persona que *es enferma, o es adicta*, es comprender desde la identidad subjetiva a la persona que vive un padecimiento cuyas causas no deben atribuirse a “trastornos” o a un enfermar inherente de lo biológico, sino que se halla en un medio social que tiende a construir estados de padecimiento en cualquier persona¹¹. Entonces, se separaría una parte objetiva -la enfermedad basada en un modelo biológico-médico- y una subjetiva como el estado percibido por el individuo.

Faraone (2013) dirá al respecto que: *“los nuevos enunciados de “padecimiento” o “sufrimiento” instituyen un concepto histórico-social sobre el padecer (sufrir), es decir un concepto cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto” (...)* *“el padecimiento o sufrimiento involucra un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento sustantivo, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer”* (Faraone, 2013:36).

¹⁰ Considerada a partir de allí como una problemática de salud mental que debe ser abordada como *parte integrante de las políticas de salud mental*. *“El uso problemático de drogas, legales e ilegales, estará bajo la órbita de derechos que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”* narra su artículo cuarto.

¹¹ De lo contrario, por ejemplo, corremos el riesgo de redundar en un pensamiento del alienismo y consideraríamos al *adicto* o al *enfermo* un ser peligroso, desvalido, incapaz.

Augsburger (2002) señala que el concepto de sufrimiento permite incorporar la dimensión subjetiva del sufriente, dimensión que está claramente ausente en la perspectiva nosográfica clásica.

“El sufrimiento humano es un problema socialmente producido, en contextos culturales y socio históricos definidos y no un problema biológico, se torna necesariamente crítica la mirada sobre los sistemas clasificatorios que no contemplan las dimensiones sociales, culturales o institucionales” (Augsburger, 2002:74).

Una nueva “fórmula” para la atención será contemplada en el texto, donde incorpora la práctica interdisciplinaria que debe darse a través de la comunidad y enmarcada en la Atención Primaria. Los equipos deben estar integrados por *profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación competente*. *“Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupaciones y otras disciplinas o campos pertinentes”* (art. 8).

En lo que considera *otras disciplinas o campos* pertinentes, para explayar este espacio abierto que deja la ley, es interesante la incorporación de *lo que no es* disciplina, ni profesión, ni ciencia; las propuestas alternativas basadas en el arte, la expresión, la producción, son muestras de cómo abordar la problemática haciendo hincapié en la participación activa y principal del sujeto como actor central en su proceso, llámese terapéutico, de salud, de bienestar.

En su artículo séptimo, reconoce una serie de derechos para aquellas personas con padecimiento subjetivo; destacando: derecho a la atención sanitaria y social integral y humanizada a través del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones. Derecho a una atención basada en fundamentos científicos y éticos. Derecho a ser tratado con la alternativa terapéutica conveniente que menos restrinja los derechos y libertades. Derecho a la asistencia judicial. Derecho a la no discriminación por el padecimiento actual o pasado. Derecho al poder de tomar de decisiones relacionadas con la atención y tratamiento dentro de las posibilidades.

En su artículo vigésimo séptimo con claridad establece la prohibición de crear nuevos manicomios, y, además, imparte el cierre progresivo y adaptación a los principios de la ley de los que ya están, pero sobre éstos, no hay con exactitud palabras que aseguren su sustitución definitiva, ni voz alguna sobre el maltrato y la discriminación de los seres humanos que allí habitan. Estos índices muestran una gran dificultad que la implementación de esta ley lleva, y gran crítica con respecto a su operatividad hasta el día de hoy, casi diez años después de su sanción. En este sentido, dicha ley “se olvida” del manicomio y toda la mochila cargada que los operadores dentro del campo heredaron.

Para concluir la descripción mencionaré brevemente algunos otros puntos importantes: la ley llama a establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental (artículo trigésimo primero); en un plazo no mayor a tres años debe incluirse en los proyectos

de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a la salud mental hasta alcanzar un mínimo de 10% del presupuesto total de salud (artículo trigésimo segundo); establece en su artículo trigésimo cuarto la supervisión periódica de los servicios públicos y privados por parte de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación (hoy con nombre diferente); crea el denominado Órgano de Revisión con el *objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental*, que debe ser multidisciplinario (artículos trigésimo octavo a noveno).

También ordena la creación de la llamada Autoridad de Aplicación (artículo trigésimo sexto), que, en coordinación interministerial, deberá desarrollar, entre otros, planes de inserción socio-laboral con participación comunitaria. Además, deberá promover en conjunto con la Superintendencia de Servicios de Salud la cobertura en Salud Mental de las obras sociales. Esta autoridad creará a su vez, ámbitos en cada jurisdicción convocando a todos los ministerios y organizaciones de incumbencia en la temática.

Reuniré a partir de ahora aquellos aspectos o valores positivos y las críticas a la ley:

En primer lugar *“hay que entender que la Ley Nacional 26.657 es una ley “marco” o de “piso mínimo” que, sin afectar autonomías provinciales, señala los límites dentro de los cuales deben desarrollarse las políticas a fin de encuadrarse dentro del respeto a los derechos humanos básicos que nuestro país ha comprometido respetar a nivel internacional, estos sí, son de cumplimiento obligatorio para los estados locales”* (Gorbacz, 2012:141).

Ofrece innovaciones en la postura de cambiar el paradigma, y en base a esto modificar aquellas acciones y prácticas dentro de las instituciones que iban *en contra* del mismo¹². Al menos intenta o enuncia, ya que las acciones posteriores encontraron numerosos obstáculos para llevar adelante estos ideales, entre los que se destacan: el respeto de los derechos que marca una separación en tanto la figura del “paciente convencional” –objeto- y le brinda mayor potestad en la relación con la institución y los profesionales, el acento en el ámbito comunitario por encima del manicomio (y que no puedan ser más creados), la incorporación de la familia como actor de importante participación dentro del proceso de salud, el reconocimiento de las adicciones y del alcoholismo en términos de la ley, el abordaje interdisciplinario rompe la hegemonía psiquiátrica, el trabajo en coordinación entre profesionales y autoridades judiciales; y muy importante, la apertura a crear espacios sustitutivos a la lógica manicomial.

Se sabe que todo campo posee un carácter de disputa y lucha por la apropiación del poder y recursos, no obstante, en este caso, las posiciones no fueron antagónicas, sino que

¹² *“Una ley puede modificar el comportamiento del técnico, y esto es sin lugar a dudas, muy importante”* (Basaglia, 2000:177).

servieron al debate y diferentes argumentos encontraban consenso entre sí, sin diferenciar profesión o grupo. Al menos en ciertos grupos decididos a reformar el sistema, contrarios a esto seguirán existiendo diferentes sectores que responden a otras lógicas distantes a la presente.

Por un lado, están las críticas vinculadas a la interdisciplina que en general tienen que ver con la defensa de las incumbencias profesionales (médicas) en tanto criterios y actos que no pueden concebirse bajo la interdisciplina.

“Lo óptimo para el trabajo sería que cada uno se mantenga en su lugar dentro de la multidisciplina, para lo cual hay que defender las incumbencias. Esto no sería avanzar sobre las de los demás, sino respetar para lo cual se ha formado cada uno, en función del paciente” (Hermosilla y Cataldo, 2012:137).

Similar a esto, aparecen resistencias sobre la exclusividad médica/psiquiátrica frente a la decisión de internación/externación de los pacientes. Al contemplar en la ley los términos de “sufrimiento” o “padecimiento” se produce el riesgo de *“patologizar carencias sociales”*, y que estas definiciones tienen una carga polisémica imprecisa. El cierre de las instituciones monovalentes conduce al problema de la viabilidad de la ley, ya que no se contemplan alternativas sustentables.

Para abordar alguna conclusión de este debate que aún persiste, la Ley Nacional 26.657 significó un gran paso para quienes apuntan hacia la desmanicomialización, pero también podemos aspirar a partir de aquel momento a un proyecto mayor, superador, que brinde mayores herramientas y posibilidades para la transformación, hoy día en este contexto de desventaja para el ámbito en general de la salud pública. Si lo miramos en términos de la lógica de los campos, este movimiento sí produce una ruptura y sí logra un avance en tanto a los derechos humanos que el poder psiquiátrico hegemónico venía omitiendo. Es un antecedente que se resguarda en algo mayor, que es la lucha –política- colectiva (profesionales, usuarios, trabajadores, etc.) que busca fortalecer y defender el campo.

DECRETO REGLAMENTARIO 603/2013.

Continuando con la Ley Nacional 26.657, considero relevante traer su reglamentación en el año 2013 que ha sido anexada a la misma. Esto tiene que ver con la realización o ejercicio de los derechos que la ley supone. Iré repasando los puntos que más estén ligados a la operatividad de lo enunciado en la ley y visto en algunos antecedentes anteriores.

La ley concibe el padecimiento mental de los/as usuarios/as en reemplazo de la concepción de enfermedad mental. En el primer artículo de la reglamentación la define en tanto conformidad con la concepción de Salud Mental, cito: *“Entiéndase por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo*

determinado por múltiples componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657” (art. 1).

A continuación, tomaré el contenido de algunos artículos que marcan una impronta en lo que respecta a la mirada de la desmanicomialización. Como el artículo cuarto que enfatiza el carácter del servicio de salud que debe brindarse acorde a la ley.

“Entiéndase por “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados” (art. 4).

Las políticas pensadas en base a la ley deben cumplir ciertos principios. En consonancia con las directrices pertenecientes a la Atención Primaria, se debe brindar la atención en cercanía al lugar que habita la persona, debe ser adecuada a sus necesidades y preferencias, y de modo tal que incluya la participación de familiares y otros recursos pertenecientes a la red (art. 9).

La integralidad de las acciones es un valor que defiende esta ley. *“Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social¹³” (art. 9).*

Con respecto a la mención de accesibilidad al trabajo, en su artículo séptimo, se reglamenta sobre el mismo la justa compensación por la contraprestación que corresponde a la fuerza de trabajo aportada por el usuario en objetos o servicios que luego sean comercializados. Supone la coordinación con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social que deberá actuar frente a casos de abusos o explotación, así también como fiscalizar que estos no ocurran (art. 7).

Es importante tener en cuenta la cuestión del trabajo y la producción en Salud Mental (será profundizada en el cuarto capítulo) ya que es una característica recurrente en experiencias y dispositivos sustitutivas a la lógica manicomial, siendo o no parte de la estructura del hospital. A lo que conduce al, a partir de ahora, tema central de este trabajo: los dispositivos (sustitutivos y productivos). Tanto la ley como su reglamentación traen algunos puntos en referencia a esto.

¹³ En el artículo séptimo, inciso “l”, implica el trabajo en conjunto con el INADI para desarrollar acciones tendientes a brindar la inclusión social previniendo y rechazando toda forma de discriminación, xenofobia y racismo sobre aquellas personas con padecimientos mentales.

La Autoridad de Aplicación será quien pueda disponer de la promoción de estos dispositivos, siempre adecuados a la ley y que funcionen dentro de una red de servicios de salud con anclaje en la comunidad, tales como:

“...centros de atención primaria, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales...” (art. 11) y estarán también implicados dispositivos para las adicciones basados en una estrategia de reducción de daños.

Todos ellos deben pasar por el abordaje interdisciplinario y no ser utilizados para personas con problemáticas habitacionales (para ello se requiere una respuesta integral responsabilizando otras áreas).

Un artículo fundamental es el vigésimo séptimo, ya que prevé el cierre y reemplazo de las instituciones psiquiátricas o manicomios. En el texto de la reglamentación responsabiliza para ello a la nombrada Autoridad de Aplicación junto con cada responsable de cada jurisdicción. De acuerdo a dos antecedentes ya traídos (Declaración de Caracas y Consenso de Panamá) establece la sustitución o adecuación de los monovalentes en dispositivos comunitarios para el año 2020 como meta, cosa que no ha ocurrido.

PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL (2013).

A la Ley 26.657 (2010) y su reglamentación (2013) se puede encadenar otra contribución a la configuración del campo de la Salud Mental en la actualidad, esto es, el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018. Puedo decir que estos tres elementos coinciden en un contexto histórico-político-social de nuestro país que ha acompañado tanto éste como otros más procesos que derivaron en la conquista y reconocimiento de derechos en una legislación a nivel nacional (sí existían en algunas provincias) y acorde a la gestión en conjunto de organismos de Derechos Humanos, asociaciones de profesionales y técnicos, ONG, organizaciones sociales y aquellos/as usuarios/as con el Estado. No obstante, esto ha resultado un punto de partida o soporte para lo que vendría luego: tanto como experiencias novedosas, problemas y desafíos.

El Plan coincide con la meta prevista por la ley, el cierre y sustitución para el año 2020, por lo que establecerá el rumbo de la política de allí en más bajo ciertos parámetros. Haré una descripción no muy extensa sobre el contenido de este plan comenzando con los objetivos del mismo.

El propósito general es la promoción y protección de la Salud Mental de todos los habitantes a través del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias, planes, proyectos, programas, actividades, etc. en el marco de las políticas públicas, pretendiendo integrar y jerarquizar éste campo en el de la Salud y de las políticas públicas en

general. Buscará disminuir la brecha entre la necesidad y el acceso a los servicios a través de esto (Ministerio de Salud, 2013:20).

Considera una serie de situaciones problemáticas y los objetivos o acciones pertinentes para intentar resolverlas que en general tienen que ver con el contenido que debe tener un programa o proyecto que busque revertir la situación problemática a través del trabajo sobre las causas que los generan, la comunicación, concientización, creación de dispositivos, promoción de nuevas leyes, aumento de recursos, etc.

Estos problemas son la estigmatización y discriminación de estas poblaciones, la omisión de los abordajes planteados por la ley nacional y su decreto reglamentario, la dificultad para incluir las temáticas de adicciones y de niños, niñas, adolescentes y adultos mayores en el campo Salud Mental, la inadecuación de la formación y capacitación del recurso humano en el campo con respecto a la ley nacional, el escaso nivel de epidemiología e investigación en el campo.

El Plan Nacional gira en torno a varias características que se enuncian en la Ley 26.657, pone el énfasis en la acción en redes locales, regionales y nacionales, la base comunitaria, la integralidad e intersectorialidad, el fomento de la capacitación en la materia, la regulación de parte del Estado para los servicios públicos, privados y de la seguridad social, la interdisciplina, etc. Lo interesante para el debate actual son las metas propuestas, que como dije, distan mucho de haberse cumplido observando la realidad de las instituciones.

Toma como plazos para la externación del manicomio e inclusión en dispositivos u hogares comunitarios de aquellas personas institucionalizadas para noviembre de 2015 en un treinta por ciento, para noviembre de 2017 un sesenta por ciento y para 2020 el cien por cien (Ministerio de Salud, 2013:44-45).

Si bien las metas no se han cumplido de esa forma, ha habido muchos avances y procesos de externación en los monovalentes, y el número de camas ocupadas veinte años atrás es mucho menor al actual; pero es sólo un dato de boca en boca que se infiere cuando atraviesa uno el campo y sus instituciones. Ello denota la escasa labor en epidemiología que arroje cifras sobre estos procesos, y no sólo la externación, sino qué sucede con estas personas que dejan la institución.

Con el Plan se culmina el proceso legislativo que señala la Ley Nacional 26.657 y su decreto y reglamentación; antecedentes claves que sin dudas marcan un antes y después en el campo, y que hoy muchas de las experiencias de avance no hubieran surgido sin la base o soporte de una ley de tal envergadura.

Ahora el análisis se acercará más a la actualidad, profundizando algunos elementos del campo y trayendo los desafíos de cara al futuro inmediato.

SEGUNDA PARTE: EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.

SALUD MENTAL COLECTIVA LATINOAMERICANA.

¿Qué se entiende por Salud Mental? La dificultad recae en precisar en tan pocas palabras algo tan vasto y multidimensional. “*Salud mental es un área muy extensa y compleja de conocimiento*” (Amarante, 2007:17) cuyo carácter habla de complejidad, pluralidad, intersectorialidad y transversalidad y muchos más elementos que también incorporan las leyes que lo caracterizan, y al contrario de la psiquiatría, no se basa en uno o algunos pocos conocimientos. Y luego estará la pregunta sobre el objeto en Salud Mental, un objeto social-histórico –no natural- “*que no se restringe a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de salud mental, en que las mismas enfermedades pueden ser pensadas y explicadas*” (Galende, 1994:79).

Pensar la Salud Mental es un trabajo reflexivo similar al que se planteó antes con la enfermedad/salud, razón/locura. Nos propone desbaratar aquellos estigmas construidos en base a la figura del *enfermo mental*: estereotipada. Aquí se rechaza estos binomios de corresponder a una u otra categoría sana o insana y se comprende la salud como un proceso del que todos y todas formamos parte y bajo la influencia de aquellas contradicciones sociales que imparten en nuestra subjetividad el padecer o el sufrimiento.

Decidí tomar una perspectiva en particular para comprender la Salud Mental, esto es, el pensamiento de la Medicina Social o Salud Mental Colectiva latinoamericanas, perspectiva que aparece en la década del 70’ en la región, que, más que una escuela, es una corriente con *diferencias y tendencias internas en proceso constante de construcción conceptual y práctica* (Stolkiner y Gómez, 2012:4) que tiene influencias del pensamiento marxista de la época, el debate sobre los posmodernismos y teorías de la complejidad.

Las herramientas teóricas de esta corriente *han confluído con una interlocución crítica constante con los discursos y propuestas de algunos organismos internacionales* (Stolkiner y Gómez, 2012:4). Es una corriente crítica hacia los paradigmas hegemónicos que llegaban de Europa y Estados Unidos (incluidas las propuestas de la OMS) así como las reformas neoliberales que impulsaban la mercantilización de la salud.

