



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

Trabajo Integrador Final

Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y los profesionales del Sector Público

(Ensayo)

Autora: Georgina Melita

Legajo: M-3037/6

Docente Responsable: Andrés Matkovich

- Año 2019 -

ÍNDICE

.Resumen -----	pág.3
.Palabras Claves-----	pág. 3
.Introducción-----	pág. 3
.Capítulo 1: Un poco de Historia-----	pág. 5
.Capítulo 2: El mercado, movimientos sociales y LNSM-----	pág.10
.Capítulo 3: hablemos de la LNSM: Interdisciplina, ----- Territorio, Desmanicomialización y Sector Público.	pág.13
.Conclusión-----	pág.16

RESUMEN

Este trabajo pretende hacer un análisis actual sobre algunos conceptos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 y su dificultosa puesta en práctica en los efectores públicos, como también sus obstáculos. Los conceptos que se abordaran son de 3 artículos de dicha ley, los cuales hacen referencia a la desmanicomialización, trabajo interdisciplinario, territorio e institución pública, la cual nos lleva a hablar sobre el rol ausente del Estado.

Para esto se comienza haciendo un recorrido histórico en lo que refiere a políticas pública en salud, recorriendo material bibliográfico de autores que hablan sobre dicha temática.

Se llega a la conclusión de que los obstáculos no sólo tienen que ver con la poca inversión económica en políticas públicas en salud, sino en la resistencia que tienen los profesionales para poder llevar adelante dicha ley.

PALABRAS CLAVES

Políticas Públicas en Salud - Desmanicomialización - Territorio – Interdisciplina – Ley Nacional de Salud Mental

INTRODUCCIÓN

A partir de mi propia experiencia en efectores de salud públicos considero que hoy por hoy, el que aspire a dedicarse a dicha área, más específicamente a la de salud mental es de suma importancia conocer a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, la cual se encuentra en vigencia desde diciembre de 2010. Podría decirse que la misma plantea una forma novedosa de abordar el padecimiento mental a como se venía haciendo en otras épocas, surgiendo a partir de una fuerte demanda por parte de los trabajadores y pacientes, puesto que se puede observar como en años anteriores en diferentes provincias de Argentina se fueron aprobando diferentes leyes que tenían como eje la salud mental, un ejemplo de esto es la Ley 10772 sancionada en el año 1991 por la legislatura de la Provincia de Santa Fe.

Se partirá de tomar el Art. 27 del Capítulo VI, el cual tiene relación directa con el Art. 8 y 11 del Capítulo V. Dicha Ley es de 'orden público'. No es necesario que las provincias obligatoriamente adhieran a esta, pero si será obligatoria para poder desarrollar políticas con un basamento en Derechos Humanos y constituirá un piso mínimo para poder pensar a la salud.

En relación a los Artículos que se aspiran a abordar, el artículo 27 (2010) va a plantear la prohibición de crear instituciones neuropsiquiátricas o de 'internación monovalentes', sean estos, públicos o privados. Obligando a los ya existentes, a adaptarse a esta nueva disposición, hasta que puedan ser sustituidos completamente por otros tipos de dispositivos, alternativos a la lógica psiquiátrica. Esos dispositivos alternativos son especificados en el artículo 11(2010) donde dice que "se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios" (p. 70) se agrega además, la prevención y la promoción en salud Mental. Surgirán a partir de aquí las 'casas de convivencia' llamadas Hospitales de Día, cooperativas de trabajo, hogares y familias sustitutas. También surge la figura del acompañante terapéutico, que hasta ese momento no existía y que considero que vale aclarar, que aun hoy el rol de aquel todavía no está del todo regulado por parte del Estado, siendo muchas veces precarizados en su labor.

Con lo que se planteó en el párrafo anterior se quiere mostrar que habría un intento por hacer que las personas con padecimiento mental no necesariamente tengan que ser atendidos y/o tratados en un Hospital psiquiátrico, sino en instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. Es decir que los hospitales, por ejemplo que ya existen tendrán que hacer un esfuerzo por reestructurar el modo de atención y poder contemplar estos casos, en pro de la desmanicomialización.

Continuando con la descripción de los artículos abordados, el 8 (2010) plantea la promoción del trabajo interdisciplinario, el cual este compuesto por "diferentes áreas, como ser de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes" (p. 66). La ley plantea este abordaje interdisciplinario e intersectorial con el fin de reforzar, restituir y/o promover los lazos sociales. También se hace mención de un basamento en principios de atención primaria de salud.

Considero importante, además, pensar el contexto actual, dado que hubo un cambio de gobierno y donde ya pasaron nueve años desde la vigencia de esta Ley.

A partir de lo expuesto me surgen varios interrogantes, en torno a los cuales girará este trabajo, como ser: en los efectores que no son psiquiátricos, ¿se está pudiendo llevar adelante la Ley? ¿Pueden cumplimentar con los artículos abordados más arriba? ¿Dichas instituciones están preparadas para poder recepcionar y atender a estos pacientes? ¿Qué sucede con los equipos interdisciplinarios? ¿Cómo es que trabajan? Para que haya un abordaje de estas características ¿sólo tiene que existir una ley que lo avale?, o para que esto funcione ¿tiene que haber algo más que lo posibilite?

llegado el caso que así fuese ¿qué sería 'ese algo más?', 'plus, ese más allá', en este caso de la implementación de la Ley, para que algo se dé y funcione.

Mi interés estará centrado, a modo de recorte, más específicamente en lo que respecta al sector público, ya que pienso a la institución pública como un lugar donde convergen, a lo largo de la historia, muchas aristas, como ser cuestiones políticas, económicas, sociales, trabajadores, pacientes que muchas veces están llevando adelante tareas 'implícitas', las cuales no están en ningún libro de teoría sino en su hacer cotidiano, dado que casi siempre el sector público ha sido vapuleado por los sectores políticos y aun así bien o mal sigue allí, tratando de alguna manera subsistir y dar lucha. A lo público lo pienso justamente así como un espacio de lucha, donde hay mucho potencial para hacer muchas cosas y a su vez con grandes obstáculos y donde los trabajadores padecen muchas veces de precarización. Retomo lo que dijo Cassinelli (2017) con el cual coincido en esta frase "el espíritu que anida en un hospital público es absolutamente diferente al espíritu que anima a una clínica, un sanatorio o una prepaga" (p. 11). Ya que pienso, que el sector privado tiene unas 'pautas' que sus integrantes las siguen sin cuestionar, en cambio el sector público es el día a día, la cotidianeidad.

