



| UNR

Mayo de 2019



**CENTRO DE ESTUDIOS  
INTERDISCIPLINARIOS**

**Universidad Nacional de Rosario**

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Instituto de la Salud Juan Lazarte

**La organización del proceso de trabajo en la atención de  
la Salud Mental en un hospital general.  
Caso Hospital “Granaderos a Caballo” de San Lorenzo**

---

TESIS DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Tesista: *Valeria Bulla*

Director de tesis: *Magister José Luis Aguirre*

*“La subversión de una realidad dramática y opresiva no puede realizarse sin una polémica radical, en relación tanto con lo que se quiere negar, como con los valores que favorecen y perpetúan la existencia de tal realidad”.*

Basaglia, 1972.

## Tabla de contenidos

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
UNA NUEVA MIRADA SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL .....	1
EL DEBATE SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA .....	2
EL PROCESO DE TRABAJO Y LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PADECIMIENTO PSÍQUICO EN EL HOSPITAL GENERAL .....	5
<i>El caso del Hospital Granaderos a Caballo de la ciudad de San Lorenzo.</i> .....	5
ANTECEDENTES .....	12
METODOLOGÍA .....	18
<i>Los conceptos teóricos en la construcción del objeto de estudio</i> .....	19
DELIMITANDO EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	23
<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>25</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>25</b>
LA SALUD COMO PROCESO SOCIAL E HISTÓRICO .....	25
SOBRE EL CAMPO DE LA SALUD COLECTIVA .....	30
SOBRE EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL .....	32
SOBRE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS .....	37
<i>Modelos de organización en salud</i> .....	41
SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN .....	44
<i>La construcción del concepto de modelo de atención</i> .....	44
<i>La ideología y los límites del modelo tradicional. La incorporación de un punto de vista crítico</i> .....	46
<i>La ampliación de la clínica</i> .....	47
<i>Interdisciplina. Los conceptos de núcleo y campo</i> .....	51
<i>El rol-lugar del hospital general en el modelo de atención</i> .....	53
PROCESO DE TRABAJO EN SALUD .....	55
<i>Tecnologías</i> .....	57
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>59</b>
<b>MARCO SANITARIO</b> .....	<b>59</b>
¿CÓMO DEFINIR UN SISTEMA DE SALUD? .....	60
BREVE HISTORIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO .....	61
EL SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE .....	63
<i>Ejes político-técnicos del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe</i> .....	65
RED DE SALUD PÚBLICA DE SAN LORENZO .....	66
<i>El Hospital "Granaderos a Caballo"</i> .....	66
LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL .....	70
<i>Breve Historización de la atención de la Salud Mental</i> .....	70
<i>La atención de Salud Mental en la provincia de Santa Fe</i> .....	73
<i>La atención de Salud Mental en el HGC de San Lorenzo</i> .....	75
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>77</b>
<b>EL PROCESO DE TRABAJO Y LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PADECIMIENTO PSÍQUICO EN EL HGC</b> .....	<b>77</b>
ACTORES Y PROCESOS EN EL HGC .....	77
<i>La red de salud de San Lorenzo en la atención de la Salud Mental</i> .....	82
<i>El rol del HGC en la Red de Salud de San Lorenzo</i> .....	84
CONDICIONANTES ESTRUCTURALES Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN EL SOSTENIMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL .....	86
<i>La atención de Salud Mental en el HGC</i> .....	88
LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SM DEL HGC Y SU RELACIÓN CON LA RESTRUCTURACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL. ....	93
<i>El cuidado como categoría central en la atención de la Salud Mental</i> .....	96
<i>Instancias claves de la reestructuración del proceso de trabajo</i> .....	99
Las internaciones en sala general. ....	100
La atención de crisis subjetivas como soporte de la guardia general. ....	109
La creación de un dispositivo de admisión. ....	111
EL ROL DEL CUIDADO EN LA ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO DEL EQUIPO DE SM EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PADECIMIENTO PSÍQUICO DEL HGC .....	113
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>115</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>123</b>

## Resumen

En el siguiente estudio se investiga la organización del proceso de trabajo en la atención de las y los pacientes con padecimiento psíquico en el hospital general “Granaderos a Caballo” de la ciudad de San Lorenzo durante el período 2008-2012 y el rol que jugó en ello el Equipo de Salud Mental.