Es en estos términos que se encuadra la mirada de este trabajo hacia la Salud Mental, pensada en términos complejos y asociada a categorías como el proceso de producción y reproducción social, y las clases sociales.

En la década del noventa se incorporaron a los discursos y estudios del campo objetos como los derechos de ciudadanía, políticas sociales del Estado, problemáticas de la subjetividad, la violencia, etc. Este pensamiento en su afán de problematizar los conceptos impuestos por las prácticas hegemónicas rompe el binomio de la salud/enfermedad para poner el énfasis a los procesos más profundos (que se originan en el capitalismo por decirlo de algún modo) que funcionan como el tejido de las problemáticas de salud mental. También

opta por el concepto de “cuidado” por encima de la “asistencia” teniendo el primero una *connotación mucho más amplia e integral, al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos*” (Stolkiner y Gómez, 2012:11).

El derecho a la salud se comprende en el *marco de una integralidad de derechos y una conceptualización procesual de la salud-enfermedad-cuidado* (Stolkiner y Gómez, 2012:13) que niega la existencia de una “enfermedad” mental u orgánica, *todos los procesos vitales, que incluyen el enfermar y el morir, se construyen con la amalgama de determinaciones genéricas pese a su singularidad, e implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente* (Stolkiner y Gómez, 2012:22), y en este sentido, resulta imposible aislar la salud mental de la salud en general.

Los antropólogos Martínez-Hernández y Correa-Urquiza (2017) dirán que *“pensar la salud mental colectiva implica asumir la necesidad de deconstruir ciertas rigideces de los saberes expertos y abrirnos a un cuestionamiento de lo que podríamos denominar como condición de impermeabilidad. Nos referimos a esa vocación de delimitar un ámbito científico propio, con sus taxonomías y parámetros actuando como límites que, a la vez, legitiman la existencia de la propia disciplina” (...)* *“cuestionamos el uso de los límites ficticios como muros defensivos que dificultan tanto el diálogo interdisciplinar como el abordaje de la salud”* (Martínez y Correa, 2017:270).

La salud mental desde esta perspectiva que aborda los problemas estructurales e individuales que inciden en la vida de los sujetos requiere adoptar una práctica interdisciplinaria, participativa y colectiva. Niega que haya un saber dado y específico, *se acerca más bien a un cierto tipo de posicionamiento epistemológico y político a partir del cual materializar el abordaje de la salud... es una actitud, una disposición, que se reivindica en el pluralismo y en la coalescencia –más que complementariedad- de saberes y conocimientos articulada desde la horizontalidad* (Martínez y Correa, 2017:272)

Esta corriente se enfrenta a una tendencia fuertemente corporativa de los actores tradicionales del campo a la que asociaré, por ejemplo, con el fenómeno de la medicalización. El enfrentamiento tiene que ver con una “emancipación” o “descolonización” de las condiciones que producen estos estados de restricción, de dominación de la vida de los sujetos.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL.

Este escrito viene sembrando varios puntos que contrastan distintas formas de concebir la realidad, intercambiando recursos históricos con contribuciones de las ciencias sociales y documentos legislativos que siguen el mismo sentido crítico que persigue una Salud Mental donde los y las usuarios/as sean protagonistas y poseedores de derechos en

paralelo con un servicio de calidad en la atención. Este apartado estará centrado, dentro del abordaje en términos de políticas sociales, en lo que ya se ha concebido como Atención Primaria de la Salud, concepto clave que permite abordar las problemáticas tan complejas del campo.

Sabemos por lo que aporta la mirada de la Salud Mental Colectiva que el campo está atravesado por procesos complejos de producción y reproducción social signados por la desigualdad, y a esto se debe en parte establecer en toda política el criterio de derechos e inclusión, que no debe apuntar al individuo sino tejerse en términos colectivos.

Una política de Salud Mental en términos colectivos debe contar con una serie de elementos “mínimos” que señala Galende (1994) que deben apuntar al abordaje de problemas humanos que sin dudas son mucho más complejos que lo que encierran las categorías médicas o psicológicas (Galende, 1994:191).

No deben faltar en una política de Salud Mental elementos como una estrategia global que involucre la articulación y coherencia de teorías, disciplinas, técnicas e instituciones (pertenecientes a una ideología general basada en los derechos y la participación, entre otros), el estudio sociológico sobre la población objetivo y las condiciones que producen problemas de salud, la formación continua de recursos profesionales y técnicos, programar acciones mediante un Plan Nacional, etc. (Galende, 1994:213).

El acceso a los servicios es una suerte de vehículo entre la política y los/as usuarios/as, y en estos términos considero ubicar la denominada Atención Primaria de la Salud, concepto que es traído al debate por la OMS y difundido e incorporado en las agendas de diferentes países desde 1978 -con la Declaración de Alma Ata- en adelante.

Galende (1994) comprende la Atención Primaria a través de tres ejes: desborda los criterios de una medicina centrada en la enfermedad, amplía el terreno de intervención, el manejo de recursos económicos y humanos, establece un sistema de equidad para todos los niveles y no se limita al tratamiento o prevención de enfermedades sino a la atención de la salud como elemento del bienestar general, físico, psíquico y social; el hospital deja de ser el centro del sistema y apela a la participación de la comunidad; organiza tanto un sistema técnico de atención como medidas políticas de lucha contra la pobreza, mejor distribución de la renta nacional, etc. (Galende, 1994:221).

De la mano de la APS parece ir el concepto de “comunidad” que se ha instalado acentuadamente en el contenido de las políticas, así como latente frente a la desinstitucionalización. El sentido de esto tiene que ver con el mencionado acceso a los servicios, que vaya más allá de la asistencia. Las acciones pensadas “en comunidad” -que buscan la no reproducción de la lógica manicomial- se basan en un tipo de relación con el usuario/a fundada en lo colectivo y participativo. Con estos criterios deberían seguirse periódicamente las decisiones que se toman en las instancias evaluativas de tal programa o proyecto.

Y fundamentalmente creo, que refundar la relación con los/as usuarios/as requiere de nuevas estrategias de abordaje frente a las problemáticas que se presentan, al momento que las personas toman contacto con el sistema o red de atención, comprendida por instituciones, por ejemplo. En nuestra provincia ha habido muchas estrategias de abordaje en este sentido, propuestas que -señala Faraone (2013)- nacen de la necesidad de *“explorar formas creativas y alternativas a la consulta convencional, basadas en el trabajo interdisciplinario y colectivo. “Así surgieron novedosas experiencias: microartesánías, vivero, “toca discos”, centros de día, radios comunitarias, espacios productivos, dispositivos de micro emprendimiento y equipos interdisciplinarios para niños y adolescentes... que construyeron nuevas trayectorias de acceso al sistema para los conjuntos sociales que habitualmente no recurrían al centro sanitario”* (Faraone, 2013:32).

El cambio de paradigma tuvo que ver en gran parte por la redefinición teórica sobre la forma en que se concebía la Salud Mental –antes bajo otros nombres- y todo lo que atraviesa. La construcción teórica de la perspectiva de “desmanicomialización” tiene una antesala muy importante que es la investigación social, otro pilar clave que se vio reflejado en las propuestas tanto de los acuerdos internacionales y en el Plan Nacional, vistos anteriormente.

La introducción de diversas disciplinas permitió multiplicar las miradas sobre el abordaje dentro del campo. Esto significó una ruptura ya que las teorías producidas y bajo la exclusividad médica-biológica-psiquiátrica fueron puestas en debate. La psicología, sociología, antropología, etc. ligadas a una investigación *social* se incorporaron a la mesa frente a las elaboraciones médicas basadas en su propio saber¹⁴.

La cuestión pasa por fundar una suerte de investigación “epidemiológica” en Salud Mental -diferente a las concepciones dominantes- *“con manifestación en la naturaleza individual que llevan a que los procedimientos diagnósticos se focalicen exclusivamente en los individuos, destacándose el compromiso singular por sobre elementos de índole familiar, social, relacional”* (Augsburger, 2002:71).

La autora agrega:

¹⁴ Algunos ejemplos: los ya nombrados Manuales de Diagnóstico (DSM) o la aparición de miradas de la ciencia neurológica que buscan en el padecimiento subjetivo correlaciones anatómicas con lo cerebral. Ambos se implican en la clasificación y el diagnóstico convencional de las “enfermedades” que se extrae de fenómenos empíricos sobre un cuerpo sin sujeto. El objeto que toma este pensamiento clasificatorio olvida su condición de objeto social e históricamente determinado. El debate, sin embargo, es mucho más complejo.

“Un nuevo paradigma epidemiológico para la salud mental debe tender a introducir medidas de salud positivas de las poblaciones, así como ampliar la comprensión del papel central de los factores culturales, sociales e institucionales en la producción de la salud mental” (Augsburger, 2002:75).

Tomé puntos de vista de la Salud Mental Colectiva y la Atención Primaria para caracterizar ya en términos ideológicos el campo y adoptar una postura crítica en contraste con la predominante o hegemónica, la cual esconde muchas contradicciones para ir develando.

DESAFÍOS ACTUALES.

Pensar en los desafíos en la actualidad con cierta proyección hacia el horizonte que este trabajo viene sosteniendo requiere partir de un panorama que creo es bastante desfavorable en tanto al sistema público de Salud Mental. En este sistema conviven varios actores, cada uno con sus estrategias y con sus perspectivas por lo que el análisis debe contextualizar y darle contenido a cada uno para poder alcanzar una reflexión. Si bien se convive en un mismo campo, la diferencia de sentidos es necesaria delimitar. Sobre esto Vainer (2007) dirá, *“es necesario diferenciar los sentidos de Salud Mental, recuperando su sentido como un campo científico, interdisciplinario, intersectorial y político que se opone al sistema manicomial y sus retoños actuales. De allí la importancia de desenmascarar estos usos. Porque no hablamos de lo mismo cuando hablamos de Salud Mental”* (Vainer, 2007).

Cada día se convive dentro del campo con la llamada medicalización que comienza a operar allá por el siglo XIX con el alienismo. Si se recurre hacia aquél contraste de sentidos, la medicalización se presenta como un desafío actualmente, en las formas que se ha adaptado este intervenir de las corrientes de la medicina. Habría que preguntarse si la apropiación de ámbitos administrativos y jurídicos que comenzó con el alienismo prevalece en las instituciones y burocracias que rigen el campo, es decir, si los saberes médicos se imponen sobre otros para la toma de decisiones que remiten a la política o gestión en Salud Mental. Creo, tomando como ejemplo el contexto provincial, que se han producido grandes avances que permitieron alcanzar un abordaje desde la integralidad en Salud Mental. Pareciera haberse corrido la mirada exclusivamente biológica del cuerpo del sujeto hacia una contextualización política y social de su vida. La política pública de los dispositivos sustitutivos es un claro ejemplo que adopta estrategias muy lejanas a la medicina para trabajar con las problemáticas de Salud Mental de la población, incorporando diferentes profesiones, métodos, innovaciones, etc.

Diferente es el panorama si se hace la lectura basada en cómo es disputada la captación de usuarios dentro del campo donde existen grandes grupos del capital concentrado (empresas, tecnologías, laboratorios) que se expanden cada vez más y buscan obtener a través de la salud de los habitantes una ganancia. Los ideales de la mercantilización de la salud propician la exclusión social y abren cada vez más las brechas en el acceso.

Esta forma de medicalización que acontece ha dejado una marca enorme en el campo en lo que atañe a la utilización de los fármacos.

“Hoy el loco no es un sujeto con el que se establece una relación terapéutica, sino se ha convertido en un objeto cuyos síntomas pueden ser tratados químicamente si tiene dinero para pagar los psicofármacos de última generación. Si es pobre será enviado a un manicomio” (Carpintero, 2011:12).

El uso de fármacos es común en las instituciones hospitalarias, medicar es un acto médico que pasa por la acción de un equipo –debe ser interdisciplinario- dentro de un proceso terapéutico. El contexto debe ser muy distinto al uso tradicional que se le daba a la droga. Siglos atrás, cuando se introducen los fármacos, la *locura* pasa a ser un estado particular del sistema nervioso que arrojaba diferentes comportamientos y experiencias (similar ocurrió con las respuestas frente al magnetismo y la hipnosis). Es un modo mediante el cual el psiquiatra se aferrará al cuerpo del enfermo; e ilustra la reflexión actual de la medicalización en la vida cotidiana¹⁵.

Volviendo a la disputa de sentidos, se debe de prestar atención al hecho que estos actores muchas veces suelen operar discursivamente en el terreno de la Salud Mental, y que también promueven el cierre del monovalente. Esto es una fachada para llevar adelante políticas reaccionarias y de ajuste. Es un procedimiento “típico” del capitalismo de liquidar la estructura estatal “ineficiente” para dar paso a una privatización. ¿Retirar camas es desmanicomialización?, ¿o es desmantelamiento y reducción del gasto público?

Todo esto gira en torno también a la tensión entre los sistemas público y privado donde el Estado no es para nada neutral y tiene la capacidad de incidir en cada sector, uno donde la responsabilidad está en su mayoría en manos del propio Estado, y otro ligado a las leyes del mercado (oferta y demanda, costo y beneficio). Y representa un esquema muy claro de la desigualdad del sistema, donde centros comunitarios funcionan día a día con las mínimas condiciones y atravesados por la escasez mientras que el sector privado crece descomunadamente; ¿ineficiente intervención/regulación o complicidad del Estado?

¹⁵ *“Ante todo, el uso del psicofármaco debe constituir uno de los elementos de una estrategia más articulada, en interacción con otras técnicas, partidarias de un proyecto terapéutico con la persona, un proyecto basado no tanto en el diagnóstico clínico, sino primariamente en las características del individuo (capacidades cognitivas, culturales, laborales, deseos, afectos), del contexto (reacciones de los familiares, nivel socioeconómico y cultural de la familia y del medio ambiente, expectativas y valoración) y de los recursos del servicio terapéutico”* (López Mosteiro, 2015:70).

En el panorama actual donde se presenta una crisis cada vez más aguda, que insta a debatir dentro de todos los colectivos de trabajadores, operadores, profesionales, usuarios y a la población ampliamente, sobre las condiciones que permean el campo y los diferentes escenarios de trabajo.

“El desafío actual es enfrentar los engaños, la falsedad, la banalidad, denunciar los intereses mercantiles en salud, el trasfondo ético de la política que sostiene esta cultura, (sin duda hegemónica), de la salud, sin desestimar el valor y la eficacia de esta medicina para vencer las enfermedades y prolongar la vida biológica” (...) *“la hegemonía es parte de los procesos políticos y la lucha por el poder, tal como lo mostró Antonio Gramsci, y hoy esta lucha se juega en el poder simbólico, quién domina las interpretaciones y la construcción de los significados y valores que orientan las conductas prácticas de los individuos”* (Galende, 2013:15).

La posibilidad de acción, por un lado, puede ser a través de las políticas públicas y programas que provengan del Estado u otros organismos¹⁶, y, por otro lado, puede encaminarse desde otro nivel, diferente, ya que se organiza -a la inversa- de “abajo” hacia “arriba”. Este modelo propone una gestión dialéctica *desde* abajo, donde las estrategias se desarrollan para-con la comunidad y los grupos. De esta forma los movimientos sociales facilitan el intercambio de demandas y problemas con las áreas responsables de atenderlos. El desafío se consuma en una lucha política por acciones planificadas en base a las necesidades que la propia población objetivo de las políticas públicas problematizan; un actor fundamental en la sustitución de la lógica manicomial por ende será sin dudas el usuario en su condición de sujeto de derecho.

El horizonte implica una valorización de los espacios comunitarios, donde todas las experiencias que han aparecido deben ser dadas a conocer ampliamente y defendidas tanto mediante formas tradicionales de protesta como alternativas y basadas en la esencia de cada espacio, tales como festivales, muestras, exposiciones, ferias, ciclos, actividades, etc. que, además de compartir en comunidad la realidad de cada institución/espacio/dispositivo, sea un símbolo de lucha y defensa por una salud mental pública al servicio del pueblo y no de los intereses económicos del vaciamiento de la misma. Es necesario mostrarle a la sociedad que *la locura* no es lo que se cree que es en el sentido común ni en los medios de comunicación, que la situación ha cambiado.

Este segundo capítulo buscó llegar al contexto actual y a la perspectiva ideológica política tomada a partir de los antecedentes y conceptos orientados a la pretendida desmanicomialización. La política pública que persigue este horizonte ofrece los

¹⁶ Existen experiencias locales de “desmanicomialización” que no provienen estrictamente del Estado sino por organizaciones (ONG son las más conocidas) de mayor o menor encuadre estatal cuya financiación es de terceros.

denominados dispositivos sustitutos que buscan reemplazar la estructura manicomial donde el eje es el hospital por una atención primaria basada en lo colectivo y comunitario. Con esto daré apertura al siguiente capítulo que hará de especificar esto que ahora se vuelve central en el análisis: el dispositivo.

III. EL DISPOSITIVO: DIFERENTES MIRADAS.

El tercer capítulo estará dedicado a una instancia de problematización de un concepto más que recurrente en la esfera de salud y cuyo frecuente uso en el discurso cotidiano despierta algunas preguntas: el dispositivo.