Por lo cual pienso imprescindible tener presente el contexto social- político de nuestro país dado que es a partir de allí que se va a lograr concebir esta Ley. Por eso se comenzará con un recorrido histórico a fin de contextualizar, no sólo a la Ley sino también un concepto que es muy importante como el de Salud, dado que el mismo se ha ido modificando a lo largo del tiempo y teniendo presente que a la salud-enfermedad no se la puede concebir aislada, ya que cada sujeto nace en un contexto determinado, crece y vive en un barrio con determinadas características las cuales harán y constituirán a ese sujeto de determinada manera, lo que hará que el abordaje de salud- enfermedad no podrá pensarse como algo estático, "los cuidados de la Salud Mental, tanto la asistencia en todos sus niveles como la prevención y promoción de valores en Salud Mental, dejó de ser un ámbito exclusivo de los médicos, para pasar a postularse su abordaje interdisciplinario" (Galende, 1997, p. 31).

Para ir cerrando esta parte del trabajo se inicia con la idea de que el contexto social y político no es sólo necesario para describir el surgimiento de la ley, sino para observar a que sujeto hace alusión la misma.

El contexto histórico también nos mostrara como fue que gracias a las políticas con basamento en los Derechos Humanos hizo posible la sanción de la Ley y pensar dentro de la salud, la salud mental, ahora ¿favorece pensar a la salud mental como separada de la salud en general? ¿Es realmente necesario pensar en la categoría de salud mental como si se tratase de otra cosa diferente de la salud sin divisiones? Aspiramos con la ley a hacer un abordaje interdisciplinario, intersectorial, integrado del sujeto, pero a su vez designamos salud mental y no salud en general. Estas son otras de las cosas que se abordaran en el presente trabajo.

CAPÍTULO 1: UN POCO DE HISTORIA

Estado, Movimientos sociales y salud

Para comenzar y ver cómo fue que se pudo llegar a la Ley de Salud Mental 26.657 se hará un breve recorrido del contexto social, político y económico, ya que como dice Ferrara (1985) “la salud nunca es la misma como tampoco lo es la sociedad” (p. 10). En este capítulo se tomara desde la fundación del Estado Nacional (1853) hasta el primer gobierno peronista, en el que se refunda el sistema de salud argentino, para finalmente, en otro capítulo de dicho trabajo ver qué es lo que sucedía en el aquel momento que se concibe la Ley, que es el año 2010. Momento diferente al actual ya que hubo un cambio de Gobierno y en consecuencia, también cambios en las políticas públicas en Salud.

Un ejemplo de cómo fueron cambiando los momentos es el pasaje que hubo de ‘objeto de tutela’ a ‘sujeto de derechos’, por lo que implicó un cambio de posicionamiento al concebir a un ‘enfermo’, el cual no se puede pensar aislado o separado de la Historia de nuestro país o de los diferentes Gobiernos que han pasado. Esto mismo se desarrollara a lo largo de este capítulo.

La historia de nuestro país, tampoco puede ser descontextualizada de lo que venía sucediendo en otras partes del mundo, como por ejemplo Europa y Estados Unidos, sobre todo por el primer continente, ya que desde nuestros orígenes como país la influencia de aquel era muy fuerte, podríamos decir que nunca dejo de ser así, ya que aún hoy sigue teniendo influencia en la toma de decisiones de nuestros políticos.

La conformación del Estado Argentino, entre los años 1830 y 1880, Siglo XIX, coincide con lo que sería la llamada Revolución Industrial. Esta revolución no sólo impactará en las condiciones de vida de la población del viejo continente, sino que también lo hará en nuestro país. La Revolución Industrial significó una nueva forma de producción, a lo que se suma una nueva forma de relación y nuevos protagonistas. Aquellos serán el obrero asalariado y el patrón capitalista que es quien le compra al obrero su fuerza de producción para que la ponga en acción en sus fábricas. Estos obreros son los que irán conformando los movimientos sociales como el anarquismo y socialismo, con el fin de tener algún derecho que les dé la posibilidad de vivir mejor. Es allí donde estarán muy presentes los temas relativos a la salud, sentándose las bases de una *salud social*. Esto por un lado, pero paralelamente y principalmente en Inglaterra y EE.UU se va a ir constituyendo un movimiento que recibirá el nombre de *sanitarismo* que se basarán “en la aplicación de tecnología y en los principios de organización racional para la expansión de actividades profilácticas destinadas principalmente a los pobres y sectores excluidos de la población” (Filho y Paim, 1999: 9).

Yendo ya más específicamente a lo que sucedía en Argentina en aquella época, nosotros veníamos de tener un Estado colonial y de depender del poder de España. El que se pudiese conformar el Estado argentino como tal fue un proceso que llevo varios años y décadas. Desde la proclamación de independencia en 1810 hasta llegar a la Constitución Nacional en 1853, hubo muchas idas y venidas de las diferentes provincias. Todo comenzó siendo muy local, los diferentes municipios proclamaban la independencia de manera aislada, cada uno por su lado, hasta que pudieron conseguir apoyo, aunar fuerzas y tomar carácter nacional. Esto de muestra que no se dio de una manera inmediata el pasaje de un Estado colonial a un Estado Nacional, todo eso fue un proceso que llevo muchos años y batallas.

Son notables las diferencias contextuales que había entre un continente y otro. Como, por ejemplo, en Europa ya se planteaban políticas en salud, que pueden o no gustar, y cómo Argentina, país que compone el continente Latinoamericano estaba tratando de poder constituirse como Estado.

Para poder constituirse como Estado un país debe de tener instituciones que le den un estatuto y Argentina todavía estaba tratando de separarse definitivamente de España. Eran muy diferentes los movimientos sociales que había en Europa con los que había en Argentina, qué era los que buscaban unos, con lo que buscaban los otros. El primero obtener derechos sociales y el segundo independizarse.

En Europa había algunas instituciones tratando de organizar y 'poner orden', se usaban "todas las formas de encauzamiento de la conducta" (Foucault, 2014: 162). Todos esos movimientos sociales de los trabajadores en Europa debían ser controlados, y el que no pudiese trabajar por cualquier razón debía ser 'encerrado' para no significar una 'carga'. En ese encauzar la conducta había todo un estudio del cuerpo y era efectivamente el Estado (a través de sus instituciones) el que llevaba adelante esa tarea. El cuerpo era tomado como un objeto al que se le podía propiciar todo tipo de castigos, donde no importaba si había una subjetividad, o un sujeto, era sólo un cuerpo al que se lo podía manipular y al que el dueño de los recursos económicos, el capitalista, podía explotar su fuerza de trabajo para así obtener aún más ganancia y si esto no era viable porque la persona era un rebelde, enfermo, discapacitado o cualquier otra cuestión, como se expuso más arriba, el Estado lo encerraba, no lo quería suelto, con ese 'cuerpo-objeto' se debía de hacer algo. Foucault dice que "domina la noción de docilidad que une al cuerpo analizable con el cuerpo manipulable" (p. 158). En ese mismo libro, el autor habla del control de la actividad que se lleva adelante con la disciplina, en los que coincidieron los colegios, los talleres y los hospitales. Es aquí donde se ven las instituciones, que en Argentina también van a ir cobrando relevancia para poder formar la identidad estatal y un ciudadano argentino.