La orientación metodológica utilizada es de corte cualitativo. La información se obtuvo a partir de la observación y de entrevistas semi-estructuradas realizadas a actores significativos. Se define un diseño de investigación que pretende abordar el objeto de estudio desde la perspectiva de la complejidad. Se utilizaron conceptos teóricos provenientes del campo de la Medicina Social y del campo de la Salud Mental. Se analiza la organización del proceso de trabajo en dos planos interconectados, por un lado se explora la vinculación existente entre el contexto institucional y el proceso de trabajo; y por otro, se incorpora el concepto de clínica ampliada para situar la relación intersubjetiva entre quienes asisten y quienes son asistidos.

Se indaga el mapa de actores presentes en el escenario sanlorencino, la conformación del Equipo de SM en el HGC y un conjunto de prácticas de atención en Salud Mental que fueron reestructuradas en el sector de asistencia ambulatoria, en la sala de internación, en la asistencia en la guardia externa del hospital y en el dispositivo de admisión. Los resultados muestran que se incorporaron distintas herramientas organizativas, para contribuir a la recomposición del proceso de trabajo en congruencia con lo planteado por la DPSM, por la Ley provincial de Salud Mental Nro. 10.772 y por la Ley nacional de Salud Mental Nro. 26.657.

Se revela el cuidado como categoría central en la atención de la Salud Mental y se establece la vinculación existente entre la reestructuración del proceso de trabajo y el tipo de cuidado ofrecido. El Equipo de Salud Mental construyó la noción de un *cuidado especial* en las prácticas de atención, lo cual interroga las tecnologías utilizadas en la atención de la problemática de salud mental.

## **Introducción**

### **Una nueva mirada sobre la atención de la salud mental**

A partir de la Declaración de Caracas (1990), se produjo una reforma en la atención de la salud mental en el mundo, que tenía como objetivo central la protección y promoción de los derechos humanos y civiles de las personas con problemas de salud mental. Las recomendaciones allí expuestas plantearon, entre otros ejes, la adopción de medidas de integración de la atención de salud mental en la atención sanitaria general. En el documento mencionado, se advierte que, el modelo de atención de tipo asilar-custodial presenta dificultades, y es, insuficiente e ineficiente para articular una respuesta terapéutico-asistencial basada en la noción de derechos.

Es menester, entonces, incluir al hospital general como parte de esa respuesta asistencial y en función de ello repensar la función del mismo en el proceso de atención de la problemática de salud mental en el marco del nuevo paradigma propuesto basado en la atención continua e integral, de carácter comunitario, descentralizado y participativo. Por tal motivo, la readecuación de los hospitales generales, debe incluir reformas en la organización de las prácticas de asistencia, y por ende, considerar la integración de la consulta ambulatoria, la atención de las urgencias, la interconsulta especializada y la internación en sala general (camas integradas a la estructura edilicia del efector) para aquellos casos que lo requieran (DNSMyA, 2014).

Existen indicadores relevantes que pueden ilustrar el estado de situación de la atención de la salud mental. Entre el 10 y el 15 % de la población mundial sufre de enfermedades mentales, el 20 % de las personas que buscan atención en los centros de atención primaria tienen una o más enfermedades mentales, y en una de cada cuatro familias hay por lo menos un miembro con trastorno mental o del comportamiento, y además, los mismos son los responsables de provocar un alto índice de incapacidad en todo el mundo. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2001) informa que:

en 2000, los trastornos mentales y neurológicos fueron responsables de un 12% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad [AVAD<sup>1</sup>] perdidos por todo tipo de enfermedades y traumatismos. Para 2020, se prevé que la carga correspondiente a esos trastornos habrá aumentado en un 15%; sin embargo, sólo una pequeña parte de los actualmente afectados reciben algún tipo de tratamiento (p. 15)

El mismo organismo (OMS, 2001) expresa que los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales tienen relación estrecha con la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno socio-familiar. Por ello, es importante recalcar que existe riesgo diferenciado de padecer trastornos mentales según las condiciones socio-económicas (Rodríguez y González, 2007).