La idea es conceptualizar, caracterizar y describir esto partiendo de lo siguiente:

Dentro del discurso de las últimas décadas sobre la desmanicomialización aparece la idea del cierre progresivo de los manicomios y su sustitución por otro tipo de servicios diferentes al monovalente. Al mismo tiempo se supone un cambio de paradigma o miradas sobre las problemáticas de Salud Mental. Existen experiencias concretas que en este código configuraron espacios por fuera de los muros del hospital (por dentro también surgen efectivamente), situados en las ciudades, basados no en la exclusividad de los saberes generales de la medicina y psiquiatría, sino incorporando la mirada interdisciplinaria y caracteres del orden de lo productivo, cultural y colectivo. Muchas de estas experiencias reciben el nombre de dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial, y aquí es puesto el interrogante; cómo estas experiencias llegan a ser o a considerarse dispositivos, y si realmente lo son.

Comenzaré analizando este concepto y para ello voy a tomar algunas perspectivas provenientes de las ciencias sociales que además comparten el movimiento crítico hacia la institución total y su lógica manicomial. En particular tomo como exponentes a Foucault, Deleuze y Agamben que trabajan este concepto en sus escritos, también la perspectiva del Análisis Institucional o Institucionalismo y la mirada de la “territorialización”.

Es necesario establecer una base desde lo teórico para relatar luego sobre estas experiencias de dispositivos ya que es un término que suele prestarse para la confusión, dada su constante aparición en múltiples contextos. “Todo es dispositivo” por momentos, se dice de dispositivos asilares, dispositivos como herramientas, como la propia institución, de disciplina, de control, de asistencia, productivos, comunitarios, etc. También hay que aclarar de antemano que si bien este trabajo pone la mirada sobre los dispositivos sustitutivos que están separados del manicomio, no quita que puedan existir dentro de los muros del hospital, de hecho, existen. Dicho esto, el modo de abordar un dispositivo que interesa en este trabajo es en clave de políticas públicas. También voy a hacer alusión a la relación del dispositivo con la institución, ¿sinónimos?, ¿incompatibles?, ¿procesos?

El camino hacia la desmanicomialización está marcado –al menos en este recorte- por la existencia de estos dispositivos, este vendría a ser el debate actual, que para darlo habrá que partir, como dije, de una base teórica.

APORTES DESDE LA SOCIOLOGÍA CRÍTICA.

Desde esta corriente se aborda el concepto de dispositivo en parte desde la crítica al poder psiquiátrico y sus estrategias de dominación. La individualización que marca al

paciente que entra al manicomio es un efecto del poder y del saber, como mecanismo articulado por el médico psiquiatra que administrará un tratamiento frente a esta persona; tal como se explicó en el capítulo primero.

Foucault dirá que “*el saber del psiquiatra es uno de los elementos mediante los cuales el dispositivo disciplinario organiza en torno de la locura el sobre-poder de la realidad*” (Foucault, 2003:265). Ese saber delimita lo que es o no es locura y lo que es o no es realidad/verdad. La articulación entre estos elementos son los cimientos de un sistema que, mediante la disciplina, el castigo y la vigilancia como técnicas y *armas* de dominación producen esta objetivación del individuo, de ahora en más objeto del saber y del poder. El daño será físico y psíquico, material y simbólico; propiciado estratégicamente mediante la ocupación de la vida del individuo. Esta es la base donde -para este autor- opera el dispositivo.

Algunas características que marcan la esencia de éste son su heterogeneidad, su naturaleza dinámica, su dote estratégico, su multiplicidad; y en base a estas cualidades es preciso interpretar cada uso que se le ha dado. El dispositivo no es algo unívoco, ni es el mismo en tal o cual situación; podemos encontrarlo en el discurso, las instituciones, las normas, leyes, etc. Será dificultosa la interpretación si se ignoran aquellas características, y también, que esta estrategia que representa el dispositivo se da tanto en un dominio material como abstracto, consecuente de la noción del poder en base a “prácticas no discursivas”, por lo tanto, es una “cosa” que difícilmente sea tangible, dado su dinamismo.

¿Para qué existen los dispositivos? En el sentido foucaulteano, por ejemplo, forman parte de un proceso mucho más amplio que la mantención de un orden o la dominación. La estrategia del dispositivo es una estrategia política inmersa en *ese* juego de relaciones de poder y que refiere a cierto momento histórico y la necesidad o urgencia de las instituciones de atender la cuestión “problema” que representaba la *locura*.

De aquí se desprende la idea del dispositivo comprendido históricamente, donde el contexto –dinámico- es indispensable. El dispositivo es la expresión de una política, que articula el saber con el poder. Cabe preguntarse cuáles han sido aquellas necesidades y urgencias concretas de la época para que se deban tejer este tipo de relaciones cuyo objeto ha sido desde siempre el individuo. “*No hay normas absolutas, lo que es absoluto es la necesidad histórica, humana, de la existencia de normas, en tanto son constitutivas de la subjetividad*” (Galende, 1994:82). Se intenta una inscripción en el cuerpo del individuo, gobernar comportamientos, asignarles un sentido.

El dispositivo se constituye a partir de todas las características mencionadas, y mediante éstas, junto con su relación histórica, es posible dar cuenta de un tipo de funcionamiento. Una conceptualización muy común bajo esta perspectiva es la siguiente basada en Foucault:

“Un dispositivo sería un complejo haz de relaciones entre instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos, sociales, técnicos y tipos de clasificación de sujetos, objetos y relaciones entre éstos, un juego de relaciones discursivas y no discursivas, de regularidades que rigen una dispersión cuyo soporte son prácticas (...) producen sujetos que como tales quedan sujetos a determinados efectos de saber/poder” (Fanlo, 2011:3).

El dispositivo disciplinar instalado en el manicomio encaja en esta conceptualización si se hace la lectura del sistema que administraba rutinariamente la vida -y el tiempo- de las personas y que las enmarcaba en una clasificación, diagnóstico y tratamiento a seguir; impuestos ideológicamente a través del saber científico que produjeron y obtuvieron mediante una posición hegemónica.

Otros filósofos que han tomado el término fueron Giorgio Agamben y Gilles Deleuze, este último define al dispositivo como una máquina de “hacer ver y hacer hablar” con un carácter *fuertemente productivo, desanclando su funcionalidad no sólo de una concepción ideológica del saber, sino también de una mera representación negativa del poder -el poder como prohibición, como ley, como represión-* (Vega, 2017:142).

Es una creación provisoria que siempre será reajutable, mutable en función de las relaciones de poder y saber y sus singularidades históricas. Una filosofía centrada en los dispositivos lleva la *imposibilidad de la existencia de universales* (Vega, 2017:143) ya que cada circunstancia permite dar forma a un dispositivo particular que puede desplazarse, no permanecer, transformarse en otro tipo; y esto lo amerita su multiplicidad constante.

Para Agamben, más que el concepto de dispositivo, la red de relaciones posee un carácter universal o general como son los elementos que la componen. Esta red posee la capacidad de gobernar y gestionar comportamientos y conductas, por lo que podríamos hablar del dispositivo en el cuerpo de cualquier cosa que conforme esta red parte del saber y del poder. *Es el paradigma “gestional” por excelencia* (Vega, 2017:147) donde existirán el individuo, el dispositivo y el sujeto o la subjetividad. El dispositivo de Agamben no posee particularidades históricas, sino que prevalece una misma modalidad, *la oposición a lo viviente que da lugar a la subjetividad* (Vega, 2017:149), donde el dispositivo además de impartir un tipo de subjetividad, propicia procesos de “desubjetivación” y esta reflexión tiene lugar en el desarrollo actual del capitalismo como hemos visto en tanto las dinámicas de individualización.

Esto último da lugar a hablar sobre la cuestión de “subjetividad” que llega aquí como la implicancia que tendrán los dispositivos en los individuos. Los dispositivos producen un tipo de sujeto. Si tomamos como ejemplo un dispositivo escuela, fábrica u hospital, encontraremos como común denominador el hecho de orientar hacia un comportamiento y una conducta que, se supone, esté dada al servicio del régimen de acumulación. A través del control, de la vigilancia, de la tutela, de *la cura*, de la intervención producida se estima

obtener individuos cuya subjetividad esté implantada por el orden, la docilidad, y una firme capacidad de producir, y al mismo tiempo, haciendo uso de la mirada de Agamben, termina por destruir la misma subjetividad. En este caso, la necesidad histórica es representada por el desarrollo actual del capitalismo, en ese contexto, dentro del cual transitamos nuestra vida, la locura incomoda. Es indeseable porque no muestra ningún tipo de provecho en el mercado cuyo funcionamiento depende de sujetos capaces de gestionar su vida como al capital.

Al centrarnos en el campo de la Salud Mental, la tensión no está sobre la carga de la “subjetividad” sino más bien en tanto su contracara, la objetivación. Stolkiner (2015) se refiere a la objetivación como “*la subordinación de la vida humana y de la vida en general a la lógica de generación de ganancias y, por lo tanto, a la lógica de la ubicación de los sujetos y la naturaleza en el lugar de objetos desde la lógica mercantil*” (Stolkiner, 2015:18). La autora diferencia “sujeto” e “individuo”, y esto luego le permitirá hablar de *sujetos de derecho*, comprendiendo la universalidad de los derechos sociales –como la salud- de manera colectiva y no para una “suma” de individualidades. “*Homologar singularidad a individualidad es un error epistemológico grave, porque lo singular no es lo contrario de lo general, sino que es la forma en que se manifiesta lo genérico de una manera única*” (Stolkiner, 2015:19).

El individuo no es una condición natural, no es externo a la sociedad, ni al “otro”, la subjetividad es una construcción, es construida singularmente y situada –metafóricamente- en el vaivén del exterior e interior del cuerpo de la persona.

Ana María Fernández (2008) introduce la mirada sobre los “cuerpos” que permite incorporar otra arista a la tensión entre subjetividad/objetivación. Habla de cuerpos que circulan en espacios sociales organizados en base a ciertos habitus –noción de Pierre Bourdieu- que ocupan una posición singular desde la perspectiva del *sujeto*. La subjetividad producida en los cuerpos se da a través de formas histórico-sociales, de múltiples marcas del poder y del saber. En cada época ha ido cambiando la relación construida con los cuerpos basada en discursos, mitos, en cada verdad, “*pero siempre se ha dicho qué tienen que hacer, dónde y cómo tienen que estar los cuerpos. Éstos han obedecido, acatado, pero también resistido, transgredido, establecido líneas de fuga en relación con las prescripciones*” (Fernández, 2008:134).

Frente a la individualización está el desafío de “des-disciplinar” las disciplinas y expandir la mirada sobre aquellos usos sociales, políticos y económicos que se le da al cuerpo, qué significado tienen en la cultura, cómo han sido producidos.

“*Pensar los cuerpos hoy, en la Argentina, es pensar los cuerpos de la crisis. Esos cuerpos estresados, enfermos, agotados, descompensados, estallados frente a la presión insostenible de la crisis. Cuerpos privados (...) humillados o devastados por el hambre, por el exceso de trabajo o la desocupación, o por el camino desventurado de la mera supervivencia*” (Fernández, 2008:149).

La lectura desde la sociología crítica sitúa fundamentalmente al dispositivo como productor de subjetividad y en un cuerpo humano que será efecto del saber de la psiquiatría con todo lo que ha significado históricamente (un continuo de opresión y violencia ejercida sobre el sujeto). Problematizar de esta forma el dispositivo sirve para la propuesta central del trabajo, y requiere de preguntarse qué tipo de dispositivo, bajo que formas de funcionamiento, desde qué saberes, que tipo de “utilidad” simbólica y física darle, en términos de la desmanicomialización. Este tipo de preguntas pueden hacerse de la misma forma teniendo en cuenta la institución que se encargará de abordar las diferentes problemáticas en Salud Mental, por lo que doy pie a los siguientes apartados donde este término entra en relación con el anterior, y que requiere algunas distinciones dado el peligro de confundirlos como sinónimos.

INSTITUCIÓN-DISPOSITIVO.

Si bien el dispositivo y la institución no son lo mismo, sí pueden ir “a la par” en ciertos modos. Entiendo dicha relación como un proceso, un proceso histórico sujeto a muchos factores y relaciones que pueden posibilitar la constante transformación, donde algunas prácticas pueden transformarse en una experiencia, y ésta formalizarse en un dispositivo, al igual que el dispositivo puede alcanzar un grado tal que logra articularse como una institución. Prácticas, experiencias, dispositivos e instituciones pueden ser elementos constitutivos del proceso de desmanicomialización. Aparecerán junto con los casos abordados en el capítulo siguiente.

Muchos aspectos de las instituciones pueden reflejarse en los dispositivos, y viceversa. La idea de problematizarlas en este capítulo parte del supuesto que, en el recorte seleccionado a nivel local, las experiencias sustitutivas al manicomio nacen del seno institucional, y en general del manicomio, por lo que intentaré matizar instituciones según los efectos que impartan en la subjetividad de sus participantes.

Ya habiendo visto la crítica hacia las instituciones disciplinarias-totales incorporo a Kaminsky (1990) quién dice que éstas se constituyen en dispositivos de violencia física y simbólica. ¿Qué son realmente las instituciones?, siendo espacios donde al interior acontecen infinitas relaciones que la configuran de un modo determinado, relaciones que no suelen ser vistas desde lo aparente, desde el encabezado de cualquier institución que dice ser una cosa, pero que dispara ciertas dudas al respecto.

En general, las instituciones rectoras tradicionales de la sociedad (cárcel, hospital, escuela, familia, lenguaje) no son estructuras rígidas ni formadas de una vez por todas, aunque en los hechos puedan apreciarse formas de existencia similares a lo largo del tiempo. Las instituciones se mueven, y a ello responde el juego permanente entre dos dimensiones o fuerzas, lo llamado “instituido” y lo “instituyente”. Por ahora hablaré de esto como aquello que está dado y establecido en la estructura; y lo que se va conformando en el movimiento, que se va haciendo. Y prestando atención a la institución asilar en particular, podría

suponerse el efecto producido por la llamada “institucionalización”, que suele darse en el ejemplo de aquellos/as pacientes que no desean abandonar la estructura en la que han vivido y que han hecho propia durante mucho tiempo. Esto es producto de aquella relación.

Kaminsky (1990) dirá que las instituciones son las relaciones sociales heterogéneas que se cruzan y condensan. Este atravesamiento no implica que la violencia se condense dentro de ellas, no proviene de la agresividad del individuo y de la sociedad clasista. La violencia física y discursiva son formas de autoritarismo que se pueden dar en pequeña o gran escala y ante las funciones, los roles y las prácticas.

La idea de la dialéctica entre lo instituido y lo instituyente hace a la producción de *“una constelación de discursos y prácticas económicas, sociales, políticas, jurídicas, técnicas, etc. (...) las instituciones son procesos que, en tanto tales, tienen “juego” lo cual implica conflictos, desajustes y que presupone todo menos la armonía de un proceso fijo y estable”* (Kaminsky, 1990:32).

Las instituciones no son rígidas ni estables, se mueven, se sacuden permanentemente; al igual que los grupos que la componen, que también mutan dentro de esta dialéctica. Cuando una estructura es estrictamente vertical, pareciera que son más las de perder que las de ganar ante la idea de romper con la jerarquización y el sometimiento. Pero la historia ha demostrado que en estas instituciones tan fuertes han acontecido procesos revolucionarios.

La dialéctica instituido-instituyente mencionada es uno de los aspectos que pueden compatibilizarse en un dispositivo. Esta capacidad “productora” de la institución o el dispositivo es la bisagra que permite discernir entre lo sustitutivo y lo manicomial en cada recorte. Las relaciones internas serán capaces de determinar si estamos frente al asilo *o no*, y claro que éstas no son inmutables, modificarlas será la tarea para transformar o desmontar los efectos que produce en los sujetos.

Basaglia (2000) ilustra la idea de transformar las relaciones (en este caso, la relación de mayor tensión en la escena del manicomio) al comparar el hospital psiquiátrico con el hospital general:

“Creo que en el fondo no hay una verdadera diferencia entre los dos, porque la lógica de la relación médico-paciente es siempre la misma, una relación de dependencia del enfermo con respecto al médico. Evidentemente no se trata de una relación de reciprocidad, y si no hay reciprocidad no hay libertad entre dos personas. La cuestión a resolver se transforma en cómo cambiar este tipo de vínculo” (Basaglia, 2000:90).

Esta comparación muestra al interior de las instituciones puede haber movimientos y transformaciones de las relaciones, que, en este proceso, permiten configurar una realidad diferente a la convencional.

Para seguir profundizando, a continuación, se verá la institución en base a su organización y tipología, también partiendo de una corriente crítica que la estudia.

APORTES DESDE EL INSTITUCIONALISMO.

Siguiendo el argumento del apartado anterior, si la idea es construir espacios o lograr transformaciones desde el orden de la lógica manicomial hacia un paradigma de derechos (por ejemplo), hay que fijar la mirada en las relaciones que acontecen cotidianamente en cada recorte, sea una institución, dispositivo, práctica, experimento, actividad, etc. y configurarlas a partir del paradigma elegido. Entonces, continuando con el argumento del apartado anterior dedicaré el presente a la forma de organizarse y la tipología de las instituciones, a partir de la corriente crítica llamada Análisis Institucional.

También recibe el nombre de Institucionalismo, corriente que nace a partir de un reclamo frente a métodos de abordaje sociológicos, psicológicos, económicos y del derecho. La intención no era sustituir dichos métodos sino lograr una articulación de los elementos aportados por ellos. Lo que pretende el Análisis Institucional es una nueva relación con el saber, *una conciencia del no-saber que determine nuestra acción* (Lourau, 1988:9). Una conciencia del no-saber se asocia con un elemento central para todo análisis crítico, como una mirada escéptica, es un pensamiento o reflexión que rechaza la uniformidad del saber, que es *dado* sólo bajo la implicancia de múltiples determinantes y condiciones. Rechazar lo *dado* como tal, permite llegar a cierta problematización, y esto representa el trabajo del Institucionalismo.