Era importante configurar la identidad nacional ya que nuestro país en un comienzo estaba conformado por pueblos aborígenes, mulatos y criollos, cada uno con diferentes costumbres y creencias, pero un Estado debe tener insignias patrias y deben coincidir en un mismo territorio.

La 'Conquista del Desierto' llevada adelante en la presidencia de Avellaneda por el Ministro de Guerra Julio A. Roca muestra de lo que eran capaces esos hombres con tal de formar un 'verdadero Estado Argentino'. Llegándose a constituir, según varios historiadores, un Estado Liberal clásico donde había una clase dominante. Esta clase eran los únicos que tenían el status de ciudadanos, por ende los únicos capaces de tener derechos civiles y políticos, quedando por fuera los 'otros', los pobres, los 'locos', mujeres, niños. Desde nuestros comienzos vemos como la desigualdad forma parte de nuestra historia.

Me parece muy ejemplificador lo que escribe Stolkiner (2018) cuando plantea que "bajo este ideario se crean instituciones propias de los estados liberales nacientes: asilos, orfanatos, hospitales y, entre ellos, los primeros hospitales psiquiátricos. Apenas establecido el Estado, se inauguraron como tales los actuales Hospitales Borda y Moyano" (p. 34).

Cuatro momentos de la historia: Estado liberal

M. Hidalgo divide a la historia Argentina en 4 momentos, ya que me parece que son bastantes claros para poder ubicarnos los retomaré.

El primer momento abarcaría de 1823 a 1930 que sería todo lo que se vino diciendo más arriba y representaría al Estado liberal tradicional. Período en el cual lo importante no era pensar, como se mencionó más arriba, en políticas referidas a la salud, sino en poder ganarse un lugar político en el mapa. Estar a la altura de las potencias mundiales, "mostrarle al mundo los progresos de la civilización logrados por el régimen que tan ansiosamente procuraba ser integrado a la geopolítica de las potencias europeas" (Sacchetti y Rovere, 2018, p. 39).

El sistema de salud del Estado liberal de la época sólo se limitaba a subsidiar instituciones privadas, este no intervenía directamente:

la salud mostraba una medicina privada destinada a aquellos con capacidad de pago, el sistema de hospitales de beneficencia para los sectores sin recursos, y los servicios mutuales de origen migratorio o de actividad laboral (...) se expresa la hegemonía del higienismo en el pensamiento de la época. (Hidalgo, 2008, p. 48)

A través del higienismo se comienza a pensar en el cuidado de la salud de la población, ya que era necesario que la misma fuese saludable pudiendo ir a trabajar todos los días. Un empleado enfermo no servía ya que era una mano de obra menos para explotar. En paralelo los obreros inmigrantes con sus ideas de socialismo y anarquismo comienzan a movilizarse y a sindicalizarse creando las primeras mutuales, que serán la base de las futuras obras sociales.

Como se ve aquellos que eran considerados 'un peso' para la sociedad eran encerrados pero no con el fin de mejorar su salud, sino para 'proteger' a la sociedad de estas personas. A partir de esta lógica podemos pensar que los hospitales psiquiátricos era un depositario y a la figura del 'loco' como peligroso. La locura además era sinónimo de barbarie, como lo que se oponía al acatamiento a la ley, por lo cual estas instituciones, además tenían una impronta moralizante.

Ya finalizando este período, en 1929 comienzan a aparecer los primeros críticos de este modelo de salud y la prueba de aquello será la creación de la 'Liga Argentina de Higiene Mental'.

Estado social

El Estado social se ubicaría entre los años 1946 hasta 1955, atravesado por el Gobierno de Perón.

Más arriba hice mención de la sindicalización de los trabajadores ya que van a ser agentes sociales de mucha importancia, dado que gracias a sus huelgas, reclamos y protestas es que en Argentina se van a ir logrando algunos avances.

Con el gobierno de Perón los sectores populares como ser los trabajadores toman protagonismo y se puede observar el primer cambio de paradigma con el Doctor Ramón Carrillo, primer Ministro del primer Ministerio de Salud del país, creado en 1949. Carrillo propone toda una serie de cambios a nivel salud. En primera instancia cambia la designación de 'enfermos mentales' a quienes, anteriormente, se los llamaba 'alienados', concibiendo a la locura como cualquier otra enfermedad y que como tal debe ser tratada y no ocultada. Pensar el tratamiento de esta nueva categoría de enfermos nos da el puntapié para hablar sobre el segundo punto que plantea Carrillo que justamente a fin de evitar la 'cronicidad de ese estado y mejorar la calidad de atención, a estos pacientes se los comienza a atender como a cualquier enfermo en Hospitales Generales, dando como resultado lo que expresa Stolkiner (2018) "*una reorganización de los establecimientos de internación*" (p. 35).

Un tercer punto es que se comienza a escuchar sobre Psiquiatría Preventiva un área tendiente a pensar en cuestiones de profilaxis y tratamiento ambulatorio de estas enfermedades.

En este período podemos ver entonces como el Estado toma un lugar central en lo que respecta al orden e implicación de las instituciones. Se lo puede apreciar desde el momento en que se crea primero la secretaría y luego el Ministerio de Salud, el cual buscaba 'construir un sistema universal, público y de acceso gratuito', todo ello a partir de esa nueva lógica, que como menciona la autora anterior, eran "políticas sociales basada en la idea de derechos y dignificación" (p. 35). Esto por un lado y por el otro, los trabajadores que transformaban las mutuales en obras sociales sostenidas por la patronal.

Estado Desarrollista

Este período abarca desde 1955 a 1976 y es marcado por inestabilidad social, golpes militares y el final del gobierno peronista. Donde lo poco o mucho que se había conseguido en el período anterior es tirado por la borda, ya que el Estado deja de ser garante de derechos, hay una descentralización del Estado afectando de manera notoria a las políticas en salud de varias maneras.

Algunas de las características de este período son, por ejemplo, la sanción de la Ley 18610 en 1970, la cual establece que toda persona que se encuentre en relación de dependencia debe tener cobertura, institucionalizándose el subsector de las Obras

Sociales, regulando y normativizando. Esto también da como resultado la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales que como dice Hidalgo (2008) “al cual se le asignan las funciones de promover, coordinar e integrar las actividades de las Obras Sociales” (p. 53). Dicha Ley favoreció el aumento en los recursos y el poder sindical.