Por otro lado, los grupos más vulnerables no sólo enferman más, sino que tienen menos posibilidades de recibir atención adecuada. Respecto de ello, según la conferencia titulada *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*<sup>2</sup>, la participación del sistema de salud en la asistencia de los trastornos mentales es insuficiente, por lo que la carga de la problemática recae habitualmente en los usuarios, las familias y algunos agentes comunitarios (Rodríguez y González, 2007). Ese hiato asistencial existente en América Latina y el Caribe, ha sido motivo de preocupación para los organismos internacionales. Dan cuenta de ello los informes del Consorcio de Salud Mental (OMS 2004, citado en Rodríguez y González, 2007, cuadro N°5, p: 12) donde se señala que, en los países en vías de desarrollo, entre el 76,3 % y el 85,4 % de los trastornos mentales graves no habían recibido tratamiento en los últimos 12 meses.

## **El debate sobre la atención de la salud mental en América Latina**

---

<sup>1</sup> Los años de vida ajustados por discapacidad — AVAD— son la unidad de medida de la carga de enfermedad, permiten estimar las pérdidas de salud para una población con respecto a las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades. Los problemas mentales más frecuentes, responsables por lo general de discapacidades importantes, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia (OMS, 2001)

<sup>2</sup> Publicación de la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

En América Latina y el Caribe, se encuentran antecedentes de discursos pronunciados en contra del modelo asilar y de la lógica manicomial. A saber: OMS/OPS (1990): *Declaración de Caracas*; OMS (2004): *Promoción de la salud mental*; OMS/OPS (2005): *Conferencia Regional de Brasilia*; OMS (2009): *Fomento de salud mental*; OMS/OPS (2010): *Consenso de Panamá*, entre las más relevantes. La reestructuración de la atención de la salud mental, cuenta, entre las experiencias pioneras, con un movimiento sociopolítico que surge en el ámbito de la salud pública: la llamada *Reforma Psiquiátrica Brasileña*. El Brasil fue país firmante de la declaración de Caracas y se adhirió a ella tras un largo movimiento de trabajadores en salud mental, que resultó en la ley n° 9.867, del 10 de noviembre de 1999. El 6 de abril de 2001, el Gobierno Federal promulga la ley N° 10.216 que dispone la protección y protege los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo asistencial en salud mental. El 31 de julio de 2003 se firma la ley n° 10.708 —conocida como “Ley del Programa de Vuelta al Hogar”— que instituye la rehabilitación psicosocial para pacientes con trastornos mentales dados de alta del manicomio. Esa ley impulsa la desinstitucionalización de pacientes con largo tiempo de permanencia en un hospital psiquiátrico, la rehabilitación psicosocial y la inclusión en programas extrahospitalarios de atención en salud mental (Tosta Berlinck, 2009).

Sin embargo, no se debe obviar que en Europa se expandió lo que posteriormente se constituyó en una marca histórica en el movimiento de la Reforma Psiquiátrica en el mundo, la experiencia de Trieste —en las décadas del 60-70—, que fue denominada por algunos autores la *Psiquiatría sin manicomios* y estuvo liderada por Franco Basaglia. Al respecto de la experiencia europea, Rosendo (2009) dice que se constituyó con:

la política del sector en Francia (formalizada en los años '60), con el movimiento denominado “Socio-psiquiátrico-político”, y el proceso de desinstitucionalización en Italia (1967), conjuntamente con la instauración del movimiento de “psiquiatría democrática” y, como consecuencia la aprobación en ese país de la Ley de Salud Mental (1978) (p. 19).

Si bien la Declaración de Caracas (1990) fue un hecho histórico gravitante, la reforma de los servicios de salud mental ya había sido considerada cuatro años antes por la OPS/OMS (1986) en la Carta de Ottawa. En esta última se planteaba, entre otras estrategias, la reorientación de los servicios de salud dirigida al fomento de las actividades de promoción, a la intersectorialidad, a la interdisciplina y a la participación de la población.