No sólo en el conocimiento y en los saberes se encuentra lo no-dicho, sino también en las organizaciones, que tampoco pueden ser consideradas como *un hecho social puramente objetivo* (Lourau, 1998:9). Como dije antes, las instituciones aparentan muchas veces ser algo que no son, es por ello necesario verlas e investigarlas con mayor profundidad y detalle, contextualizarlas, explorar aquella cuota de alienación o de encubrimiento dentro de todas estas relaciones que las configuran y terminan por producir cierta realidad social.

Baremblytt (2005) dirá que la sociedad es una red “*constituida por la interpenetración de fuerzas, procesos y entidades reproductivas y antiproduktivas cuyas funciones están al servicio de la explotación, dominación y mistificación (atravesamiento), así como también está constituida por la interpenetración de las fuerzas, entidades y procesos que están al servicio de la cooperación de la libertad, de la plena información, o sea, de la producción y de la transformación afirmativa y activa de la realidad (transversalidad)*” (Baremblytt, 2005:43).

En el Institucionalismo existen ciertos componentes a considerar, son las fuerzas y tendencias productivas, reproductivas y anti-productivas, funcionando simultáneamente. Las instituciones producen, inventan, revolucionan, no se detienen nunca, el carácter productivo, si lo entendemos positivamente, permite transformar la realidad social, económica, política, cultural, etc. Contrariamente, tenemos las fuerzas reproductivas cuya tendencia es el permanecer, el mantener, el asegurar. Y están las fuerzas anti-productivas cuyo sentido es la

destrucción o el bloqueo de posibilidades de cambio y, lo que en breve veremos, las fuerzas instituyentes.

Preguntarse qué son las instituciones, o qué son los dispositivos, es en vano si no consideramos el carácter relacional y estructural que comparten, donde se tejen sentidos transversales entre la totalidad, la particularidad, y la singularidad. También caeríamos en el engaño si consideramos a éstas como instancias materiales/simbólicas unitarias, como una entidad natural que ha estado desde siempre, cuyo sentido es el bienestar o la felicidad de sus miembros.

Las instituciones son criticadas, pero no en busca de su transformación, ya que esto es un proceso mucho más profundo¹⁷, pero permite la innovación, permite configurar un nuevo dispositivo o institución y resignificar las relaciones de una red. Para esta labor, es preciso prestar atención a una cualidad importante que presentan las instituciones generales que rigen la sociedad. Aquí está el cambio organizacional como punto clave.

Antes mencioné que las instituciones deben ser contextualizadas y develarse aquella cuota de encubrimiento. Para ilustrar esta idea, del Institucionalismo se desprende una modalidad denominada “sociopsicoanálisis” que contextualiza la institución en términos de las contradicciones del sistema capitalista (el trabajo, el poder, clases sociales) a través del marxismo.

“El lugar donde debe ser estudiada la experiencia esencial de la impotencia y del desencadenamiento de los procesos patológicos es el “lugar natural” en el que los hombres se asocian para ejercer su potencia, o sea, en los ámbitos de trabajo” (Baremlitt, 2005:89).

Las instituciones tradicionales atravesadas por las relaciones capitalistas de producción y reproducción de la fuerza de trabajo ofrecen ciertas prescripciones que pueden ser leyes, normas, costumbres, hábitos; y prohibiciones, que guían la vida social y se manifiestan en todas las modalidades (políticas, económicas, culturales).

“Esas prescripciones para la toma de decisiones, son al mismo tiempo lógicas, éticas, estéticas, etc., es decir que se plantean de acuerdo con valores que definen lo que es verdadero o falso, lo que es justo o injusto, lo que es bello o feo, etc. para la sociedad en cuestión” (Baremlitt, 2005:33).

Existen instituciones “amplias” o más “generales” que trascienden todos los aspectos de la vida y que cuya función ordena todas las sociedades a lo largo del planeta, como la familia, el lenguaje, el trabajo, la sexualidad, la justicia, etc. También está la institución como

¹⁷ La transformación del manicomio solo ha sido propuesta en términos de humanización y reconocimiento de derechos durante las internaciones, la idea de lo sustitutivo es, justamente, la ruptura con el asilo.

espacio singular, con su espacio físico y tiempo social, normas, modos de ingresar y salir de ellas, símbolos, cultura, roles asumidos, ideales, mitos, rituales, ídolos, valores, estereotipos, etc. a todo esto se enfrenta el sujeto, y su pasar deriva indudablemente en marcas, huellas que tiñen su subjetividad.

“Las instituciones en tanto sistemas culturales, simbólicos e imaginarios, se presentan pues como conjuntos englobantes, que aspiran a imprimir su sello distintivo en el cuerpo, el pensamiento y la psique de cada uno de sus miembros” (Kaës, 1987:92).

¿Por qué y para qué las instituciones? Existen tres fuerzas que posibilitan la construcción de un tipo de realidad, mencionadas anteriormente: esto es, “lo instituyente”, “lo instituido” y los “procesos de institucionalización”. Lo instituyente son aquellas fuerzas que tienden a transformar las instituciones revolucionariamente, son cambios, de menor o mayor medida, pero incipientes. Lo instituido corresponde al producto o resultado de esa transformación que acontece. El proceso de institucionalización es el movimiento continuo y sostenido de cambio.

El “para qué” de la institución habla de un ideal, de un *cómo debería* ser una sociedad; en base a ciertas acciones orientadas a tal fin. En esta crítica, es efectivamente la sociedad de la producción, cuya estrategia global incorpora esferas de educación, vigilancia y control, de ayuda, asistencia, protección, que es la función que canaliza todo lo instituido.

La producción (y posterior preservación) de una fuerza de trabajo es la función no-dicha de la escuela, la fábrica, el hospital, etc. El factor “función”, sin embargo, no opera de la misma manera en cada organización. Si bien se parte de la relación asimétrica en cada una de ellas, en algunas existen mayores probabilidades de revertir esa situación que en otras. En la escuela el estudiante puede volverse maestro, en la familia el hijo podrá ser padre, en el cuartel un soldado podrá aumentar su rango, pero difícilmente el *paciente* o el *preso* pueda tomar las riendas del poder y del saber para asumir la posición de su contraparte en aquellas instituciones totales.

“La finalidad última del análisis institucional consiste en propiciar el autoanálisis y la autogestión, o sea, la recuperación del poder de organización y del autogerenciamiento del proceso productivo, eliminando las situaciones de burocracia, de imposición, de disposición” (Baremlitt, 2005:94).

Con esto último cerraré el tema, más allá de revertir las relaciones y fundar nuevas estructuras al interior de una institución, dispositivo, o en el seno de cada práctica o actividad realizada en Salud Mental, la organización debe suponer en muchos aspectos la participación circular y democrática de los sujetos, poniendo las relaciones de modo horizontal y no vertical como las instituciones tradicionales, en este caso, el asilo. Cabe preguntarse, si nos paramos en un plano de derechos y de la desmanicomialización, qué tipo de institucionalidad sustentará la práctica dentro del campo, qué tipo de saberes serán implicados, qué herramientas circularán. En este sentido, los dispositivos sustitutivos a las lógicas

manicomiales del recorte realizado han revolucionado el campo, por lo menos, desde su iniciativa.

APORTES DESDE LA TERRITORIALIZACIÓN.

Un elemento en común de los dispositivos sustitutivos seleccionados en el recorte del trabajo es su existencia por fuera de la institución asilar y precisamente, en el territorio. Como vimos anteriormente, la política de Salud Mental basada en la Atención Primaria busca brindar un servicio de calidad al alcance de la población y no que ésta deba concentrarse en un solo efector, es decir, el hospital.

Fue de mi interés tomar el enfoque de la “territorialización” de las políticas sociales y sus diferentes programas y proyectos llevados a cabo a nivel territorio, ya que no sólo se complementa con la Atención Primaria y la mirada colectiva de la Salud Mental, sino que muchas características de esta propuesta podrán verse en los casos particulares tomados en el recorte, no casualmente.

La “territorialización” formalmente se trata de una llamada “*política social, diferenciada y territorializada*” que nace como una “*manera diferente de intervención de los poderes públicos en el tratamiento de los problemas sociales*” (Hamzaoui, 2005:124) y que apunta a una gestión territorial de los problemas. La filosofía de una política social “territorializada” se asienta en la idea de movilizar a nivel local recursos y generar una sinergia institucional (público, privado y asociaciones).

“Territorializar significa, en este sentido, multiplicar los espacios de palabra, los lugares de encuentro entre actores sociales, los objetos de negociación. Territorializar es politizar el espacio social en el sentido de hacer siempre de él el objetivo de un debate democrático, es reanimar la democracia allá donde es más necesaria, allí donde llama a la movilización del ciudadano en las solidaridades de la vida cotidiana: la democracia procede desde abajo” (Hamzaoui, 2005:143).

Este enfoque de acción pública pretende una transformación en los modos de intervenir y en las lógicas institucionales de las administraciones clásicas. Se organiza en dos niveles, regional/administrativo y local, en el territorio.

Instalar la actividad bajo este formato (por ejemplo, a través de la política de los dispositivos sustitutivos) requiere un desarrollo estable entre los dos niveles mencionados, un equilibrio entre el apoyo administrativo (podría ser a nivel provincial) y los dispositivos en territorio (ciudad, municipio), que adquieren el carácter de medios, medidas concretas; la tarea se enmarca dentro de una red de “*partenaires*” (Hamzaoui, 2005:161) que entablan relaciones de coordinación, colaboración, cooperación, etc. Representan diferentes actores e instituciones del mismo sector comprometidos con llevar adelante la intervención pública en el campo de lo social. Entonces las actividades no serán aisladas, sino en un continuo

movimiento colectivo de coordinación. En nuestro caso no existen dispositivos repartidos por la ciudad independientemente, sino que representan una red.

También en esta propuesta aparece otro término similar, la comunidad. Suele hacerse hincapié en la inserción de espacios *dentro* de la comunidad, y ésta también aparece como *el otro campo* si no es el manicomio dónde deben instalarse las nuevas estrategias con el cambio de paradigma.

La comunidad permite dotar al territorio de ciertas cualidades que lo justifican como el “área objetivo” para la implementación de la política social. El territorio sirve como contraste de la institución central hospitalaria, la comunidad tiñe de valores la necesidad de esta ruptura. Si hablamos de comunidades entendemos que hay sujetos interpelados en ese mismo territorio con la posibilidad de constituir lazos, identidades, compromisos e identificaciones sociales, esto es un fundamento para desmontar la institución que representa el asilo en su carácter normalizador.

La política social diferenciada y “territorializada” tiene una característica en particular que quiero destacar. En la gestión del territorio que propone se estará frente a una población heterogénea cuyas problemáticas atraviesan muchos aspectos de la realidad social y tienen una gran carga de complejidad que requiere una intervención adecuada frente a ello. Por lo tanto, los instrumentos de la política social deberán ajustarse e innovar en este sentido donde las “viejas” acciones programadas, que de antemano definen los problemas, objetivos, medios, etc. resultarían “incompatibles”.

La contracara de los instrumentos de planificación de políticas sociales “tradicionales” serán aquellos experimentales. Y esta es la característica que marca la impronta de los dispositivos sustitutivos seleccionados para la descripción.

El primer rasgo de esta -podría llamarse estrategia- forma gerencial es que no se privilegia el desarrollo desde los servicios y organizaciones ya establecidas, son en estos términos, inéditas. Otras características que marcan este tipo de prácticas son su funcionamiento discontinuo, la flexibilidad y la temporalidad. Esta estrategia consiste en la continua experimentación, poniéndose a prueba, corrigiéndose y teniendo siempre en cuenta los efectos que generan las acciones, entonces, se considera un continuo aprendizaje que además incorpora mecanismos ordinarios de la administración para acompañar los procesos cuyos objetivos y medios comienzan siendo difusos y con el tiempo se van configurando y fijando (Hamzaoui, 2005:149-151).

Poniendo un poco en contexto la idea del siguiente capítulo que aborda los dispositivos sustitutivos, la introducción de las intervenciones a nivel regional entra en consonancia con los procesos de descentralización de la salud ocurridos en nuestro país, cuya estructura prevalece actualmente. Con esta fragmentación de la política general del Estado y repartición de responsabilidades a los diferentes –y desiguales- puntos del territorio del país comienzan a aparecer factores como la individualización y la “descolectivización”, junto con

la discriminación espacial positiva basada en el territorio de los peligros, del delito, de la vulnerabilidad; que se enfrentarán a la lógica propuesta para la intervención social. También es necesario observar de cerca la función de las políticas sociales y si acompañan este proceso de inclusión y de intercambio en la comunidad.

La idea de abrir un capítulo dedicado al dispositivo tuvo que ver con delimitar su contenido teórico (por el hecho de aparecer repetidamente en Salud Mental y en diferentes contextos) y práctico (de modo que encuadre en la propuesta de la desmanicomialización que se desprende de la crítica a la lógica manicomial y sus “propios” dispositivos e instituciones de encierro) del dispositivo y no sólo de éste, sino también las instituciones, habiendo sido vistas con mayor profundidad en tanto las relaciones que la configuran como tal, y toda práctica, actividad o estrategia encuadrada en una política social que se constituya en un servicio de Salud Mental.

Ya sabiendo que nos encontraremos con experiencias manifiestas tanto en planos físicos como abstractos, que nacen en un determinado contexto histórico y con un gran potencial para producir y reproducir tanto sujetos como una realidad social determinada por los procesos que se instituyen en cada práctica, discurso y saber, es posible describir cada caso específico tomado e investigado en detalle y siguiendo con el argumento del escrito que comprende cada uno como una experiencia de desmanicomialización. Además, todos los dispositivos, instituciones e intervenciones se encuadran en un tipo de política –los dispositivos son política social- que, como se vio, obedecen al abordaje de la Atención Primaria y la mirada colectiva de la Salud, y que está marcada por un alto grado de experimentación en su surgimiento y desarrollo cotidiano.

IV. EXPERIENCIAS DE DISPOSITIVOS SUSTITUTIVOS EN LA CIUDAD DE ROSARIO.

Este capítulo trata sobre la cuestión que vengo adelantando como central dentro del escrito: los dispositivos sustitutivos de Salud Mental.

Luego de haber pasado por la historia y crítica del modelo asilar, las diferentes miradas teóricas sobre el dispositivo y los antecedentes que marcan el camino hacia la desmanicomialización, es el momento de hacer referencia al recorte en particular a partir de la selección de casos concretos dentro de la ciudad de Rosario y enmarcados en una determinada política social.

En este horizonte marcado por el cierre definitivo del manicomio aparecen los denominados dispositivos, de modo tal que fueron vistos en el capítulo anterior, muy lejos de ser instrumentos de dominación y objetivización, se presentan –experimentalmente- como aquellas estrategias que configura prácticas del tipo idóneo al respecto de los derechos de las personas y la producción de subjetividad, no en un marco institucional totalitario sino a través de la cooperación en red dentro del territorio y formando parte de una política social cuyos fines van de la mano con la desinstitucionalización, en este caso, de la población en Salud Mental.

ESTUDIO DE CASOS.

El recorte propuesto abarca el área de la ciudad de Rosario (Santa Fe), y en base a la oferta de Dispositivos Sustitutivos -cuya dependencia institucional es la Dirección Provincial de Salud Mental- seleccioné tres casos, que, si bien son diferentes en muchas cuestiones, poseen algunas características en común que los atraviesan y que permiten ubicarlos en un mismo plano, que de antemano sostengo, consisten en propuestas para la desmanicomialización.

La idea fue conocer estas experiencias a través del aporte de sus protagonistas y quienes hoy llevan adelante la práctica poniendo el acento en el carácter de lo productivo (característica en común para todos) y problematizando la cuestión del dispositivo.

El método de abordaje consistió en entrevistas realizadas y solventadas al mismo tiempo por un material facilitado por parte de la Dirección Provincial de Salud Mental de la provincia de Santa Fe donde se enuncian y describen en general los dispositivos sustitutivos ofrecidos dentro de la política pública en materia de Salud Mental. Las preguntas apuntaron a categorías generales, como la creación de cada lugar, sus actividades, participantes; y más específicas como su proyección institucional en la coyuntura actual y su forma de representarse al respecto de conceptos traídos como la desmanicomialización, la sustitución, lo productivo (se profundizará más adelante) y en tanto el dispositivo.

La selección de cada caso no es casual, utilicé como insumo el recorrido realizado a través de los años de prácticas profesionales dentro del campo de Salud Mental, las cuales

fueron realizadas particularmente dentro del Hospital Psiquiátrico Dr. Abelardo Irigoyen Freyre o también llamada “Colonia de Oliveros” y el Centro de Producción e Intercambio “Pomelo en el patio” (es uno de los tres casos tomados).

Cada caso se incluye en el movimiento que debería concluir en el próximo año -2020- del cierre de los manicomios y su sustitución por este tipo de espacios. Están bajo la órbita de la Ley Nacional y Provincial vistas.

Haré una presentación general y luego me detendré en las particularidades de cada uno. En primer lugar, tomo el “Espacio Balcarce” creado en el año 2015 incorporando varios dispositivos a su interior a modo de “sede” como estructura física y con la representación institucional dentro de la red cuyas actividades son la producción textil y cultural. En segundo lugar, se encuentra “El horno está para bollos: emprendimiento gastronómico y espacio de formación” creado en el año 2017 y que consiste en la producción de alimentos. Por último, el “Centro de producción e intercambio “Pomelo en el patio” creado en el año 2006 y destinado a la creación de objetos.

ESPACIO BALCARCE.