Las obras sociales no fue lo único que se descentralizó del Estado, ya que también en aquella época se sanciona también ‘La Ley de Descentralización Hospitalaria’ donde casi 100 establecimientos que pertenecían a la nación son transferidos a la esfera provincial, aunque la financiación de los mismos continuaba a cargo del presupuesto nacional. Esta transferencia de hospitales nacionales al sector provincial afecto a las que tenían pocos recursos económicos, a las provincias más pobres, repercutiendo en la atención de la población. Por esto es que el Sistema de salud pasa a ser federal, donde cada provincia hace lo que puede con los recursos que tiene, limitando muchas veces la capacidad de atención. Si bien el Ministerio de Salud garantiza un piso básico de salud, ya que sin eso habría aun más fragmentación dando lugar al surgimiento de la Cobertura Universal de Salud para ‘disminuir’ las desigualdades de atención en las diferentes partes del país. La CUS vendría a ser como una canasta básica de servicios, lo que es totalmente opuesto a pensar la salud como un derecho ya que, justamente, se la piensa como una cobertura. A modo de paréntesis y como para sumar un detalle que me parece importante de hacer mención, es que en el año 2015 en la Cámara de Diputados de la Nación se presentó un proyecto de Ley del Diputado Nacional por el Partido Socialista, Binner (2015), llamado Sistema Único de Salud “que tiene por objeto contribuir a garantizar la accesibilidad, la equidad, la calidad y la participación en la atención integral de la salud a todos los habitantes del territorio nacional...” (p. 3). Este proyecto se presenta como la antítesis de la CUS.

Este Estado desarrollista lo podemos pensar que lo es en pro al sector privado, donde los que tienen poder adquisitivo pueden acceder a prepagas y los que no al sector público, el cual es vaciado. Como lo manifiesta Hidalgo (2008) “se transita hacia un modelo de Estado subsidiario, signado por la privatización, la desregulación y la disminución de la población cubierta”. (p. 53)

Estado Neoliberal

Este cuarto período iría desde 1976 con el golpe de Estado, en adelante el cual marca el inicio del Estado neoliberal que consigue su mayor exponente en el modelo económico de los años 90 y podríamos decir que desde el 2015 con la asunción de Macri a la presidencia hasta ahora. Considero que esta etapa está marcada primero por dicho golpe el cual buscaba una ‘reorganización nacional’, luego por dos gobiernos democráticos fallidos como ser el de Alfonsín y el De la Rúa, otra etapa en donde cobran relevancia los Derechos Humanos (marco en el que se da la Ley de Salud Mental) y por último gobierno democrático con políticas de privatización, capitales extranjeros y endeudamiento afectando a los sectores populares y creando aun más marginalización, exclusión y desempleo.

Es en este período de nuestra historia donde ingresan mayores elementos tecnológicos, hay una explosión técnico- industrial de la salud y los profesionales terminan trabajando para las grandes empresas, y el poder termina pasando a estos complejos. Cobran mucha relevancia el sector privado manejado por la lógica del mercado. Todo esto fue comenzado con la dictadura quedando como resultado esta política.

Por eso podemos ver como el sistema de salud en Argentina está dividido entre, el *sector privado* con las prepagas como protagonistas a las que sólo acceden aquellos que tienen la posibilidad de pagarla. Las *obras sociales* a las cuales pueden acceder cada vez menos personas ya que a mayor desempleo menor posibilidad de tener una obra social. Y por último la desestimada *salud pública* la cual es sostenida por el Estado, a la que acceden aquellos que no tienen un trabajo en blanco, que están precarizados o que se encuentran en situación de marginalización. A su vez la salud pública está dividida en

Hospitales públicos y en Centros de Salud. Lo que evidencia la fragmentación que posee nuestro este sistema.

Cuando hablamos de Hospitales y Centro de Salud, nos estamos refiriendo a los diferentes niveles de atención. Los últimos son los que trabajan dentro del territorio, en el barrio, como primer contacto con el paciente, corresponde a la Atención Primaria en Salud, con las premisas de prevención y promoción. Al dividirse la salud en niveles de atención lo que se busca es lograr una mejor atención, en la que haya mayor equidad. Esta palabra, hace referencia a que se van a trabajar con grupos que no van a demandar, pero que no por ello se los tiene que dejar de lado. Una atención, también en la que se pueda dar la accesibilidad y universalidad, en donde toda la población pueda acceder a un sistema de salud. Cuando se plantea lo de accesibilidad no me refiero sólo a geográfica, sino también cultural, ideológica, etnográfica, dado que muchas veces el hospital resulta inaccesible a la mayoría de la población, sea porque les queda lejos, sea por desconocimiento. Por eso con la atención primaria lo que se busca es poder 'acceder' a esas personas sin que queden excluidas.

Me parece importante destacar como a pesar de todas las adversidades de un Gobierno Militar o de gobiernos que sólo piensan en los intereses de los que más tienen siempre hay grupos de personas que hacen una lectura crítica para poder pensar alternativas y buscar soluciones. Si bien es muy difícil ir contra el sistema hegemónico, siempre hay movimientos que pujan por lograr un cambio que incluya a la mayoría y no a unos pocos y eso se puede ver en Salud Mental, ya que en este recorrido histórico se trato de mostrar como a los largo del tiempo se paso de concebir a las personas con padecimiento mental de un 'alienado' un 'peso para la sociedad' por la simple razón de que no se podía explotar su fuerza humana para la producción, a luego, ser representado como enfermos mentales.

Retomo otro punto que plantea Hidalgo (2008) cuando dice que "la historia del derecho a la salud en la Argentina se emparenta con la del mercado de trabajo" (p. 55).

En el próximo capítulo haré un recorrido más específico sobre qué posibilitó el surgimiento de la Ley de Salud Mental y como se concibe hoy por hoy la salud. Este capítulo trato de una manera muy humilde hacer un pantallazo sobre lo que significo y significa la salud en los países de tercer mundo como Argentina, en donde nunca dejamos de depender de un país extranjero y que hoy también se suma la lógica del mercado.

CAPÍTULO 2: EL MERCADO, MOVIMIENTOS SOCIALES Y LNSM

En el primer apartado del capítulo uno se escribe la palabra Estado, lo que es reemplazado en este capítulo por la mención del mercado, ya que en los años 90, con el gobierno de Menem podemos notar como aquel va a cumplir un rol central en la toma de decisiones y cómo afectará las diferentes instituciones de salud, educación, familia, entre otros.

Habrán cambios en la concepción de algunas categorías, como por ejemplo la del 'loco' que ya se venían dando de antes y que en cada momento histórico fue diferente. En el capítulo 1 se intentó hacer visible esa cuestión. Como el 'loco' no era considerado una persona que pudiese tomar algún tipo de decisión con respecto a su vida, para directamente ser visto como un peso social al que debiera encerrarse. No era considerado sujeto, sino un objeto al que se le podía aplicar la disciplina, por lo cual el Estado tomaba la decisión por él, lo que posibilita mencionar la categoría de 'objeto de tutela'. Todo esto siendo primeros tiempos de la historia Argentina, pero como ya se viene desarrollando, en los 90 el Estado se corre para darle lugar al mercado, pasándose de la tutela del primero al segundo. Allí el mercado le ofrece al paciente un abanico de medicamentos para poder 'curarse' o calmar su malestar.

Posteriormente con la implementación de la Ley de Salud Mental, en el gobierno de Kirchner, se produce un nuevo giro y se pasa a sujeto de derechos, ya que dicho gobierno basa su política en aquellos.