Luego se celebró la Conferencia de Caracas (1990), la cual fue un hito en la historia de la Atención de la Salud Mental en el mundo. Por ello, es oportuno y razonable reafirmar su validez y vigencia en la actualidad y reseñar sus recomendaciones y propuestas más importantes, las cuales fueron retomadas, reevaluadas y enriquecidas en las conferencias y consensos posteriores. Dicha Conferencia (Caracas 1990), no hubiese sido posible, sino por el trabajo incansable, creativo e innovador, y el compromiso político de trabajadores y usuarios, que protagonizaron diferentes experiencias en todo el mundo, encarnadas en la reforma del modelo de atención basado en la garantía de derechos —Santos en Brasil, Río Negro en Argentina, Santa Eduviges en Honduras, Centro de Día de la ciudad de México—, entre otras (Rodríguez y González, 2007).

La Declaración surgida de la Conferencia de Caracas, parte del análisis que el modelo de la psiquiatría tradicional, basado en hospitales psiquiátricos, “no lograba los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” (OMS/OPS, 1990 s/n), por lo tanto era menester reformular y reorientar los servicios de salud mental.

Los seis puntos de la declaración se orientaron a proteger la dignidad de las personas y asegurar el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales; a reestructurar la atención psiquiátrica hacia un modelo alternativo sustentado en una perspectiva comunitaria —ligada a la Atención Primaria de Salud—; a promover la organización de servicios comunitarios de salud mental con la participación de usuarios y familiares; al desarrollo de unidades psiquiátricas en hospitales generales; a organizar los cuidados y el tratamiento basados en criterios racionales y técnicamente adecuados (OMS/OPS, 1990).

Desafortunadamente, a pesar de los grandes esfuerzos de los movimientos de reforma de la salud mental, según datos de la OMS (2001), la hegemonía cultural, organizativa y presupuestaria del hospital psiquiátrico sigue vigente. En el

mundo el 65,1 % —por 10.000 habitantes— de las camas psiquiátricas se concentran en los hospitales de salud mental (monovalentes), mientras el 15,9 % corresponde a hospitales generales; y en la región de las Américas, el número asciende al 80,6 % y el 10,3 % respectivamente.

## **El proceso de trabajo y la atención de pacientes con padecimiento psíquico en el Hospital General**

### **El caso del Hospital Granaderos a Caballo de la ciudad de San Lorenzo.**

A partir del año 2008, trabajé en la Dirección del Hospital “Granaderos a Caballo” —en adelante HGC— de la ciudad de San Lorenzo, en la provincia de Santa Fe. Es el único efector público polivalente —con internación— de la ciudad, y depende política, económica y administrativamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe —en adelante MSPSF—. Es un hospital de referencia dentro de la red de servicios del municipio de San Lorenzo y de comunas y municipios de la región. Además, se trata de una institución *central* en cuanto a atracción de usuarios que representan una *demanda disgregada*, la cual, en principio, debería ser atendida en los centros de atención primaria de la salud —en adelante CAPS—. Es decir, el Hospital, desde el punto de vista de la tradicional organización de la red de salud por niveles de complejidad, sólo debería recibir la demanda que requiera soluciones de, por lo menos, un segundo nivel de complejidad.

En el período referido, según consta en los documentos ministeriales, se hallaba catalogado como un efector con internación - Complejidad VI<sup>3</sup> y, entre otros servicios, contaba con el de psicología dentro del consultorio externo de especialidades no médicas. Más del 50% de las consultas ambulatorias no médicas correspondían a psicología, y sólo un tercio de ese porcentaje correspondía a psicología infantil; por lo tanto, el resto, respondía a la atención de adultos. En el año 2008, el servicio de salud mental estaba conformado por un psicólogo —con 24 horas semanales de labor y que formaba parte de la planta permanente del MSPSF— y tres psicólogas —cada una de ellas, con 12 horas semanales de labor, y

---

<sup>3</sup>Brinda atención en consultorio y en internación en las cuatro clínicas básicas: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Tocoginecológica y especialidades críticas: Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología. Realiza prestaciones de rehabilitación programadas para este nivel. Entre los servicios intermedios se cuentan: laboratorio, radiología, hemoterapia, anatomía patológica y anestesiología. Guardia Activa en las cuatro especialidades básicas. Funcionan unidades de cuidados intensivos y coronaria”.

cuyos contratos laborales no ofrecían garantías de estabilidad, dado que no pertenecían a la planta permanente del MSPSF—.