En este “espacio” físico ubicado en el centro de la ciudad de Rosario conviven cuatro dispositivos productivos –afines- pero diferentes. Los dispositivos que hoy día están asentados en el “Espacio Balcarce” no han llegado casualmente, este lugar tiene una mirada fundamental vinculada a lo productivo.

El momento de la “conjunción” fue en el año 2015 donde se incorporan los talleres “Hilos enredados”, “Café con leche”, “Tocadiscos” y “Al divino botón” dentro de una misma “sede” de encuentro y de trabajo compartido entre aproximadamente 50 participantes. Comparten la misma estructura física, pero se organizan en tanto horarios y actividades por separado, aunque eventualmente coordinan mutuamente. Cada experiencia se comprende, claro está, desde su singularidad, aunque a veces será tomada en sentido general por el hecho de remarcar sus características generales que se repiten en cada dispositivo. En este sentido, el énfasis está puesto en el trabajo productivo dimensionado tanto clínica como políticamente. La tarea que antecede a la producción es la capacitación como aprendizaje de un conjunto de técnicas y modos de hacer.

La idea del “Espacio Balcarce” fue concentrar algunas experiencias anteriores que necesitaban trasladarse por diversos motivos, por ejemplo, “Café con leche” era un taller brindado dentro de una residencia compartida (o “casa asistida”) lo que representaba ciertas dificultades para el funcionamiento de ambos (cada uno con una lógica diferente) en el mismo sitio; “Hilos enredados” es otro taller que residía en el Centro Cultural “Gomecito” que se encuentra a inmediaciones del psiquiátrico “Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila”, el cual se fusiona con “Al divino botón”, otro taller que compartía las mismas características de trabajo y funcionamiento; y finalmente aparece “Tocadiscos” que es uno

de tantos dispositivos culturales montados en diferentes efectores de salud (como Centros de Salud municipales).

El “Espacio Balcarce” comienza a funcionar a “modo de prueba”, constatando a través del tiempo la organización y coordinación de aquellos dispositivos que allí comparten el mismo espacio físico, estructura que no es considerada una institución según el relato del cuerpo de trabajadores/as que pertenecen a los diversos –sí- dispositivos, cada uno con sus relaciones singulares y un tipo de producción clínica y cultural. No obstante, esta “sede” sí posee cierto grado de institucionalidad dado que representa un “nodo” más de la red de Salud Mental.

¿Por qué cada dispositivo es tomado por separado? Si bien cada uno centra la actividad/tarea en la producción y creación de objetos, poseen una identidad singular en tanto: los trabajadores/as y usuarios/as que lo conforman, su historia, sus reglas y modos de trabajo que se da al interior del taller de un modo diferente al del siguiente. De igual modo, no son dispositivos cerrados, sino que cooperan en muchas otras situaciones que atañen al “Espacio Balcarce” en general.

“Hilos enredados” consiste en la producción textil de objetos dentro de las líneas “blanca” y “hogar”, estos son, repasadores, manteles, sabanas, etc. hechos a través del trabajo manual y de máquinas; y la categoría de “objetos de diseño” que elabora productos combinando diferentes técnicas y métodos (en este punto es dónde se produce la fusión con el dispositivo “Al divino botón” que hacía mochilas y riñoneras bajo el rubro “accesorios urbanos”). La terminación de un producto requiere de muchas tareas que son repartidas, como cortar telas, remachar, controlar la calidad, ponerle un precio, una etiqueta. Posee sus días y horarios de producción y también de venta, que generalmente es en los espacios de ferias que son ofrecidos por la municipalidad¹⁸, a través de pedidos o encargos y eventualmente en el mismo local. En lo cotidiano es un constante de definir modalidades de trabajo, roles, técnicas, métodos, dónde y cuándo vender, quiénes van a ser parte de la próxima feria que acontezca, obtener la materia prima para producir. Esto no quiere decir “no-organización” sino una forma de organizar el trabajo de manera dinámica y colectiva.

“Café con leche” se dedica a la producción de remeras, imanes, calcomanías, tazas sublimadas, cuadros, fundas, etc. mediante la técnica de serigrafía textil a través de medios manuales y también maquinarias. La modalidad de venta es como en el anterior, en las ferias municipales y particularmente bajo encargo, así como también la concepción del trabajo cotidiano en un permanente intercambio de roles.

18

“Ferias Muy Rosarinas” es un programa de la municipalidad de Rosario que habilita en diferentes plazas y espacios públicos ferias de artesanías, manualidades y arte popular.

El “Tocadiscos” es *“un dispositivo que trabaja a través de disparadores culturales que abren a la comunicación, integración, reconocimiento, refuncionalización de espacios barriales y refuerzo de lazos entre pares y con los efectores de salud”* (Dirección Provincial de Salud Mental). A diferencia del resto, no se enfoca en la producción material de objetos, sino que es un espacio de creación a través de encuentros como, por ejemplo, escuchar, analizar e interpretar políticamente la música que se va seleccionando en diferentes encuentros. Aunque la actividad propiamente dicha no es la producción material, se constituye junto con el resto como un dispositivo cultural.

En cada dispositivo en particular se conformaron equipos; “Hilos enredados” está conformado por María del Mar (tallerista) y Mayra (acompañante terapéutica). “Café con leche” cuenta con Maximiliano (tallerista) y Julián (acompañante terapéutico) y Tocadiscos está integrado por Agustina e Isabel (psicólogas). Los y las trabajadores/as son provistos/as (a través del tiempo y formalización del lugar) por la planta del Estado, y la coordinación general de éstos pasa a través de la Dirección Provincial de Salud Mental.

En las entrevistas destacan el trabajo al interior del Espacio Balcarce como un trabajo colectivo *“que tiene que ver con el “cómo” en esta producción colectiva (donde cada uno pone a jugar lo propio para entramar con el otro un proceso, con los otros, las otras) empiezan a aparecer movimientos que permiten proyectarse. En el diseño de algo poder elegir, combinar, ir más allá de lo que me está pasando ahora, en comparación con la lógica manicomial donde “todo es presente” parecería, como que está detenido en el tiempo”* (Mayra, 2019) La actividad imprime un nombre propio sobre el objeto, permite tejer identificaciones individuales y colectivas, ya que el trabajo no se concibe sino en tanto lo grupal, esto se asocia a la cuestión “clínica” general que atraviesa cada propuesta.

Esta oferta cuenta con instancias de capacitaciones en el oficio. El “ingreso” se basa en acercar entre partes (es una tarea de coordinación entre equipos de salud) una propuesta para aquél o aquella interesado/a en lo que cada dispositivo ofrece, y a partir de ello pueda concurrir a la instancia de capacitación (suele durar dos o tres meses) que puede derivar en el posterior ingreso al grupo de trabajo. No es un “filtro” de quién es o no es apto para la tarea, sino que el proceso de algunos puede acotarse al aprendizaje, a adquirir los saberes del oficio en un determinado momento, y algunos otros pueden proyectar a través de esto el deseo de seguir participando de uno u otro espacio.

Una idea que alimenta este espacio es la cooperativa que, si bien no posee la formalidad “en los papeles” de ser una cooperativa inscrita, o, por ejemplo, emitir factura (sí son reconocidos en un marco legal e institucional a partir de las resoluciones otorgadas en dicho carácter en 2015); utiliza este principio en muchas cuestiones, como la socialización del intercambio en espacios comunitarios (ferias) y el reparto del dinero no sólo como ganancia individual sino en términos colectivos. La actividad cotidiana se halla regulada por ciertos acuerdos con respecto a la asistencia (poseen días válidos por enfermedad o asuntos personales) y el reparto del dinero (en función de la participación y orientado al

reabastecimiento de la materia prima de trabajo, o concentrada a veces en un fondo común para ciertas necesidades del grupo, o repartido a fin de año como aguinaldo).

La idea de un espacio de autogestión es el desafío por lograr. La situación contextual es un condicionante en términos de dificultades para obtener ingresos (dada la actualidad económica desventajosa) y los recursos con los que cuenta son obtenidos a través del Estado (presupuesto asignado mensualmente por la Dirección Provincial de Salud Mental/Ministerio de Salud y la Secretaría de Inclusión a través de programas de becas que otorgaban dinero o insumos) y de donaciones de terceros (en un momento trabajó con una ONG). Claro que la obtención de esto no ha sido desde el comienzo sino a través del tiempo a medida que los dispositivos se iban formalizando cada vez más.

Estos dispositivos coinciden en un mismo espacio por la necesidad del traslado, desde el lugar que ocupaban antes. Uno provenía del centro cultural aledaño al manicomio, otro en una vivienda asistida y otro puede verse en centros de salud. Los entrevistados coinciden aquí con la premisa para constituir estos espacios, que deben estar separados de la estructura manicomial.

Durante la entrevista se plantea el tema “dispositivos” en términos si se consideran o no como uno, y si no lo hacen, de qué manera se perciben. Mayra cuenta que asocia el término en relación al “cómo” de la práctica dando cuenta de algo sostenido en el tiempo, con un número de personas que participan, horarios, días, una actividad o propuesta. Julián dice que *“es una palabra que está muy de moda –yo soy estudiante de psicología- y por el momento dispositivo es “todo”* y hace hincapié en las prácticas instituyentes que hacen de aquél un dispositivo “funcionando” basado en la escucha y en poner en escena cuestiones que no circulan en otros espacios (el hospital). Por ejemplo, relata que el conflicto desde la lógica del manicomio es resuelto con una medicación o castigo y ello en este escenario es diferente, el sujeto tiene su lugar en el espacio, puede expresar en él alguna situación que lo esté afectado, el lugar es un lugar de permanente escucha pero que no olvida la actividad productora de objetos.

En el cotidiano el acuerdo no pasa por una segmentación en las tareas, el tallerista no se limita a la intervención desde la cuestión técnica ni el acompañante se refugia todo el tiempo en la mirada clínica. La cuestión más “sana” del trabajo es el constante replanteo, las instancias de reuniones, el detenerse y reflexionar en pos de una retroalimentación del trabajo. La comunicación y las decisiones también son articuladas horizontalmente, no hay una “bajada de línea” de tal o cual técnica o trabajo a realizar, se basa en propuestas, en ideas, en importaciones de otros ámbitos artísticos y técnicos.

Otro de los aspectos a indagar fue la posición de los dispositivos (encarnado en los trabajadores/as del mismo) con respecto a la situación actual basada, por un lado, en la red que constituye de política social provincial y local, y por otro a nivel de coyuntura nacional.

A partir de esto, indican algunas reflexiones y críticas para pensar también a futuro. Las primeras experiencias han pasado en gran parte por la responsabilidad de los trabajadores (este puntualmente no es caso, pero muchos de ellos han provenido de instituciones hospitalarias) de construir modos diferentes a los convencionales traducidos en ofertas para los usuarios/as que transitan el campo. A raíz de esto, como trabajadores del Estado consideran fundamental su lugar en la construcción de política pública. Por otro lado, manifiestan que actualmente, dada la gran cantidad de dispositivos que se han ido construyendo, existe una falencia en tanto el conocimiento mutuo entre equipos y dispositivos e instituciones. Habría una falta de información públicamente socializada sobre cada espacio, que descansa más que nada en el saber o dato que puedan aportar los mismos trabajadores de esos lugares.

Siguiendo la línea de las políticas públicas, hay una crítica también a la falta de planificación por parte del Estado sobre la cuestión del manicomio. *“En este momento, como están las cosas, nosotros estamos yendo a una línea que no es dispositivo “sustitutivo” sino alternativo: los manicomios no se están tocando. Llegaron a un punto en el cual no se tocan más”* (Julián, 2019). Ha habido en las últimas dos décadas una importante disminución en el número de usuarios dentro de los hospitales, sin embargo, hay un núcleo que ha quedado “fijo” y que, por diversas razones, por demás complejas, no se han terminado por cerrar como la ley indica, sería el año próximo (2020). La reflexión consiste en que los espacios no podrían ser sustitutivos sin tocarse el punto más difícil, que está en los manicomios.

EL HORNO ESTÁ PARA BOLLOS.

El *“emprendimiento gastronómico y espacios de formación”* (Dirección Provincial de Salud Mental) llamado “El horno está para bollos” nace, en las palabras de Yanina –trabajadora social coordinadora y una de sus fundadoras-, como un “experimento social” con pretensiones de ser un proyecto, cito, *“revolucionario, que se desarrolla en el marco de todo un diagnóstico previo realizado”*.

El proceso temporal que llevó a la constitución del “Horno” podría separarse en tres etapas: sus comienzos durante 2017, la consolidación durante 2018 y el presente (2019) de cara también a los desafíos del futuro. Su origen descansa en la idea de dos trabajadores sociales, Yanina y Martín, que en un determinado momento se juntan con la idea de proponer este proyecto gastronómico ante la Dirección de Salud Mental, en 2017.

Este “diagnóstico previo” que menciona Yanina (quién venía de trabajar diez años en hospitales psiquiátricos) tiene que ver con una situación que en cierta forma enmarca la necesidad y la idea del proyecto. Este “eje” fue la cuestión alimentaria en los hospitales que deriva en diferentes experiencias. Relata el recurrente pedido por parte de las personas (en situación de vulnerabilidad social, económica y material) de ser contenidas por programas alimentarios, la escasez del monto otorgado por la Tarjeta Ciudadana y las pensiones, el cierre de comedores comunitarios, etc.

Dentro del hospital psiquiátrico “Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila” -donde trabajó Yanina- ocurre una situación particular, las viandas encargadas al servicio que distribuía los alimentos al hospital, pasan a entregarse juntas (la *comida* del almuerzo y cena) al mediodía “*para que no pasen hambre, básicamente*”, esto dio con un estado donde... “*primero ninguno volvía a comer a su casa, comían en las inmediaciones del hospital, y segundo, pasó de ser una regla excepcional a ser una regla cotidiana*”. Estos antecedentes, junto con el cese de actividad de Yanina en el psiquiátrico, sienta las bases del nuevo proyecto cooperativo cuyo objetivo y horizonte era armar las viandas, al principio, sin espacio físico ni materiales. Por otra parte, Martín provenía del Programa provincial Nueva Oportunidad, que consistía en la provisión de insumos y un capacitador (del Ministerio de Educación) a partir de una “oferta” de acompañamiento u proyecto, justamente, como éste.

En principio esto es proyectado como un dispositivo sustitutivo de capacitación gastronómica, dentro de la Dirección de Salud Mental y el Ministerio de Salud.

El lugar físico elegido para alojar este proyecto fue el Centro Cultural “La Toma”, cuyos referentes mostraron gran predisposición para brindar el lugar y las herramientas iniciales para la capacitación (espacio, sillas, cocina y un horno). A través del programa Nueva Oportunidad se compone un curso de capacitación donde inicialmente participan unas 25 personas provenientes del Hospital Agudo Ávila (en tratamiento ambulatorio e internaciones), algunos con el incentivo económico del programa y otros mediante la obtención de una “Ayuda Social por Única vez” (ASU) del Ministerio de Desarrollo Social reiterada durante los meses que duró la capacitación, esto se debe a que muchas de las personas no cualificaban en edad para el Nueva Oportunidad, por lo que se recurrió a esta otra asignación de dinero que pudo convenir darse más de una “única vez”. A todo esto, se le suma un docente de cocina, y dos acompañantes terapéuticas que a la vez eran psicólogas.

Conformado este marco de trabajo, comienza la capacitación a través de convocatorias y entrevistas a quiénes tuvieran interés, deseo o curiosidad con este aprendizaje. El curso se daba tres veces por semana, dos mediante el encuentro con la cocina, y otro llamado “tercer tiempo” destinado a la constitución del proyecto en una cooperativa de trabajo, que apuntaba hacia:

“No tiene que ver con la cuestión fenomenológica, si escuchaban voces... si veían angelitos... sino cómo ingresaban a lo colectivo, porque ya venían de espacios donde estaban lo suficientemente fragmentados como para pensarse unificadamente ese cuerpo; y poder entrar y salir del juego colectivo que proponíamos” (Yanina, 2019)

Se desarrollaron diferentes técnicas grupales, como el *presentarse cada uno*, juegos en “papelógrafos”, lluvias de ideas, etc. en relación a lo que iba sucediendo durante el cotidiano de la capacitación, por ejemplo, generar que se conozcan más o el trabajo en equipo. *“En base a eso se armaba lateralmente una dinámica que permitiera abordar una situación sin necesidad de nombrarla, que no quede la palabra como único recurso”* (Martín, 2019)

La primera contratación que tuvieron fue en octubre de aquél 2017, en el marco del día internacional de la Salud Mental, para realizar un catering (entrega de alimentos y servicio del mismo) en una actividad desarrollada dentro del Centro Cultural “Fontanarrosa”, y es aquí donde se presentan por primera vez bajo el nombre “El horno está para bollos: catering y eventos”, elegido a nivel grupal previamente. Todo lo que vino luego se fue dando del mismo modo, “experimentando” en términos de estar preparados/as para atender equis cantidad de gente, cocinar tanta comida, trasladarla, los proveedores, la receta, etc.

Durante enero del año siguiente la actividad permanece en un estado de “in pass” para luego retomar su curso en febrero, ya no sólo como capacitación sino como un grupo conformado para realizar el servicio de catering, el cual fue preseleccionado en este tiempo de entrevistas, devoluciones, y re-armado del proyecto de ese año. Se plantea la idea de una nueva capacitación (se vuelven a incorporar muchos usuarios/as que fueron dejando de participar en la anterior o que no habían podido asumir su rol en el grupo) esta vez con la propuesta de un convenio entre una fundación de nombre “EOS” y el programa Nexo Oportunidad (Ministerio de Trabajo) donde pasan a cobrar dinero por una beca en formación de oficio y con un docente de cocina del Ministerio de Educación.