Al nombrarse sujeto en lugar de objeto, deja en evidencia el cambio de posicionamiento con respecto al padecer mental. La persona deja de ser una cosa a la que se le puede hacer lo que sea sin importar gustos, preferencias, deseo, y donde la psiquiatría tradicional y los psiquiatras ya no serán considerados como la mejor propuesta de intervención, porque como se plantea desde el Movimiento de usuarios y trabajadores en defensa de la Nacional Ley de Salud Mental "lo que el sistema manicomial ha producido: "sujetos desnudos de derechos con rótulos (supuestamente científicos) que les quitan su carácter humano" (p. 10)

Los Derechos Humanos van a surgir luego de las dos Guerras Mundiales, pero la declaración de los mismos se produce en 1948, específicamente después de la Segunda en la Asamblea General de las Naciones Unidas. Yoma, Passini y Burijovich (2018), escriben que "los DD HH son la expresión jurídica para proteger, respetar y garantizar una vida digna, entendida como el derecho que tiene cada ciudadano a ser valorado como sujeto, en igualdad de circunstancias, con sus características y condiciones particulares" (p. 66), todo esto por el 'sólo hecho' de ser persona, oponiéndose a cualquier tipo de trato con características humillantes, degradantes, de discriminación, desigualdad y/o cruel, ya que se defiende la dignidad humana. La premisa de los DD HH es considerar a todos los seres humanos por igual.

Al declararse los DD HH se abren las puertas para concebir (entre otras cosas) a la salud de una manera diferente a como se venía haciendo hasta ese momento, posibilitando que se empiecen a generar políticas públicas referentes en Salud Mental, específicamente

Si bien la Ley que aborda este trabajo se sanciona en 2010 podemos ver como fue el resultado de varios aportes teóricos, institucionales, no sólo nacionales sino también internacionales. Entre los aportes nacionales podemos mencionar a la Ley 10772, que se expuso en la introducción de este trabajo. Dicha ley es sancionada en la provincia de Santa Fe, no siendo la única que entre los años 90 y 2000 haya sancionado leyes en materia de salud mental.

Para continuar esta parte del trabajo considero oportuno pensar en lo que plantea Castoriadis cuando diferencia entre 'instituido e instituyente', puesto que estos movimientos siempre están presentes en todas las instituciones a lo largo del tiempo. En este caso por un lado lo 'instituido' como aquello que tiende a conservarse, que ya está dado y por el otro 'lo instituyente' como el movimiento que pretende hacer algo diferente

con lo que esta. Justamente busca cambiar aquello que ya estaría caduco o que no funciona de lo instituido, como si fuese la visión crítica.

En el caso particular de la salud mental hay varios ejemplos de movimientos instituyentes antes de los años 90 y que sirvieron para sentar las bases de algo diferente, como ser los desarrollos de Psicología Social de Enrique Pichón Riviere y Marie Langer, la creación de 5 facultades de la carrera de psicología entre los años 1957 y 1959 y en 1957 la fundación del Instituto Nacional de Salud Mental. Es gracias a estos aportes, entre otros, que se comienza a hablar de *salud mental comunitaria* la cual direcciona su eje a dejar de lado el encierro y ya no tomar más a la figura del 'loco' como peligroso.

Retomando el contexto de los años 90, ya se ha dejado claro que dicha época designada como neoliberal, marcada por el mercado y por los psicofármacos en el área de salud mental. Evidentemente aquellos no alcanzaron a cumplir con las expectativas y promesas hechas, por eso se empieza a observar un movimiento diferente a estas propuestas, ya que el cambio del chaleco de fuerza a la anestesia con medicación no estaba dando los resultados esperados. En 1989 pre gobierno de Menem se tiende a privatizar todo y lo que cobra mayor relevancia en materia de salud es el sector privado, donde aquellos que podían pagar accedían a una prepaga, "la reforma propuesta por el sistema de salud suponía arribar a un mercado de seguros en competencia en el cual el acceso dependía de la capacidad de cada unidad familiar de proveer los servicios" (Stolkiner, 2018, p. 37) y para quienes no podían acceder, se les daba la 'posibilidad de acceder' a servicios mínimos que eran 'garantizados' por el Estado contratado en el sector privado. El que promovía dichas políticas era el Banco Mundial.

Privatizarse todo a partir de la lógica del mercado es justamente pensar en oposición a los Derechos Humanos, es ver la salud como un objeto más de consumo al que se lo puede vender y quien quiera acceder a ella debe pagarla. No se puede pensar en igualdad, en el 'acceso para todos' sino en el acceso de quien puede porque paga. Esta desigualdad no sólo se da en quien puede acceder, sino a qué puede acceder. El que paga puede acceder a los mejores hospitales, con las mejores camas, con la última y más sofisticada tecnología. La salud pasa a ser un negocio, consolidándose, como "dos sistemas paralelos de seguro- prestación de servicios; el privado que concentra la mayor parte de los recursos y atiende una minoría y el público con poco recursos que tiene a su cargo la mayoría de la población" (Laurell, 1994, p. 30).

Luego de los años 90, no podemos dejar de hacer mención de lo que sucedió en el año 2001 ya que allí la población fue testigo del desmoronamiento del crecimiento 'ilusorio' de los 90, digamos que el uno a uno ya no se pudo sostener, dándose altos niveles de pobreza en grandes sectores de la población, inestabilidad política, desempleo, mucha gente yéndose del país en búsqueda de 'algo mejor'. Entre 2002 y 2007 el Ministerio de Salud de la Nación decreta la emergencia sanitaria, y fue necesario adherirse a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y darle importancia a la Atención Primaria de la Salud (APS) para la construcción de redes de atención. Es decir que con esa gran crisis fue necesario pensar la atención desde otro lugar.

La catástrofe de 2003 en Santa Fe con las inundaciones implicó un crecimiento para las diferentes profesiones dedicadas a la salud mental ya que aquellos fueron convocados para asistir a las víctimas de aquel desastre natural, recuperándose a partir de esto la Dirección Provincial de Salud Mental. Otro hecho que es relevante fue el informe de "Vidas Arrasadas- La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina" publicado en el año 2007 y que hizo posible visibilizar la realidad del sistema de salud mental argentino.

Todas estas cosas demuestran cómo era necesario abordar la salud mental desde un nuevo enfoque y que había una demanda por pensarla desde la perspectiva de Derechos Humanos. La demanda no solo venía por parte de la sociedad con algún padecimiento mental, sino además de los profesionales. También hay que evidenciar que fue posible ese giro en el abordaje porque hubo un gobierno que posibilitó y llevo

adelante políticas públicas tendientes a los Derechos sociales. LNSM fue un viraje importantísimo en la atención de salud que hasta ese momento no se había logrado.

Hoy por hoy es notorio como se intenta volver a aquella lógica del mercado donde el Estado se corre del centro para darle lugar a aquel, donde los más pobres, los sectores marginales, las minorías y las políticas en salud pública son gravemente afectados.