En el Hospital de San Lorenzo, el servicio de Psicología estaba organizado de modo tal que, ante el pedido de asistencia, se ofrecían turnos programados en consultorios externos. Esto resultaba insuficiente ante las situaciones de crisis que son, de suyo, no programadas. En caso de que la situación demandara un cuidado más intensivo que requiriera, por ejemplo, de internación, se derivaba al Hospital “Abelardo Freyre”, conocido como Colonia Psiquiátrica de Oliveros —en adelante CPO—. La CPO es un Hospital monovalente<sup>4</sup> dependiente del MSPSF, situado a 30 km de distancia de la ciudad de San Lorenzo, que alberga pacientes con diferentes problemáticas de salud mental. Está ubicado en la zona rural, y su estructura edilicia original —modificada con el correr de los años— responde al modelo de *Colonia de Alienados*. En la red de servicios, se lo califica dentro de un tercer nivel de complejidad y resolución con alta especificidad en los cuidados que ofrece, y recibe derivaciones de pacientes, en su mayoría, de la zona centro-sur de la provincia.

Fueron muchos actores los que lucharon por instalar en la agenda del Estado una ley que garantice los derechos de los *locos*. Así se aprobaron, en 1991, la Ley provincial de Salud Mental N° 10.772, y, en 2010, la Ley nacional de Salud Mental N° 26.657. Zaldúa et al. (2011) señalan, con respecto a esta última ley, que:

Implica un paradigma alternativo al manicomial y en su construcción participaron organizaciones de usuarios, familiares, profesionales, gremiales y políticas. Promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales y la modalidad de gratuidad, equidad e igualdad frente a las desigualdades sociales. Garantiza asistencia legal, revisión y excepcionalidad de las internaciones prolongadas y el consentimiento informado, así como el derecho a tomar decisiones vinculadas al tratamiento y rehabilitación e integración en la comunidad. (p. 1)

---

<sup>4</sup> Monovalente refiere a instituciones que trabajan con un sólo tipo de patología o problema de salud.

Los cambios contemplados en ambas leyes argentinas de Salud Mental anticipaban la insalvable necesidad de redefinir el modelo de atención en los hospitales generales tal como se habían concebido hasta ese momento. En tal sentido, el artículo 18 de la Ley Provincial de Salud Mental 10.772 (1991) establece:

Transformación de establecimientos de internación [...]; 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.

Por su parte, el artículo 28 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), con el mismo espíritu, enuncia que:

Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

Con la nueva legislación, entonces, quedó establecido un marco legal protectorio que modificaba radicalmente la atención en Salud Mental. Se imponía, en consecuencia, construir *legitimidad* en los servicios y en la sociedad, lo cual equivale a incidir en la cultura institucional y a modificar prácticas fuertemente institucionalizadas. En tal sentido, Rosendo (2011) presenta al menos tres cuestiones de relevancia que suscita la definición de la ley nacional:

En primer lugar, la adecuación del sistema de salud y sus efectores para el cumplimiento de algunos de sus artículos. En segundo

término, la disputa y confrontación entre disciplinas, en base a intereses profesionales y corporativos. En tercer lugar, la incorporación del concepto de “padecimiento mental”. (s/n).

Así, en el caso de la provincia de Santa Fe —aunque no exclusivamente—, las trabajadoras y los trabajadores de la salud, junto a organizaciones no gubernamentales y algunos sectores de la estructura Estatal provincial, venían recorriendo caminos de debate y discusión acerca de los procesos de *desmanicomialización* y de la implementación de dispositivos y estrategias sustitutivas del manicomio. Las propuestas tenían como denominador común la preocupación por incluir en los proyectos terapéuticos la integración del paciente con su familia y la comunidad, recuperando sus lazos sociales y afectivos. Además, se contemplaba la adecuación de los hospitales generales para asistir a pacientes con problemas de salud mental que requirieran asistencia ambulatoria, atención en guardia e internación. La puesta en marcha de estas transformaciones agudizó la necesidad de acompañamiento y seguimiento del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas que buscaban cuidados en salud mental en dichos efectores.