El programa Nexo Oportunidad *“tiene como propósito acercar al ámbito laboral, mediante prácticas concretas, a las juventudes que hayan participado de la capacitación del programa Nueva Oportunidad o que formen parte de la población con mayor vulnerabilidad laboral... la propuesta prevé la realización de una experiencia laboral concreta de hasta un año de duración y un máximo de 20 horas semanales en distintas empresas... se busca fortalecer la trayectoria formativa, la adquisición de competencias laborales, desarrollo de aptitudes, conocimientos y habilidades útiles para desempeñarse en espacios de trabajo”* (Municipalidad de Rosario, junio 2019).

Comienzan a solicitarse cada vez más servicios de catering (40 o más estiman hasta el momento) en diferentes lugares, desde el programa Nueva Oportunidad, cárceles, la Dirección de Salud Mental, del Museo de la Memoria, distintos espacios que estaban dentro del Estado y los convocaban. Esto provocó la necesidad de contar con más personas involucradas, se agregaron turnos a la tarde y un nuevo profesor de cocina. *“Con los once de la mañana había todo un dispositivo armado para la constitución de la cooperativa y con los de la tarde pensando en una capacitación permanente que pudiera generar otros proyectos, no necesariamente el “Horno está para bollos”* (Yanina, 2019)

Actualmente el equipo de trabajo se encuentra compuesto por dos docentes de cocina (uno del Ministerio de Desarrollo Social y otro del de Educación) y cinco coordinadores acompañando las gestiones del espacio, quiénes llevan adelante semanalmente una reunión de equipo para abordar desde lo más práctico hasta el replanteo constante que permite leer y releer el contexto detrás del cotidiano.

Ese segundo año concluye con la incorporación -a modo de pasantes- de algunos participantes del turno tarde (capacitación) y, por otro lado, con la incorporación a la producción de las viandas encargadas por el Ministerio de Salud, quien había cesado contrato con el anterior servicio de catering. Presentaron un proyecto de cotización de estas viandas a dicho ministerio contemplando el almuerzo y cena, con servicio, y para cubrir todos los días del año, incluyendo feriados y fechas festivas; además de confeccionar un menú diverso, variado, elaborado y de calidad rondando en una cantidad de treinta y ocho por almuerzo y por cena.

Ya en el presente año, se incorporan nuevos recursos obtenidos a partir del Estado (sigue prevaleciendo el patrocinio de la fundación “EOS” y del Nueva Oportunidad) a través del Programa de Unidades Productivas.

“Acceder al programa que promueve el apoyo económico a unidades productivas conformadas o que integren personas con discapacidad, buscando a través del mismo fortalecer estas unidades de negocios para mejorar su inclusión en el mercado comercial formal, permitiendo potenciar la integración, autonomía y equiparación de las oportunidades de las personas con discapacidad en el trabajo (...) Se entienden estas unidades productivas en el marco de la Economía Social, es decir, emprendimientos productivos sustentables que emplean a Personas con Discapacidad, permitiéndoles mejorar significativamente su calidad de vida, a partir de un trabajo digno y reconocido” (Ministerio de Desarrollo Social, 2019).

El dinero obtenido (individualmente cada productor) es utilizado para la compra de equipamientos gastronómicos y remodelación del edificio. Mediante lo cual permite la obtención por parte del Instituto del Alimento la habilitación municipal, carnets y libretas sanitarias, a través del curso de manipulación de alimentos. La inversión de todo este dinero (unos noventa mil pesos) se dio colectivamente, los coordinadores contaban que todo fue proyectado a nivel grupal por los mismos emprendedores, entendiendo el desarrollo del emprendimiento a través de ese aporte, de la cooperación.

Este proceso que duró unos tres años demuestra la flexibilidad y temporalidad de las acciones características tanto del dispositivo como de la política social de desmanicomialización, se comienza con una vaga idea y deseo de incurrir en algo alternativo, de otro rubro, como la gastronomía, sin insumos ni espacio físico y desde cierta impronta clínica, y a lo largo del tiempo se van actualizando las metas y acciones; de la convocatoria, a la financiación, capacitación y actualmente el estado de producción y venta.

En este caso, la producción es un elemento central y es concebida como una construcción subjetiva del propio cuerpo como personal, que, en la colaboración de la actividad colectiva, construye la posibilidad de pensar al otro como un/a compañero/a, esto es la base en términos cooperativos. En lo cotidiano se trata de respetar la palabra entre todos los miembros del grupo, incluyendo por supuesto a quienes coordinan o dictan la

actividad/curso de cocina. El conflicto estará siempre, pero a la vez es natural, permite instancias de decisión, de acordar en ciertos términos (por ejemplo, qué ingrediente utilizar y que otro no, y por qué razones) entre cada actor, se ponen en juego deseos e intereses, es un intercambio constante. *“No hay capataz, no hay mandamás, no hay quien sepa más que el otro. Sí hay palabras más autorizadas, a veces somos nosotros y a veces son ellos mismos”* (Yanina, 2019).

El “marco jurídico” del grupo todavía no ha sido constituido en éstos términos, por el momento es un proyecto gastronómico, *“un experimento social que dio resultado y frutos en relación a la posibilidad de establecer vínculos entre ellos (y solidarios) fundamentalmente desde poder registrar el mapa corporal, el mapa colectivo, con quién me siento, quiénes están a mi alrededor”* (Yanina, 2019).

Una reciente modificación en la ley permite a las personas con certificado de discapacidad poder inscribirse como cooperativas (de usuarios de Salud Mental) resguardando el derecho a la pensión que quizás antes podría ser perdido. Esto es una puerta hacia otro nivel de formalización, sin embargo, entienden que no es aún el momento de maduración colectiva tal como para pasar a ese nivel de inscripción. La situación actual es un estado de condensación de propuestas, de trabajar en diferentes mini-grupos, diferentes días y turnos, de seguir desarrollando la pertenencia mediante el rol, el “saber hacer”.

Ahora bien: sobre la cuestión “dispositivo”. Durante la entrevista Yanina comenta que, en términos administrativos, lo que comienza siendo pensado como un dispositivo sustitutivo al manicomio se constituye a medida que va avanzando la práctica en el tiempo en una cooperativa que ya no puede vincularse estrictamente a la salud, sino que se inclina más del lado de la producción. Posee una dinámica que lo sitúa como un dispositivo sustitutivo que forma parte de la red de Salud Mental (que además recibe aquella población y no otra), aunque, al interior dado su particular desarrollo es concebido como una cooperativa en miras de adquirir cada vez más formalidad en su personería. En la tarea que apunta, ya se deja de concebir al sujeto como usuario/a o paciente para hablar de emprendedores/as o productores/as; de igual modo, esto no implica que se abandone la mirada clínica orientada al trabajo con respecto a problemáticas de salud mental o sociales. Esta mixtura se refleja también en la conformación del equipo de trabajadores/as, conviviendo maestros cocineros con trabajadores/as sociales y acompañantes terapéuticas.

Concluyendo, si sabemos que las problemáticas de Salud Mental implican un abordaje integral, una experiencia como esta se incluye de manera dinámica efectivamente como una cooperativa gastronómica que aporta al proceso de sustitución de la lógica manicomial. De esta manera se toman con flexibilidad elementos de lo productivo y de la Salud Mental que arrojan algunas complicaciones. Por ejemplo, un “entrecruzamiento” ministerial al momento de mantener reuniones tanto con el Ministerio de Educación, Salud y Desarrollo Social, el Ministerio de Trabajo y el Nueva Oportunidad, cada uno con una lógica muy particular y en diferente sintonía entre sí.

Otro desafío es poder abordar una población que, de alguna forma u otra, al pasar por cualquier instancia del hospital psiquiátrico, lleva consigo ciertas marcas subjetivas que han calado muy profundamente y acontecen en las actividades. Es un desafío constante el trabajo aquí, un formato territorial no es compatible con la internación, por lo que, a raíz de algún problema, una crisis o lo que fuere, implique que algún participante deba volver al hospital, “*eso hace que todo lo que se trabajó se borre automáticamente*” cuenta Yanina.

En un momento del trabajo mencioné que todo parece ser dispositivo en Salud Mental, este caso en particular demuestra el carácter dinámico y temporal que tiene la política de Salud Mental, donde una primera iniciativa entra en metamorfosis y se construye como un proceso que va planteando metas y acciones para cumplirlas, con un horizonte mantenido desde el principio que es brindar una intervención y espacio sustitutivos al manicomio para los/as usuarios/as. Aquí aparece “El Horno” oscilando entre el emprendimiento gastronómico y el dispositivo sustitutivo, entre la Salud Mental y la cooperativa productiva.

POMELO EN EL PATIO.

El denominado “Centro de producción e intercambio Pomelo en el patio” entra dentro de esta categoría de dispositivos productivos, pero de un modo singular. “*Este espacio acompaña los procesos de salud de usuarios externados de los hospitales monovalentes así también cómo usuarios de los efectores de primer y segundo nivel de la red de salud pública*” (Dirección Provincial de Salud Mental). De este fragmento vale enfatizar el término “proceso de salud”, que aparece en el cotidiano del trabajo dentro del espacio que nace en el año 2006 y actualmente reside su segunda sede física.

Formalmente nace a partir del programa provincial de “sustitución de lógicas manicomiales” que data del 2004 en el marco del surgimiento de los dispositivos sustitutivos. Aparece como proyecto dentro de un grupo de personas que venían trabajando en el hospital psiquiátrico, por supuesto, con la idea de que la propuesta sea construida por fuera de éste.

El eje que lo atraviesa es la producción, una producción subjetiva que no se reduce a objetos materiales, sino que contempla otro tipo de producciones desde el arte, la expresión, literatura, etc. Posee diversos talleres a cargo de un o una tallerista (docente en oficio) que constituyen el medio o la tarea mediante el cual se produce un aprendizaje. Es al mismo tiempo producción y formación. Estos talleres dictados en días y horarios determinados son: en relación a la confección y ensamble de un objeto material se encuentran los talleres de moda (confección de prendas), de cuero (se producen bolsos, billeteras y demás objetos de éste material), de cerámica (tazas, platos, vasos, mates, vasijas, adornos), de papel y reciclado (ornamentos, cuadernillos, agendas). Existen otros que, como dije, no concluyen en un objeto puntual, sino que son expresiones que se perciben por otros sentidos, siendo el taller de paseos (salidas recreativas orientadas culturalmente recorriendo diferentes lugares de la ciudad), de fotografía (es reciente), de percusión (no sólo es la práctica en grupo de la música, sino que también producen instrumentos, “Tucúm Patá” es el nombre del grupo conformado,

o podría decirse, “la banda”) y la reciente biblioteca que nace a partir de otro taller, el taller de lectura, y que está abierta diariamente. Con otro formato, funciona allí el “espacio de ventas” donde se exhiben y venden los productos.

Desde el comienzo se ha ido construyendo una referencia para las personas que participan o transitan en el lugar, cuyo paradigma se sitúa de principio hasta el día de hoy en un enfoque de derechos. Comenzó siendo un dispositivo sustitutivo bajo la lógica que estos han sido pensados, actualmente la situación es diferente –ha crecido mucho-, las características que hoy presenta (y trece años de existencia) permiten llevar el análisis de este lugar llamado como “institución”.

La producción es vista como un medio ligado al aprender, al empoderamiento, la autonomía, el lazo, etc. Fernanda (coordinadora y acompañante) cuenta que *“si bien contiene toda una pata” –soporte- productiva no podemos considerarlo productivo desde el momento en que una persona puede tardar hasta un año en hacer su primer objeto, o no el primero, cualquier objeto, cosa que en un espacio netamente productivo no podría suceder”*. En la misma entrevista, la otra coordinadora, Alejandra, comenta que el transitar de los usuarios es un continuo incluir gente, y gente que deja de venir dejando también su producción, sus objetos.

Las personas llegan a la institución a través de la coordinación y gestión mediante los equipos de referencia dentro de la red de salud, la apertura se basa en el aprendizaje, el interés y el deseo de participar. “El Pomelo” se constituye en una referencia más dentro de la singularidad de cada proceso individual del usuario/a, así como también sus referencias en otros efectores de salud; y esto se encuadra en el trabajo entre equipos.

Entonces, la oferta contempla al acompañamiento del proceso de salud, a través de los talleres que facilitan el aprendizaje y la pertenencia grupal (ya que es una producción colectiva) para habilitar el encuentro, los lazos, relaciones; no sólo con las personas sino con la producción misma, que no se limita a lo técnico, sino que pasa por lo creativo de cada uno/a. Los objetos tienen formas, colores, decisiones en ellos, al igual que la fotografía que se toma (y por qué), y al igual que la impronta que se aprecia al tocar un instrumento.

Aquí haré una breve pausa para hacer mención a algo en particular que despertó gran interés, esto es, la producción musical, producción de algo intangible, pero a la vez un objeto del cual uno puede apropiarse, como hacedor de la misma o como público. La premisa de esta actividad es que va más allá de un cuerpo sincronizado operando un instrumento, es un cuerpo visto desde la subjetividad, una subjetividad que no puede construirse si no es en grupo, colectivamente, de personas interesadas en lo mismo. El grupo “Tucúm patá” por ejemplo, está abocado a la percusión, esto implica una constante coordinación, intercambio de tiempos y roles, y diferentes instrumentos que no puede llevarse a escena si no es grupalmente.

La cuestión es concebir la experiencia musical como experiencia intersubjetiva, entre subjetividades compartiendo mucho más que sonidos, compartiendo historias, culturas. Es (al igual que sucede en los otros talleres) más que hacer algo que “a uno le gusta”, es también ser reconocido en base a ello y remunerado, independientemente del tipo de producción que sea, lo importante es que cada elemento ofrecido posee un valor.

“La producción de nuestra subjetividad se da desde diferentes cuerpos que se organizan nuestros espacios subjetivos. La música es una experiencia que se construye y vivencia. Es intrasubjetiva, pero se constituye permanentemente en lo intersubjetivo y lo transubjetivo” (Vainer, 2017, p. 37).

Volviendo a la descripción: el equipo de trabajadores que compone el espacio abarca aquellos/a coordinadores/acompañantes (trabajadora social, psicólogas) y los docentes en cada oficio. Existe un espacio de reflexión grupal una vez por semana. En este marco posibilita una reunión de equipo destinada a compartir experiencias, reflexiones, ideas, discusiones, y un constante re-trabajo frente al cotidiano “fugaz” de un continuo pasar de personas, sistematizar la concurrencia a los talleres y el armado puertas afuera de los eventos y actividades. Esta característica se repite en los demás espacios investigados, y tiene que ver en gran parte con el ejercicio de interpelación profesional y de las prácticas.

Como en sus pares dentro de la red de Salud Mental, lo producido no queda sólo allí, participan en actividades que son invitados, en las ferias de la municipalidad, eventos, tanto del ámbito salud, del estado y otras organizaciones, por ejemplo, una biblioteca popular o con gente de economía solidaria. Así como participan de actividades organizadas por diferentes entidades llevando sus producciones, cada fin de año se realiza una actividad donde se corta la calle Zeballos y cuya invitación se extiende para toda la comunidad y los demás actores de la red de salud, allí los talleres exponen sus producciones.

La adquisición del oficio también permite que las personas puedan producir por su cuenta y armar un propio circuito de emprendimiento, por fuera del lugar, o como un “hobbie”. El reparto del dinero de lo obtenido es colectivo y el canal es el mencionado espacio de ventas. Éste posee un grupo de vendedores cuya tarea –además de la mantención y organización cotidiana del espacio- que reciben al público al interior del local o por fuera, en los eventos y ferias. El dinero obtenido se reparte porcentualmente entre el productor y el encargado de vender el producto. En este caso no se redirige al abastecimiento de insumos, esto corre por cuenta del aporte del Ministerio de Salud.

Luego de esta breve descripción general, toca reiterar la cuestión “dispositivo” en este caso. Este nombre pudo haber encajado con mayor precisión en los comienzos del lugar, en otra ubicación (mucho más acotada en términos edilicios que la actual), con muy pocos talleres en ese entonces a diferencia de ahora.

Se ha ido forjando un proceso de construcción desde un dispositivo innovador en su momento, a una referencia institucional muy importante dentro de la red que cuenta con una

estructura propia, autónoma, con su propia organización, normas, y decisiones que dan forma a un mundo institucional singular (y además el reconocimiento de legitimidad por parte del Ministerio de Salud) que se rige claramente por ciertos principios como los del derecho y la ciudadanía.

El “Pomelo en el patio” ha llegado a ser una institución que *“todos los años se renueva. Hay una propuesta de talleres y oficios, pero también podemos pensar todo el tiempo cosas nuevas que surgen desde el grupo de trabajo (de los trabajadores como muchas veces de las personas que participan en los distintos talleres), límites tenemos miles (aparecen) pero también eso hace a las instituciones, a los espacios, te permite pensar... es una institución que en ese sentido avanza”* (Alejandra, 2019).

Quiero ir cerrando el capítulo recuperando aquellos puntos en común y diferencias entre cada caso. En primer lugar, todos forman parte de la red de Salud Mental dependiendo del Ministerio de Salud provincial y más precisamente, de la Dirección Provincial de Salud Mental y están orientados hacia la política de desmanicomialización que prevé estos lugares para recibir a la población de usuarios/as y trabajar en base a ella rescatando su capacidad participativa en cada proceso de salud individual y grupal.