Con la asunción de Mauricio Macri al poder en el año 2015 hasta la actualidad, ya hemos visto como los ministerios de trabajo y salud pasaron a convertirse en secretarías, también fuimos testigos del pedido de ayuda por parte del Presidente al FMI y también, “se han sucedido presiones para desarticular la Ley Nacional de Salud Mental en sus efectos y para separar la atención de las adicciones de la órbita de la misma” (Stolkiner, 2018, p. 37). Si bien, en el segundo semestre del año 2017 hubo un intento por modificar la ley mediante el cambio de su decreto reglamentario, pero eso se vio imposibilitado a partir de la resistencia de quienes apoyan la ley.

A lo largo de la historia de nuestro país podemos ir viendo cómo es que gracias a los movimientos sociales, movimientos instituyentes es que se van consiguiendo derechos como ser la creación de las obras sociales y de las leyes laborales, entre otras cosas, incluyéndose la ley que aborda este trabajo, pensándose como opuesta a lo que plantea el neoliberalismo. Como expresa Woronowski (2018) “la LNSM es un punto de inflexión porque desarma los fundamentos de ese sistema de poder” (p. 30) y yo agregaría de dominación, siendo los movimientos sociales los que visibilizan las fallas de un sistema que sólo piensa políticamente en un sector social y que muchas veces es despiadado con los que menos tienen.

CAPÍTULO 3: HABLEMOS DE LA LNSM: INTERDISCIPLINA, TERRITORIO, DESMANICOMIALIZACIÓN Y SECTOR PÚBLICO.

Para continuar este trabajo me parece interesante poder tomar los conceptos que se plantean en la introducción y a los que hacen referencia los artículos seleccionados de la Ley de Salud Mental.

Partiré con la desmanicomialización que justamente tiene que ver con dejar de crear hospitales psiquiátricos, para que las personas con padecimiento mental dejen de ser encerrados, a fin de evitar la cronicidad de la enfermedad y que además puedan estar cerca de sus familias, para ello se debe incluir la salud mental como parte de los procesos de atención, incluir el área de Salud Mental en Atención Primaria, centros de salud y salas de internación de Hospitales Generales, lo que me permite interrogar, si esto realmente es llevado adelante en las instituciones de salud, y qué sería necesario para que así fuese.

Pensar un área de Salud Mental es pensar el trabajo en equipo, conformado por diferentes profesionales, de diferentes áreas. Desde el médico, psicólogo, psiquiatra e incluyendo al enfermero, quien muchas veces es considerado como el último orejón del tarro. Ya aquí estaríamos hablando de otro concepto que es el de interdisciplina. Dicho concepto propone que se aborde el padecimiento desde allí. Que la salud psíquica no sea patria potestad de un solo saber, sino que a partir del trabajo conjunto entre las diferentes disciplinas habilitaría a un mejor abordaje respecto de la salud.

Me parece interesante sumar al desarrollo de este concepto lo que dijo Calmels en la Jornada de Educación Permanente- "Cuerpo y juego en los procesos de comunicación y aprendizaje" del año 2018, donde comenzó la exposición diciendo que "la potencia de una disciplina esta en sus fronteras, lugar de intercambio y pasaje", queriendo explicar que en los límites de una disciplina puede intervenir otro campo de estudio enriqueciendo el abordaje, no tomando el límite como algo negativo o contraproducente, o como refiere la palabra un lugar de fin, en el cual no se produciría nada más, sino como habilitador y potenciador. Teniendo presente, que lo que manejamos en las disciplinas son hipótesis y no certezas, hipótesis que pueden ser enriquecidas con otros saberes.

Calmels diferencia interdisciplina con "disciplinismo", el cual lo define como la disciplina sin contexto.

Este contexto puede ser amplio, lo pienso como el territorio, el lugar donde un determinado grupo de la población va a compartir determinadas características al vivir por ejemplo, en un mismo barrio y donde, además, el Primer Nivel de Atención, como los Centros de Salud van a ser los protagonistas, ya que ellos van a estar inmersos en ese territorio. Aclaremos que la APS se basa en los conceptos de *prevención* y *promoción*. La prevención tendría como objetivo final el de evitar la enfermedad y el objetivo permanente de la promoción es un óptimo nivel de vida y de salud. Todo esto posibilitará que los profesionales que forman parte de los centros de salud tengan conocimiento sobre las características específicas de ese lugar al tener un 'contacto más cercano' con esa población.

Describiendo el contexto de un Hospital público el cual forma parte del Segundo Nivel de Atención, se presenta como un lugar mucho más grande, donde el flujo de gente es mayor, durante todo el día, las 24hs y en el cual las personas que transitan por allí vendrían de 'diferentes contextos', por lo que el trabajo de los profesionales de una institución como un Centro de Salud con los de un Hospital se presentarían diferentes. Pero esto ¿es realmente así? ¿el trabajo de los profesionales de un nivel de atención con otro nivel, son diferentes cuando estamos hablando de salud y del ámbito público? ¿en dónde estarían las diferencias?, ¿en el flujo de gente? ¿Realmente en el nivel de atención? ¿En el tamaño de una institución y la otra? ¿O las diferencias tienen que ver con otra cosa?

Dice Souza Minayo (2007) sobre Salud- Enfermedad, al hablar de territorio "es una noción que revela la realidad social en la cual es construida, para comprender esa representación dentro de nuestro contexto, es necesario examinarla a partir de los

substratos económico, político y cultural en el cual vivimos” (p. 150), ahora si esto es así, si para pensar la salud-enfermedad de un sujeto hay que hacerlo dentro de un contexto influenciado por lo económico, político y cultural, el hecho de que una persona vaya a hacerse a atender a una institución pública no nos estaría hablando ya de un contexto, más allá del nivel de atención que brinde esta institución y donde esté ubicado. Retomando a Ferrara (1985) para pensar los conceptos y definiciones de salud-enfermedad que están íntimamente relacionado con el concepto de territorio, cito cuando dice, que “hay que separarse de las simples definiciones tautológicas (...) ellas circunscriben a la salud dentro de una concepción a histórica, casi eterna, fija, abstracta” (p. 14) que no considerarían más que el aspecto biológico, sin pensar al sujeto como también influenciado por lo social y psíquico y algo que también hoy se escucha mucho que es el aspecto espiritual.

Tengamos presente que cuando hablamos de niveles de atención estamos hablando de la institución pública de salud, una institución que como ya se ha demostrado está fragmentada, que su status estará signada por las políticas públicas de turno, que según la época de la historia y gobierno que esté en el poder va a tener mayor o menor aporte económico, pero que siempre es el lugar que va a recibir a los que menos tienen, sea la época que sea, haciendo que eso tengan en común los diferentes niveles de atención.

Retomando la noción de territorio creo que tanto hospitales, como centros de salud trabajan en ‘el’ territorio, porque la población que asiste a un centro de salud, o la persona que queda internada en un hospital público terminan teniendo las mismas condiciones de vida, ya que como expuse más arriba en los dos casos están asistiendo al sector público.