El Hospital de San Lorenzo no fue la excepción. Particularmente, fue preciso redefinir la atención en salud mental en la institución y, por ende, la organización del proceso de trabajo. Tras un primer diagnóstico de situación, se decidió incorporar a dos profesionales procedentes de la CPO con experiencia en atención de situaciones de salud mental complejas. Ambas trabajaban desde el paradigma de la salud colectiva y un abordaje de la salud mental social y comunitaria, a lo que se sumaba un profeso compromiso con el espíritu de las leyes de salud mental. Mediante un acuerdo suscripto por el nivel de gestión de los dos efectores y por las propias trabajadoras, se concretó el traslado de las profesionales —una psiquiatra y una psicóloga— en *comisión de servicio*<sup>5</sup>.

Esta acción fue parte de una estrategia conjunta acordada con la CPO en el marco de los lineamientos propuestos por el MSPSF —a través de la Dirección provincial de Salud Mental, en adelante DPSM— para la atención general de pacientes con problemas de salud mental. El primer objetivo planteado se refería a

---

<sup>5</sup> *Comisión de servicio* es una figura administrativa que se utiliza en el ámbito del MSPS, por la cual un empleado presta servicios en un efector distinto al de origen sin perder la dependencia administrativa de este último.

la continuidad del tratamiento ambulatorio tras la externación de pacientes internados en la CPO oriundos de la ciudad de San Lorenzo y de la zona. El segundo objetivo contemplaba la inclusión de la especialidad de psiquiatría como oferta de servicio con la que el hospital de San Lorenzo no contaba en ese momento. La propuesta de trabajo fue comunicada previamente a ambas profesionales; en esa instancia se explicitó el sentido del proyecto, para que el traslado fuera producto de una elección y no de una imposición.

En síntesis, esta acción permitió desplegar algunos movimientos que redefinieron la atención general de pacientes con padecimiento y/o descompensación psíquica, requirieran aquellos o no internación en sala general. Las primeras consecuencias de estas redefiniciones fueron, no solo el incremento sino también la complejización de la demanda producidos por los mismos cambios dentro de la institución. En tal sentido, las y los pacientes con problemas de salud mental comenzaron a llegar por diversas vías y de modos muy heterogéneos.

Los recorridos institucionales —tras la entrada al hospital— fueron modificados a partir de los movimientos reales que hacían los usuarios según sus necesidades de salud. Se definió que, además de ofrecer consulta ambulatoria y asistencia en la sala de internación, las y los profesionales del servicio de salud mental asistirían a la guardia externa del hospital para evaluar allí a las y los pacientes que ingresaban por consulta espontánea o derivados por otros efectores, ya fueran niños o adultos. Esta práctica posibilitó cierto diálogo con las y los trabajadores de la guardia para el abordaje de esas situaciones. A partir de este movimiento, se instaló un nuevo modo de interconsulta desde el equipo de guardia al servicio de salud mental.

A la demanda proveniente de la guardia externa y de los centros de salud — en adelante CAPS—, se fueron sumando, además, las personas derivadas desde el Juzgado de la ciudad, que empezó a hacer cumplir lo estipulado por la Ley de Salud Mental Nacional vigente en ese momento. Su decreto reglamentario, el 603/13, había sido publicado en el Boletín oficial en 2013; y, mediante el despacho de oficios judiciales, el Juzgado comenzó a solicitar evaluaciones respecto de diversas situaciones, al Equipo interdisciplinario de salud mental. Para reformular esa demanda, se organizó, por iniciativa de algunas profesionales del Equipo de SM, un

dispositivo de admisión de salud mental, con cierta flexibilidad de acceso al turno para ese espacio.

Los modos de padecimiento psíquico y la ocurrencia de crisis de descompensación psíquica, pusieron en escena la necesidad de reflexionar creativamente e idear estrategias de abordaje complejas para problemáticas igualmente complejas. Para ello fue necesario incluir la escucha y la mirada de las disciplinas no médicas en la discusión de las estrategias de cuidado, entendiendo que el cuidado es la “síntesis de múltiples cuidados” (Cecilio y Merhy, 2003). Y hubo, ante todo, que considerar la multiplicidad de dimensiones presentes a la hora de asistir una crisis.