A modo de antecedente para la selección de estos casos tomé un documento facilitado por la Dirección Provincial de Salud Mental que define y enumera los “dispositivos productivos” como *“aquellos que tienen la finalidad de producir subjetividad y salud, a través de lo productivo/laboral en el sentido amplio del término. En dichos dispositivos participan usuarios de los servicios de Salud Mental que son derivados tanto de hospitales como de centros de salud y otros efectores e instituciones de la comunidad”* (Dirección Provincial de Salud Mental).

En este material se mencionan los dispositivos con los que cuenta la provincia repartidos por el territorio de la misma, con un breve detalle de las actividades, dónde se encuentran, los/as trabajadores/as que allí desempeñan sus funciones y un medio de contacto para cada sitio. Estos dispositivos poseen -en las palabras del documento- un sentido clínico basado en el trabajo como un derecho, considerado como una actividad generadora del lazo social, dignidad humana, autoestima, autonomía. Cuestiones indispensables para la producción de subjetividad, sociedad y cultura. La coordinación de cada uno, aclara, descansa en equipos interdisciplinarios.

En los casos vimos que se cruzan dos improntas, una sería en términos generales la clínica en Salud Mental y la producción del lado de la artesanía, lo cultural y colectivo otra; variando según lo singular de cada uno por supuesto. Quizás el “Pomelo” guía en mayor medida su práctica por la clínica que “El Horno” que se encuentra más apegado a lo productivo en su noción de cooperativa. Cada experiencia, lugar y actores es “un mundo” por lo que la comparación sobre lo que ocurre al interior de cada uno no representa aquí un objetivo, sí pudo contemplarse que poseen diferentes grados de representación, por más que

se hable de todos como dispositivos, es decir, uno posee varios dispositivos compartiendo un espacio físico que no alcanza a formalizarse aun como institución, otro oscila entre ser un dispositivo y una cooperativa de trabajo o un poco de ambas y el último sí es una institución de gran autonomía que aloja no micro-dispositivos sino talleres que hacen al “todo”.

Ahora bien, fue de mi interés seleccionar un elemento que de antemano conocía de cada lugar y que además se encuentra explícitamente en el documento de la Dirección Provincial de Salud Mental traído, esto es, la producción. ¿Qué tipo de producción?, ¿Cómo incide la cuestión laboral o del trabajo?, ¿qué relación existe entre el trabajo y la salud?

LA “PRODUCCIÓN” EN SALUD MENTAL.

En este apartado haré un breve análisis de la actividad productiva o *trabajo* en Salud Mental y bajo qué lógica opera este elemento en los casos seleccionados comenzando por los orígenes históricos de esta relación, que se remonta al siglo XIX donde aquellas dos viejas instituciones confluyen en un mismo escenario: el poder psiquiátrico y el trabajo, cuyo método es conocido como la “laborterapia”.

En el primer capítulo se vio que con la crítica al modelo asilar y su estatuto de verdad comienzan a producirse rupturas y virajes hacia la “Salud Mental” que comienza a tomar nombre. Se intenta en un momento sustituir el hospital psiquiátrico clásico por la Colonia (que rápidamente sufrirá la sobrepoblación) y es en ella donde se instala con fuerza aquella terapia.

El término “colonia” proviene del trabajo agrícola como pudo verse a lo largo del tiempo en el feudalismo, la esclavitud o la colonización. Es un trabajo que implica una importante utilización de fuerza humana y está sometido a condiciones poco saludables. Se comprende la posibilidad de sacar una ventaja en base a todo un ejército de reserva –vistos como individuos poseedores de fuerza de trabajo- que además coincide en un mismo espacio físico que era el asilo. Esto también representa una característica espacial del manicomio, su ubicación geográfica en el campo, lejos de lo urbano.

“Esta “colonia” está compuesta por una cierta cantidad de pensionistas del asilo, que tienen capacidades de poder trabajar; y con el pretexto de que pueden ser útiles y que el trabajo, de todos modos, es beneficios para su curación, se los somete a un régimen muy estricto de labores agrícolas” (Foucault, 2003:148).

El trabajo fue pensado como una actividad terapéutica, y no sólo dentro del asilo, sino también bajo otra institución total como la prisión, donde se creía el trabajo como cierta obligación o castigo moral; el delincuente debía subsanar frente al “mal” o sobre aquello que le había quitado a la sociedad delinquiendo, de igual modo, se le cargaba al “alienado” la responsabilidad de costear su estadía en el asilo encubierta bajo la idea de la sanación.

“¿La utilidad del trabajo penal? No un provecho, ni aun la formación de una habilidad útil sino la constitución de una relación de poder, de una forma económica vacía,

de un esquema de sumisión individual y de su ajuste a un aparato de producción” (Foucault. 1975:281).

Esto no ha sido más que otro mecanismo de medicalización que absorbe un aspecto común de la vida y lo codifica a través del discurso médico otorgándole un sentido particular para obtener de éste una utilidad propia. Una notable diferencia es que todo trabajo debe de ser remunerado (de lo contrario se está frente a la explotación) y eso no ocurría. Tampoco había relación alguna de trabajo, siendo éste obligatorio, porque directamente la fuerza de trabajo de la persona no era libre. Esta situación era encubierta mediante estrategias propias de una institución total, ofreciendo un sistema de privilegios, premios, castigos, etc. Ni hablar que no estaba inscripto en el mercado formal, sino que era ficticio básicamente.

El cambio de paradigma ha implicado una reestructuración de las relaciones basadas en el trabajo, lejos de la mirada esclavista que se tenía en el pasado. Hace ruido, sin embargo, la cita de Foucault, que amerita preguntarse si actualmente la utilidad del trabajo en salud mental es una forma económica vacía, o más precisamente, si se acerca o aleja más con respecto al trabajo real (formal).

La postura de la desmanicomialización se aleja de aquella concepción de la laborterapia, concibe al trabajo de modo distinto.

“La desinstitucionalización es sobre todo un trabajo terapéutico dirigido a “reconstruir la persona” como sujeto, no apuntando a una “cura” o una “solución” (ya que el sufrimiento psíquico quizás no se anule) sino situando el punto de transformación en la vida concreta y cotidiana” (Rotelli, 2014:36).

El trabajo dentro de una propuesta de desmanicomialización apunta a desarrollar una actividad donde entran en juego capacidades y aprendizajes que pueden ser puestas en práctica y sintetizadas en un objeto o producción que generalmente es cultural, social o artística, como en los casos. El énfasis está en la movilización de recursos y aprendizajes de cada sujeto puestos de manera innovadora y creativa en la producción, obteniendo en el dispositivo o institución aquellas herramientas que el mercado formal no brinda.

En cada caso visto la actividad productiva está en mayor o menor medida ligada al proceso terapéutico de cada sujeto, pero en tanto su desarrollo, son reconocidos los derechos y libertades para cada uno. Por ejemplo, los días de enfermedad o el aguinaldo de “Espacio Balcarce”, la re-inversión colectiva para insumos o materia prima de “El Horno”, la posesión del porcentaje de venta del productor de cada objeto en “El Pomelo”.

La convocatoria a este tipo de actividad para la población en Salud Mental coincide con la postura de garantizar el derecho a trabajar en condiciones dignas y accediendo a una remuneración, no obstante, la mayor dificultad radica en la imposibilidad del acceso al mundo real del trabajo para estas personas.

También la producción es movilizadora por los valores del cooperativismo y la solidaridad, y se destaca la estrategia de trabajar en conjunto con la Municipalidad bajo el programa de “Ferias Muy Rosarinas” que *“son una expresión de la diversidad cultural no sólo respecto a los objetos que dan identidad a cada una de ellas sino también en referencia al modo en que cada uno de esos objetos y sujetos que la habitan se relacionan con la ciudad, sus habitantes, sus costumbres, sus paseos”* (Municipalidad de Rosario); así también con respecto al Nueva Oportunidad.

Este tipo de experiencias intentan romper con los estereotipos y redefinir el sentido de la relación trabajo-salud que se origina en las Colonias, esta *“capacidad de modificar imágenes y representaciones de la enfermedad mental y del enfermo, tanto en la población como en los referentes de nuestra acción cotidiana y en los operadores mismos”* (Rotelli, 2014:133) es la respuesta al imaginario donde el *paciente* o el *loco* o *alienado* es incapaz, inválido, que merece ser asistido por dichas cualidades.

El trabajo cooperativo y solidario es una estrategia de emancipación, *“deja de ser una actividad terapéutica (prescripta, orientada, protegida), o deja de ser una forma de simple ocupación de tiempo ocioso, o, también, una forma de sometimiento y control institucional, para volverse una estrategia de ciudadanía y de emancipación social”* (Amarante, 2007:91).

Estos dispositivos surgen en principio como ideas y experiencias de las prácticas, en general, de los actores trabajadores/as y usuarios/as pertenecientes al campo. Dando lo visto con las entrevistas, este movimiento es de abajo hacia arriba, y se comprende como un proceso temporal e histórico, cuyas condiciones para el surgimiento responden a la coyuntura de cada momento. Existe el aporte y apoyo por parte del Estado, así como el trabajo con diferentes programas y sectores, algunos casos perciben mayor grado de formalización que otros y poseen relaciones más o menos tensas. También son comprendidos como experimentales, parten de algunos fundamentos obtenidos del campo cultural y productivo, pero son experiencias singulares e inéditas en Salud Mental que no plantean metas y objetivos de antemano como la política “clásica”.

Marcan ciertas rupturas con el manicomio en las prácticas, en lo cotidiano de la actividad, los discursos, los saberes que circulan, en su estructura física, etc. Aportan al proceso más amplio de la desmanicomialización, pero, ¿sustituyen al manicomio? Con esta pregunta daré pie al cierre del trabajo, con las reflexiones finales, que implican una problematización en base a diferentes miradas de la situación en que se encuentra el Campo en general y cada caso en particular.

V. REFLEXIONES FINALES.

Ahora procederé con el cierre de esta tesina que creo ha sido un aporte hacia el continuo debate en Salud Mental sobre la desmanicomialización solventado por el análisis crítico de las ciencias sociales y el abordaje práctico de los casos investigados. Lo trabajado a lo largo del escrito consistió principalmente en analizar y problematizar la política sustitutiva y sus dispositivos poniendo ambos en contexto con respecto a su proceso histórico de surgimiento, desarrollo y sus desafíos; esto fue abordado mediante un recorrido teórico previo como se vio en los primeros tres capítulos.

En principio el análisis fue situado en el proceso histórico de constitución del modelo asilar con sus comienzos en la época alienista, momento en el cual la figura del hospital se transforma de ser un instrumento de la caridad para responder al problema político-social – la cuestión social- de la *locura* mediante la introducción del saber médico. La medicalización que absorbe bajo la esfera médica muchos problemas que no podían resolverse por las vías tradicionales encamina la consolidación de la emblemática institución –total- llamada asilo o manicomio. Mediante un proceso que no fue de un día para otro y frente a la superpoblación y agotamiento del manicomio (entre otras causas) comienzan a postularse reformas, dentro de las cuales se destacan la Antipsiquiatría y Psiquiatría Democrática en su carácter de crítica teórica al paradigma dominante, es aquí cuando empieza a hacer ruido el término “desinstitucionalización”, que será la antesala de la “desmanicomialización”, y ésta a su vez, del cambio de paradigma en el campo.

¿Por qué desinstitucionalización? Las contribuciones de la sociología crítica muestran que la realidad configurada dentro del manicomio como institución total es sumamente contradictoria, mientras intenta eliminar las causas de la *enfermedad mental*, produce y reproduce cada vez más rupturas en la subjetividad de las personas, convirtiéndolas en un mero objeto del experimento médico-psiquiátrico. Se entiende que revertir esta situación requiere de un viraje, un cambio de paradigma que ofrezca una alternativa.

Este primer momento del trabajo estuvo guiado por algunos interrogantes sobre conceptos muy aparentes como la salud y la enfermedad. Sin embargo, al realizar una lectura crítica en clave de las contribuciones de las ciencias sociales, se vio que la salud y la enfermedad no son causa y consecuencia ni un estado de ida y vuelta, que esta mirada de las ciencias naturales es muy escasa para explicar fenómenos tan complejos como los acontecidos en Salud Mental. Los conceptos que apadrinan la medicina y psiquiatría se explican en su propia razón, con un carácter de exclusividad y son centralizados, resultado de la articulación del poder con el saber. La llamada “locura” es una construcción, una tecnología donde se atribuyeron bajo este nombre las actitudes y comportamientos que no encajaban en el paradigma del orden o normalizador de la sociedad en el momento. Y la “enfermedad mental” que se creyó estaba siendo curada al interior del hospital en realidad se reproducía más y más.

Luego, en el segundo capítulo, se buscó una aproximación al campo de la Salud Mental desde diferentes aportes, por un lado, legislaciones y antecedentes, y por otro, corrientes o movimientos que contextualizan este nuevo paradigma que pretende sustituir el modelo asilar. Qué es la Salud Mental “en mayúsculas” fue la gran pregunta detrás de la recuperación de aquellos acuerdos, reuniones y discusiones con respecto al destino de la práctica en la materia proyectada desde tal momento hacia el futuro. Con mayor profundidad se reflexionó a través de las miradas de la Salud Mental Colectiva y la Atención Primaria.

La Salud Mental cuyo sentido adopta este trabajo tiene que ver con un proceso histórico, social y políticamente determinado que debe resguardarse y protegerse en su carácter de derecho humano. Para esto los servicios de salud no deben ser restrictivos, deben brindar no una, sino múltiples alternativas de abordaje para promover, prevenir e intervenir ante situaciones de crisis o padecimientos en los sujetos. Se diferencia de la concepción desde la lógica manicomial a través de su campo científico donde la medicina no posee la exclusividad de los saberes, donde se introduce la interdisciplina y el abordaje intersectorial, el cual se debe al carácter complejo de las problemáticas que no pueden abarcarse sólo desde el sector salud, sino que requiere se involucren otros tales como la educación, el hábitat, el trabajo, etc.

En los últimos dos capítulos el argumento se enfocó en una estrategia o proyecto dentro de la desmanicomialización: los dispositivos sustitutivos, partiendo del concepto central que fue definido en base a diferentes concepciones sobre el mismo. El dispositivo como productor y reproductor de cierta realidad social a través de las relaciones que configura tiene un gran potencial si se lo construye bajo una lógica democrática y no totalitaria como aquellos dispositivos de castigo del asilo. En lo sustitutivo la producción de subjetividad implica la participación del sujeto y un abordaje innovador que utilice múltiples estrategias por fuera de la clásica atención hospitalaria, ya sea en las prácticas, en un dispositivo o una institución, que pueden ser analizadas procesualmente y no como compartimentos separados, cosa que se ha ido comprobando en el estudio de los casos.

Entonces se ha comprobado que no todo es dispositivo, que se entienden como procesos que pueden nacer de experiencias, prácticas o quizás al interior de una reunión de equipo de algún servicio de salud y que van alcanzando mayores grados de reconocimiento, estructura y recursos a través de la política social (de la Dirección Provincial de Salud Mental siendo el caso local) que les permite formalizarse como dispositivos, instituciones, emprendimientos, dado el carácter flexible y temporal del desarrollo de cada experiencia que habilita el tipo de política llevada a cabo por el Estado y sus trabajadores/as.

La reflexión de cierre de este trabajo consistirá ahora en explicar la aparición de estas experiencias novedosas tomando como vehículo el proceso de crisis de las instituciones y, al mismo tiempo, en repensar la política social de la desmanicomialización con sus dificultades y desafíos, sin olvidar que el manicomio aún sigue existiendo.

En las últimas décadas las instituciones tradicionales (escuela, familia, las profesiones, el hospital) han entrado en crisis y mutado en diferentes tipos de organizaciones. Una de ellas, el manicomio, ha perdido grados de centralidad en la escena, cuya variable ha sido la reducción de camas a contraparte de la expansión de la red ambulatoria. La pregunta es cómo han aparecido todos estos dispositivos, casas asistidas, centros de día, clínicas privadas, centros culturales, espacios de formación e instituciones como servicios de Salud Mental y por qué no han podido reemplazar o desplazar al margen de la escena al hospital psiquiátrico.

François Dubet (2002) explica que el trabajo instituyente de socialización por parte de las instituciones tradicionales como encuadre moral y que servía para el desarrollo de una subjetividad arraigada en la tradición, la formación y cierta constitución de roles ha sido desplazada por una construcción de tipo inventiva de la identidad. Hoy se acontece a la multiplicidad de los roles, las rupturas y diferentes experiencias que atraviesan los sujetos. Esto se compatibiliza con el cambio cultural producto de las décadas de gobiernos neoliberales y el estado actual del capitalismo llamado globalización.

Se redefinen los roles de las instituciones y el papel del Estado coincide con lo que Deleuze (1991) señala como el reemplazo de las sociedades disciplinarias por las de control (Deleuze, 1991:1). Con este cambio de escena aparecen las redes, colectivos, movimientos sociales, dispositivos territoriales, alternativos, de emprendimientos, etc. que buscan trabajar *cerca* de la población.

La crisis de las instituciones no sólo produjo un nuevo campo de intervención en una sociedad de dispositivos de cercanía, sino que ha transformado las profesiones y los modos de trabajar en relación *al otro*. El paso de la disciplina al control tiene que ver también con la pérdida de legitimidad de la vocación profesional y la incorporación de nuevas perspectivas, profesiones y técnicas para abordar un mismo objeto. La mirada pasa por aspectos personales, singulares de la relación que ya no es médico-paciente, entran a jugar la escucha, técnicas creativas, la militancia y demás cualidades que no son exclusivas de la profesión. A esto se le suman también principios éticos-políticos.