Lapassade habla de la institución como el nivel del Estado que hace la Ley, que da a las instituciones fuerza de ley. La institución con lo instituido, pensándolo como aquello que podemos ver de la institución a simple vista, por ejemplo en el caso de un hospital, el lugar donde se atienden y quedan internadas personas con algún tipo de padecimiento físico y/o psíquico, pero que al mismo tiempo tiene lo instituyente como aquello que estaría oculto a simple vista y que sólo conocen las personas que conforman todos los días esa institución. En la introducción, se mencionó el libro *Un elefante en la escuela* donde se habla de *prácticas explícitas*, como aquellas que figuran en los libros cuando uno estudia una profesión y las *prácticas implícitas* como aquellas que surgen en la práctica, en la cotidianidad y que no figuran en ningún libro de teoría y por lo que yo considero que requerirían de la creatividad del profesional. Muchas veces esa creatividad es coartada por la ‘violencia institucional’ de los que son víctimas los profesionales, dejándolos en un rol pasivo, sin posibilidad de generar algo diferente en la institución y afectando directamente la calidad de atención de los pacientes.

Si las instituciones hablan de la sociedad, y una sociedad tiene como centro un Estado-mercado, justamente sus instituciones sólo van a estar ocupadas consumiendo, venciendo o administrando. En el caso de la Salud Mental, por ejemplo, consumo y ventas de psicofármacos.

En relación a la violencia institucional y la administración del Estado, no podemos dejar de tener presente que los profesionales de la salud como trabajadores que dependen del Estado, como Recursos Humanos son parte de una administración, consecuencia de la imponente lógica del mercado y los grandes capitales, ‘el hospital como una empresa a administrar’ y no con una *Gestión Integral de Recursos Humanos* la cual habilitaría a que los integrantes de dicha área tengan la posibilidad de escuchar la demanda de los trabajadores y proponer algún tipo de intervención. Podríamos decir que al Estado no le interesarían demasiado sus Recursos Humanos.

Continuando con esa línea me parece acertado tomar a Maslow, un psicólogo vinculado con la Psicología Humanista, que elabora la ‘*Pirámide de Maslow*’, planteando cinco niveles, en la cual el segundo nivel, sería el de la ‘protección ante los peligros externos’, relacionado con la seguridad que puede sentir un empleado frente a su trabajo. La posibilidad de proyectarse a largo plazo en ese puesto, teniendo buenas condiciones de contratación que sería el de contar con obra social, aportes jubilatorios, ART, todo lo

que implicaría un trabajo estable. Justamente lo que muchos de los trabajadores, profesionales y no profesionales del sector público no tienen, llevando a una sensación de malestar e impotencia frente a la precarización laboral.

Ferioli (2018) retoma a Deleuze y Guattari para referirse a las diferencias que hay entre *grupo sujeto* de *grupo objeto*, caracterizando al primero con lo instituyente “tanto para resistir la opresión, como para intentar líneas de fuga creativas que escapen a ella. Y los grupos objetos, aquellos que sufren adaptación pasiva y reproducen sin crítica, los axiomas de la institución” (p. 53). Retomo esta cita porque me pregunto cómo lograr ante este panorama, bastante complicado ‘grupos-sujetos’. Al ingresar a un efector público somos atravesados por todas estas cuestiones de precarización, lógica del mercado, pero la pregunta es ¿qué hacemos con ello? ¿Nos volvemos meros actores pasivos o agentes de lucha?

Creo que la respuesta es que tiene que haber implicación y un pensar creativo por parte de los profesionales para que algo funcione. Cuando hablo de implicación es para diferenciarlo de participación, ya que como se define en el texto un *Elefante en la escuela* (2008) “con implicancia nombramos la posición activa de ocupar” (p. 38), en este caso las instituciones y no es un mero ‘estar’.

Podemos ver que ya hace 9 años que se sancionó la LNSM y que acá en Santa Fe desde el año 91 que tenemos nuestra propia Ley en Salud Mental, pero que aun así siguen habiendo hospitales que no cuentan, por ejemplo, con el área de Salud Mental y muchos profesionales de los Centros de Salud que ni siquiera conocen el territorio donde trabajan. Son los profesionales en unión con la población los que pueden lograr obtener un cambio, y eso está demostrado a lo largo de nuestra historia.

Hoy por hoy podemos ver que en los hospitales públicos infantiles hay muchos niños que están internados por ‘caso social’, quedando allí semanas, meses y hasta años sin que los profesionales sepan bien como actuar ante esa situación y sin siquiera plantearse una intervención realmente interdisciplinaria.

La interdisciplina no tiene nada que ver con que a un paciente lo revise un médico, después vaya un psicólogo y después un trabajador social y que el enfermero sólo sea catalizador de crisis cuando ninguno de los profesionales antes mencionados están disponibles (que son la mayoría de las veces). La interdisciplina tiene que ver con que todos estos profesionales puedan dialogar entre ellos para ver qué es lo que el paciente realmente necesita, porque sino, al fin y al cabo no terminan encerrados en neuropsiquiátricos, pero lo están en un hospital general. Galende (2008) plantea que “los cuidados de la Salud Mental, tanto la asistencia en todos sus niveles como la prevención y la promoción de valores en Salud Mental, dejó de ser un ámbito exclusivo de los médicos”(p. 30) para concebirse un abordaje interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional, lo que generaría una manera novedosa de abordar y comprender el sufrimiento mental, siendo muy importante tener presente las relaciones que tiene el sujeto, con sus familiares, grupo y entorno.

También pienso que si vamos a concebir al sujeto desde esa óptica, desde sus relaciones, ¿es realmente necesario separar salud de salud mental? ya que muchas veces las enfermedades biológicas se dan como consecuencia de algún desorden psíquico o social.

CONCLUSIÓN

A lo que pude llegar como conclusión es que nuestro país como tantos otros de América Latina, conforman los países del tercer mundo que siempre han estado bajo el poder de los países del primer mundo como EE UU y Europa, lo que no es una novedad, ya que esto ha sido así desde el comienzo de nuestra historia. Todo esto ha repercutido en nuestro desarrollo afectando directamente a las diferentes instituciones públicas que son las que nos otorgan nuestra identidad. La salud no es la excepción. Hemos, por ello tenido muchos obstáculos para poder desarrollar políticas públicas que sean equitativas y accesibles para toda la población, pero esto es así porque lamentablemente nuestro país esta manejado por intereses económicos influenciados por el mercado, por el Fondo Monetario Internacional y por capitales extranjeros, pero siempre estuvo la lucha de los sectores populares.