Al mismo tiempo se producen cambios en los modos de concebir la acción pública a través de las políticas sociales. Dubet (2002) dirá que *“ya no es cuestión de concebir la acción pública como el agenciamiento de un programa por vía de una burocracia impersonal, sino de movilizar redes y grupos de actores públicos y privados encargados de alcanzar objetivos definidos como resultados más o menos mensurables”* (Dubet, 2002:75). Las acciones también cambiarán debido al proceso de descentralización de la salud pública que trajo en su momento y hasta el día de hoy nuevas formas de gestión en el territorio incorporando en un esquema virtual de “red” una serie de elementos heterogéneos que reciben la misma población. Esto es una premisa para el surgimiento de las diferentes experiencias alternativas.

Tomé esta mirada teórica para llegar al caso de la política social sustitutiva del Estado provincial (Santa Fe) que se ha constituido en las últimas décadas de modo similar a lo que explicó Dubet (2002): las acciones no se planifican mediante un programa con vías burocráticas que estipula objetivos, metas y recursos, sino que serán acciones movilizadas por los diferentes actores con objetivos definidos temporalmente y mediante una continua experimentación, un “prueba y error” sobre lo que se hace y el sentido que van adquiriendo las prácticas. Esto que ocurre es similar a lo visto en la propuesta de la territorialización, sobre el carácter experimental del gerenciamiento. La planificación de las acciones se comprende en plazos cortos y no al revés.

La Dirección Provincial de Salud Mental, dentro del Ministerio de Salud, se encarga de girar recursos humanos y económicos dentro del campo; y auspiciar el surgimiento de nuevos espacios y garantizar el desarrollo de los que ya existen. Luego de haber investigado los casos, se puede ver que son experiencias que se construyen de “abajo hacia arriba” donde el motor son más los actores como usuarios/as y trabajadores/as del campo que llevan las propuestas a la administración que luego decidirá invertir o no en ellas. Este “elige tu propia aventura” caracteriza el surgimiento pasado y actual de dispositivos o instituciones que apuntan a sustituir el manicomio, a modo de espacios autodefinidos en base a la representación de sus protagonistas y las acciones que se lleven a cabo.

Otro elemento que se rescata de los lugares visitados y entrevistados permite superar la generalización y el uso frecuente de “dispositivo”, no todo lo novedoso es dispositivo, ni tampoco es un estado rígido que alcanza o que es requisito para hablar de lo sustitutivo. Aquí la contradicción dado que son concebidos todos por igual bajo ese nombre desde una mirada en red de servicios de la política social por parte del Estado. Analizar cada caso en particular permitió comprender los movimientos de constitución, transformación y procesual de cada experiencia. Los actores no sólo han sido trabajadores/as, usuarios/as y el Estado en un círculo “cerrado” sino que se ha incorporado el sector privado, las ONG y otros ministerios, esto es otra característica más del cambio de estrategia de las políticas, que supone incorporar diferentes actores, profesiones y técnicas (como los casos de talleristas, docentes en cocina, oficios, etc.) frente a un mismo objeto, y no la centralidad de una institución particular.

Sobre la cuestión productiva de cada espacio también puede hacerse una revisión en relación al rol de las políticas sociales. La idea de emprender y obtener dinero a través de la venta de objetos parece heredarse del neoliberalismo donde se pone la responsabilidad central en la persona, en sus habilidades, sus capacidades y herramientas, no obstante, el acceso a ellas se da mediante el reconocimiento del derecho a trabajar (contemplado como vimos en los diferentes acuerdos internacionales y leyes locales) para esta población que se ve afectada por la exclusión en diferentes ámbitos de la vida, uno de ellos, el acceso al trabajo. Al final del apartado de lo productivo del capítulo cuarto abrí el interrogante sobre la utilidad del trabajo en Salud Mental, si esto es una forma económica vacía, es decir, que no alcance lo

suficiente como para sustentarse y a la vez obtener una ganancia plasmada en el bolsillo de los/as productores/as; y qué tan lejos está -o no- del trabajo real-formal.

El tipo de “empresa social” que persigue cada lugar es diferente. En “El Pomelo” se remarca la actividad productiva en un segundo plano frente al proceso terapéutico, de igual modo el proyecto de institución. En “El Horno está para bollos” se persigue la constitución del espacio como una cooperativa con el mayor grado de formalización, y por eso se explica el trabajo en conjunto con el programa Nueva Oportunidad y el Ministerio de Trabajo. La “aventura” que ha elegido cada uno hará que proyecten de tal modo las actividades, metas, y también los desafíos y obstáculos que aparecen (si obtener mediante el dinero una ganancia y alcanzar la auto-gestión o mantener el “piso” que permita brindar las herramientas y espacios para el intercambio, es decir, subsistir). No se descarta tampoco que la herramienta adquirida en la capacitación pueda servirle a los/as usuarios/as para acceder al trabajo o actividades relativas por fuera del dispositivo, es más, ha habido casos –comenta Alejandra en la entrevista del “Pomelo”- de quienes deciden producir por su cuenta, vender sus objetos a cuenta propia o participar en otros espacios por fuera de los que participa la institución.

Otro fundamento que comparten ampliamente todos los casos es la construcción de subjetividad a través de la actividad productiva. Considero que lo productivo se inclina mucho más al sentido clínico del lazo que hacia el alcance de una sustentabilidad económica como empresa social.

“El lazo social, desde esta perspectiva, construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos. De esta manera, la intervención en lo social, transcurre, generando desde lo micro social el encuentro entre sujeto sociedad y cultura en cada circunstancia singular” (Carballeda, 2012:1).

Finalmente haré el cierre remarcando los avances, desafíos e interrogantes que han dejado este trabajo, tanto en su recuperación histórica como en el recorte práctico.

Estos dispositivos, pese a la existencia aún del psiquiátrico monovalente, muestran que una intervención distinta es posible y puede dar grandes frutos; tampoco hay que dejar de lado la posibilidad de modificar las relaciones al interior de aquella institución de modo que puedan generarse mejores condiciones para el pasar de quienes allí son enviados/as. Aunque siga vigente, considero que el manicomio en los últimos tiempos ha ido perdiendo centralidad en la escena, y en parte a esto se deben las alternativas que tienen la posibilidad o potencial de captar a todos aquellos usuarios/as que sin ellas su único destino sería la internación.

Otro avance importante se representa a través del cambio cultural que generan este tipo de experiencias, sobretudo, por fuera de los ámbitos “psi”, en los espacios de intercambio como ferias, exposiciones, muestras y al interior de los espacios físicos que se abren para el público (en el caso del “Pomelo” y el “Espacio Balcarce”); es a través de cada objeto,

artesanía o mediante prestar el servicio de catering (como en “El Horno”) que se intentan derrumbar las barreras culturales que marcan estereotipos y estigmatizan a esta población, favoreciendo la inclusión social de estos grupos.

Si se habla de avances, es palabra común -y también en las entrevistas aparece esta cuestión- considerar las leyes locales y sobre todo la Ley Nacional 26.657 como un sustento y cimiento para la práctica que no da por igual que esté o no esté. Esto no quiere decir que no tenga sus dificultades y críticas como las ya vistas. Estar bajo la órbita de la legislación hace que la desmanicomialización no sea sólo un movimiento de trabajadores/as y usuarios/as y otorga cierta posición para reclamar hacia el Estado los derechos que la ley reconoce.

Para concluir remarco un desafío inherente acerca del futuro con respecto a la posición que ocupan actualmente los dispositivos como política social en la coyuntura actual, que nunca puede dissociarse para el análisis.

“La complejidad de los problemas abarcados por Salud Mental hace que cada vez sea más difícil, a los técnicos de lo específico desvincularla del contexto cultural, social, económico, político. La salud mental es en este sentido sensible al sistema político” (Galende, 1994:190).

Me pregunto si el modo en que se encuentra configurada la política social de la desmanicomialización, así como la forma en que aparecen y se desarrollan los dispositivos, instituciones, emprendimientos, etc. ligados a la sustitución de lógicas manicomiales entran en alguna relación con respecto a la imposibilidad actual del cierre de los asilos.

Suscitan interrogantes acerca de si las acciones que se llevan adelante a corto plazo podrán terminar de una vez con el manicomio, o si es necesaria una planificación con mayor profundidad por parte del Estado y su política social, que, por lo visto, parece estar más inclinado al patrocinio de todo aquello que no sea manicomio que de la elaboración de un Plan, programa o proyecto sostenido en el tiempo y con el paso de las distintas gestiones de gobierno. Esto es un desafío latente y que es reclamado por los/as trabajadores/as del campo, la creación de un Plan Provincial de Salud Mental.

Esto último remite a otra cuestión clave para pensar un Plan. Esto es, la necesidad de llevar a cabo un proceso de investigación epidemiológica en el campo, y, sobre todo, en los dispositivos cuya información y resultados sólo se conocen si se está dentro de ellos o a través de algún material interno creado por sus miembros. Conociéndolos desde lo singular, sabemos de la capacidad que poseen, sin embargo, abstrayéndose a un plano general, ¿se sabe cuántos son?, ¿en qué ramas se dividen?, ¿en qué consisten?, ¿la población que aborda es la misma que con la que se trabaja en el hospital? Por ejemplo, el material facilitado por la Dirección Provincial habla de dispositivos sustitutivos productivos que forman parte de una red, pero luego en los casos vemos que algunos de ellos no son dispositivos, ni están centrados únicamente en lo productivo. El desafío sería dar a conocer en mayor medida lo

que la política concibe como un conjunto homogéneo de espacios no-manicomiales. Con esta ausencia, ¿podrán ser concebidos como sustitutivos realmente?

Para cerrar –parcialmente- el debate que acontece esta tesina, remarco como dice Galende (1994), que la Salud Mental es sensible al sistema político, por lo tanto, en esos términos se sitúa todo el campo y las discusiones en torno a éste y cómo se posiciona de cara al futuro. Creo que luego de haber hecho la tarea de historizar y matizar la Salud Mental política y críticamente se está en condiciones de plantear un debate en términos de la desmanicomialización como paradigma nutrido de muchas otras convicciones y valores como es la salud vista desde lo colectivo y en contrapartida de toda forma de mercantilización y medicalización, que actualmente pueden verse en ciertos discursos y prácticas; y la perspectiva de los derechos humanos.

“La temática de los derechos humanos asume aquí una expresión singular. Se trata de una lucha por la inclusión de nuevos sujetos de derecho y de nuevos derechos para los sujetos en sufrimiento mental. Derecho al trabajo, al estudio, al entretenimiento, al deporte, a la cultura, en fin, a los recursos que la sociedad ofrece” (Amarante, 2007:69).

Sustituir el manicomio implica cambiar el paradigma en Salud Mental, y a su vez, implica cambiar el sentido que se le ha dado a la *locura*. Los dispositivos sustitutivos son un disparador, en su carácter productor de subjetividad a través del arte, la cultura y el trabajo no buscan *curar la locura* ni negarla, sino alojar de un modo muy diferente al manicomio a esta población que históricamente ha sido excluida, discriminada y estereotipada.

Cambiar el paradigma también implica comprender las necesidades de las personas, sus trayectorias, activar sus recursos, capacidades y derechos, es contribuir a la emancipación frente a las diferentes formas de opresión. El camino aún no está completo, si bien hay dificultades y desafíos, las acciones estarán vacías de sentido sin haber marcado el norte que moviliza cada práctica cotidiana en particular, en cada taller, cada feria, cada objeto producido, cada expresión subjetiva. Cambiar el paradigma descansa además en la militancia y en el sentido que cada actor representa a través de su participación, aporte o intervención en el cotidiano de cada complejo espacio que constantemente se halla en movimiento.

Revalorizar y defender lo público, así como la construcción y el aporte al debate sobre la situación de los dispositivos y también lo que ocurre al interior de los hospitales psiquiátricos, es el desafío mayor de cara a la coyuntura actual de crisis social política y económica regional, nacional y en general en Latinoamérica.

Considero por finalizado este trabajo que espero haya servido al debate y aporte para la discusión en la materia en tanto el proceso que significa la desmanicomialización que se coloca en el horizonte para todo aquél o aquella que participe, desde su posición, en el campo de la Salud Mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Superar el manicomio. Buenos Aires, Topía, 2009.

AUGSBURGER, A. “De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave”, en: *Cuadernos Médico Sociales*, n° 81, pp. 61-75. Rosario, Asociación Médica de Rosario, 2002.

BAREMBLITT, G. Compendio de análisis institucional y otras corrientes: teoría y práctica. Buenos Aires, Madres de Plaza de Mayo, 2005.

BARROSO, S. y SILVA, M. “Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia”, en: *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, n° 1, pp. 66-78. San Pablo, SPAGESP, 2011.

BARCESAT, E. Derecho al derecho, en: SANS, D. Tratar la locura: la judicialización de la Salud Mental. Buenos Aires, Topía, 2013. pp. 73-74.

BASAGLIA, F. La condena de ser loco y pobre. Buenos Aires, Topía, 2013.

-----La institución negada. Buenos Aires, Corregidor, 1972.

CARBALLEDA, A. “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas” en: *Revista digital Margen*, n° 65, 2012.

CARPINTERO, E. La subjetividad asediada. Buenos Aires, Topía, 2011.

CASTEL, R. El orden psiquiátrico. Buenos Aires, Nueva Visión, 2009.

CHIARVETTI, S. Comentario: La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. En: *Revista Argentina de clínica psicológica*, n° 17, pp. 173-182, Buenos Aires, Fundación AIGLE, 2008.

COHEN, H y NATELLA, G. “Cómo desmanicomializar”, en: diario Página 12, septiembre de 2013. Disponible en sitio web (consultado agosto de 2019): <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-228809-2013-09-12.html>

DELEUZE, G. “Posdata sobre las sociedades de control” en FERRER, C. (comp.) *El lenguaje literario*, Montevideo, Nordan, 1991.

DESVIANT, M. La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. En: *Revista Norte de Salud Mental*, n° 25, pp. 8-14, España, Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, 2006.

DUBET, F. El declive de la institución. Barcelona, Gedisa, 2006.

FALCONE, R. Breve historia de las instituciones psiquiátricas de la Argentina. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2000. Disponible en sitio web (consultado julio de 2019):

http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf

FANLO, L. “¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze y Agamben”, en: *Revista digital A Parte Rei*, n° 74, pp. 1-8, 2011.

FARAONE, S. “Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones”, en: *Revista Salud Mental y Comunidad*, n° 3, pp. 29-39, Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, 2013.

FOUCAULT, M. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2014.

----- . *Vigilar y castigar*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 2008.

FERNÁNDEZ, A. *Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires, Biblos, 2008.

GALENDE, E. *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires, Paidós, 1994.

----- . “Editorial” en: *Revista Salud Mental y Comunidad*, n°3, pp.7-16, Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, 2013.

HAMZAOU, M. *El trabajo social territorializado*. Valencia, Nau Llibres, 2005.

KAËS, R. *La institución y las instituciones: estudios psicoanalíticos*. Buenos Aires, Paidós, 1989.

KAMINSKY, G. *Dispositivos institucionales*. Buenos Aires, Lugar, 1994.

LÓPEZ MOSTEIRO, C. *Trabajo vivo en acto. Clínica de los encierros*. Buenos Aires, Topía, 2015.

LOURAU, R. *El análisis institucional*. Buenos Aires, Amorrotu, 2001.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. y CORREA-URQUIZA, M. “Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva”, en: *Revista Salud Colectiva*, n°13, pp. 267-278, Buenos Aires, Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, 2017.

NACIONES UNIDAS. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York, Res. 61/106, 2006.

OMS. *Informe de la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

OPS. *Consenso de Panamá*. Ciudad de Panamá, OPS-OMS, 2010.

----- . *Declaración de Caracas*. Caracas, OPS-OMS, 1990.

----- . *Declaración de Alma-Ata*. Almaty, OPS-OMS, 1978.

-----. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Brasilia, OPS-OMS, 2005.

ROTELLI, F. “No se puede cambiar con una ley un paradigma: la desinstitucionalización en Trieste”, artículo disponible en sitio web (consultado agosto de 2019): <https://www.topia.com.ar/articulos/no-se-puede-cambiar-una-ley-un-paradigma-desinstitucionalizacion-trieste>. Buenos Aires, Topía, 2014.

------. Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste. Buenos Aires, Topía, 2014.

SANS, D. Tratar la locura: la judicialización de la Salud Mental. Buenos Aires, Topía, 2013.

STOLKINER, A. y GÓMEZ, S. “Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas”, en: Revista Argentina de Psiquiatría Vertex, n° 101, pp. 57-68, Buenos Aires, Polemos, 2012.

------. “El enfoque de derechos en salud y las prácticas en salud mental”, en: Experiencias en salud mental y derechos humanos, pp. 17-29, Buenos Aires, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 2015.

VA. AUTORES/AS. “Accesibilidad y derechos humanos: análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego”, en: Revista Argentina de Salud Pública, n° 12, pp. 28-33, Buenos Aires, Secretaría de Gobierno de Salud, 2012. (Faraone, Valero, Torricelli, Rosendo, Mendez, Geller).

------. “Ley de salud mental 26.657. Antecedentes y perspectivas”, en: Revista Latinoamericana de ciencia psicológica, n° 4, pp. 134-148, Buenos Aires, PSIENCIA, 2012. (Hermosilla, Cataldo, Gorbacz, Biglieri).

VAINER, A. “De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental”, artículo disponible en sitio web (consultado agosto de 2019): <https://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>. Buenos Aires, Topía, 2007.

VEGA, G. “El concepto de dispositivo en M. Foucault. Su relación con la “microfísica” y el tratamiento de la multiplicidad” en: *Revista digital Nuevo Itinerario*, pp. 136-158, 2017.