Como primera conclusión puedo decir que es gracias a los movimientos sociales que se han conseguido derechos en diferentes ámbitos. Por eso el hecho de que en muchos efectores aun no se esté aplicando la LNSM como corresponde y que en muchos hospitales como por ejemplo, el Hospital de Niños Zona Norte no tenga el área de salud mental, ni un psiquiatra atendiendo, manifiesta el poco compromiso por parte de los profesionales, ya que la ley esta pero eso no es suficiente. Deben estar los agentes de lucha visibilizando esta situación y haciendo algún tipo de puja para que eso se pueda modificar.

No todas las instituciones públicas funcionan de la misma manera, más allá de que pertenezcan a diferentes niveles de atención. Lo que me hace reflexionar en que todo va a depender del compromiso que tengan los profesionales en su trabajo, porque obstáculos tienen todas, pero creo que la diferencia está en cómo cada institución, con el conjunto de sus integrantes, hacen para poder sortearlos. ¿De qué sirve una ley si no hay implicancia por parte de los trabajadores y usuarios?

Como segunda conclusión puedo pensar a partir de los diferentes conceptos tomados sí realmente es necesario separar salud de salud mental, como si el tratamiento de uno no tendría que ser igual que en el otro, es decir, respetando los derechos de cada sujeto, respetando la subjetividad de cada paciente.

Por otro lado considero que lo interdisciplinario no es sólo válido para el tratamiento del padecer mental, ya que el sujeto es mucho más que un cuerpo aislado y que el concepto de territorio no es sólo válido para la APS, ya que se podría aplicar también en los hospitales.

¿Al médico, al psicólogo, trabajadores sociales del hospital le resultaría muy difícil salir de sus consultorios para reunirse entre ellos y hablar sobre un sujeto? Considero que a esto se le debe dar gran importancia ya que cada vez más, es mayor el índice de pobreza, teniendo consecuencias en la población y haciendo que el sector público tenga mayor flujo de personas.

Creo que también el diálogo entre las diferentes profesiones ayudaría a reducir algún tipo de malestar con respecto a no saber qué hacer con ese paciente, porque la institución pública lo debe recibir, y eso es así, no puede rechazar que un paciente ingrese o quede internado en esa institución, pero muchas veces y como se ha tratado de demostrar en este ensayo, dicho efector no está preparado para eso. A veces quedan internados, por ejemplo en una sala donde hay pacientes en recuperación y necesitan estar tranquilos y quizás el de la habitación de al lado esta con un brote y eso no sólo afecta a los profesionales, por empezar el enfermero que es el que está ahí al llamado, sino también a los demás pacientes que están en esa sala y al propio originador del caos. Termina dándose una situación que desborda a la institución y por esto pienso que lo interprofesional ayudaría muchas veces a que ese desborde no se produzca y que si aún así se da se pueda solucionar sin 'daños colaterales'.

Muchas veces los diferentes profesionales de los efectores públicos, sobre todo de hospitales pueden sentir esta ley como un peso, ya que encima de tener que soportar la precarización laboral, se le suma el tener que atender a estos pacientes sin la

capacitación correspondiente, pero ¿quién se va a querer capacitar en algo que quizás lo siente como que se lo 'encajaron'?

Tal vez se tendría que buscar la manera de que los pacientes con padecimiento mental no sean 'encajados' y sean tratados y para ello pienso que debe de haber no sólo diálogo entre los profesionales, sino además compromiso para hacer algo nuevo con lo que ya está dado.

Además el diálogo del que tanto escribo en este trabajo también podría ayudar en la unión frente a la ya nombrada precarización laboral.

Otra reflexión que hago es que este neoliberalismo del que tanto se hablo en este trabajo es el que produce profesionales con poco compromiso ya que tendría relación con la precarización laboral que tienen algunos de ellos en estas instituciones, pero por otro lado se sabe que cuando uno ingresa a trabajar a la institución pública se encuentra con dificultades y que justamente trabajar allí se hace difícil porque el Estado se corre de su rol, pero a la vez es un lugar en el que si uno quiere puede lograr muchas cosas, lo pienso como un lugar con mucho potencial, pero como se dijo a lo largo de este apartado esta en el compromiso y en tejer redes entre los profesionales y actores de la salud pública para que se pueda lograr. Además el diálogo del que tanto escribo también podría ayudar en la unión frente a la ya nombrada precarización laboral.

Creo que necesitamos más creatividad que nos dé la posibilidad de pensar de forma instituyente, de llevar adelante más prácticas implícitas que abran el juego y den la posibilidad de que emerjan las subjetividades. Pensarnos más como 'grupo-sujeto', retomando lo de Deleuze y Guattari, pero siempre pensando en el grupo, en como se dijo más arriba, en una red, para hacerlo diferente y sin miedo. La LNSM marca una diferencia pero ahora hay que animarse a hacerlo, a llevarlo adelante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

__Dirección Provincial de Salud Mental. (S/F). “Abran cancha! en el campo de los Derechos Humanos en Salud Mental”. *Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe*, 1-30, N°1.

_ ATE Argentina. (2017). *Carlos Cassinelli, 20 años, “Continuamos la lucha con su legado”*. Rosario: Idep salud.

_ Calmels, D. (2018, octubre). *Cuerpo y Juego en los procesos de comunicación y Aprendizaje*. Ponencia presentada en Jornada de Desarrollo, Rosario, Argentina.

__Ferrara, F. (1985). “*Conceptualización del campo de la Salud*” en *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Catálogos.

_Ferioli, D. (2018). “Violencia Institucional y Violencia Política”. *Fundación Soberanía Sanitaria*, 50-53, N°4.

_Foucault, M. (2014). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo 21 Editores.

_Filho, A. y Paim, N. y S. (1999). *La crisis de la salud pública y el movimiento de la Salud colectiva en Latinoamérica*. Rosario: Cuadernos Médicos Sociales N° 75.

_ Galende, E. (1997). *De un Horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós Ed.

_ Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

_Hidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud*. Buenos Aires: Espacio Ed.

_Laurell, A. C. (1994). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Laurell, A.C (Comp.). México DF: UAM-FES.

_ Ley de Salud Mental N° 10.772. 1991. Santa fe, República Argentina.

_ Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657. 2010. Buenos Aires, Argentina.

_ Pibes y maestros del conurbano. (2008). *Un elefante en la escuela*. Buenos Aires: Tinta Limón.

_ Proyecto de Ley, Sistema Único de Salud. 2015. Buenos Aires, Argentina.

_Sacchetti, L. y Rovere, M. (2018). “¿Cómo surgieron las colonias psiquiátricas en Argentina?”. *Fundación Soberanía Sanitaria*, 38-43, N°4.

_Souza Minayo. M.C. et Al. (2007), *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

_Stolkiner, A. (2018). “Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental”. *Fundación Soberanía Sanitaria*, 34-38, N°4.

_Woronowski, M. (2018). “Encricijadas”. *Fundación Soberanía Sanitaria*, 43- 47, N°4.

_ Yoma S., Passini M., Burijovich J. (2018). “La salud Mental está en los Derechos”. *Fundación Soberanía Sanitaria*, 65-68, N°4.