Para llevar a cabo las reformas, fue imprescindible profundizar una práctica direccionada a generar condiciones de *alojamiento subjetivo* en términos psicoanalíticos y de garantía de derechos en términos políticos. Se intentó, mediante distintos recursos, ampliar el derecho contemplado en las leyes ya mencionadas con respecto al cuidado de los pacientes con problemas de salud mental incorporando al proyecto terapéutico, la internación relativamente breve en sala general y redefiniendo la atención ambulatoria y la asistencia de las crisis subjetivas en la guardia general del HGC.

Al poco tiempo de iniciar las reformas, fue necesario que las y los trabajadores del Equipo de SM pusieran en común las diferentes perspectivas disciplinares. Para ello, se buscó favorecer el diálogo y se propiciaron espacios de encuentro semanales, pero dada la singularidad de las situaciones, la apuesta era “cada vez” y a “cada paso”. Al principio, estos encuentros fueron convocados con la intención de abordar problemáticas complejas de la infancia que llegaban demandando asistencia, o mejor dicho, alguna respuesta institucional. Tras cierto recorrido, fueron destinados para problematizar y planificar intervenciones en situaciones de salud mental en general.

En este contexto, observamos cómo las demandas de asistencia en salud mental *irrumper* en la trama institucional y en la organización de las tareas cotidianas, produciendo rupturas, grietas, movimientos que no siempre son lineales —más bien recursivos—. Tenemos como presunción, que, los problemas de salud mental, provocan una alteración de la manera tradicional de procesamiento del objeto de trabajo, con la consiguiente desestructuración de la

organización del mismo. Los actores que intervienen se ven afectados por esa demanda y, se ponen en juego una multiplicidad de valoraciones, principios, creencias, actitudes, significados e intereses que tensionan la organización del proceso de trabajo. La repercusión de estos aspectos en la institución y, más específicamente, su impacto en el proceso de trabajo resulta insoslayable.

Advertimos entonces que, la exigencia de alojar-cuidar pacientes con padecimiento psíquico en el HGC imprimió un quiebre, una discontinuidad en la cotidianeidad, provocando movimientos de desestructuración de la organización del proceso de trabajo, tanto en la sala de internación como así también en otros sectores del hospital —consultorios externos y guardia general—.

A partir del relato recuperado de las entrevistas a actores significativos —Equipo de SM—, y de nuestra propia escucha y experiencia en la institución, entre otros recursos, nos proponemos analizar la organización del proceso de trabajo en la asistencia de pacientes con padecimiento psíquico de un hospital polivalente, al producirse las primeras redefiniciones del modelo de atención y el rol que jugó en ello el Equipo de SM.

Este estudio encuentra su justificación en el hecho de que se considera indispensable analizar y conocer como incide en la dinámica institucional el abordaje de situaciones de salud mental y su correlato en la organización del proceso de trabajo, ya que podría ofrecer herramientas para alojar en el ámbito hospitalario a las personas con padecimiento psíquico, permitiendo desarrollar estrategias de cuidado más inclusivas y adecuadas a las necesidades de las y los usuarios. Esta problemática, si bien debería ser de la incumbencia de los servicios de salud en general, ha quedado históricamente restringida al confinamiento en los manicomios. En este sentido, este estudio se suma al debate y discusión de los procesos de *desmanicomialización* e implementación de dispositivos y estrategias sustitutivas del manicomio propiciadas por el conjunto de las y los trabajadores de la salud y un sinnúmero de organizaciones no gubernamentales, tanto en la esfera provincial como nacional. Asimismo la *reforma psiquiátrica* como movimiento cultural viene aconteciendo en todo el mundo, de ahí la relevancia social y el alcance conceptual de este debate.

También, puede contribuir a hacer visibles las condiciones infraestructurales que se requieren para profundizar nuevos modos de tratamiento de la locura en el ámbito del hospital general.

Del mismo modo, podría aportar a la construcción de nuevos criterios de organización de los servicios hospitalarios, y echar luz a la comprensión del proceso de trabajo en salud. Por ello, desentrañar algunas de estas cuestiones podría contribuir al campo de la gestión de servicios sanitarios. Al respecto Cecilio (2001) dice:

La lucha por la equidad y la integralidad implica necesariamente repensar aspectos importantes de la organización del proceso de trabajo, gestión, planeamiento y construcción de nuevos saberes y prácticas en salud (p.113).

### **Antecedentes**

Debido a la importancia que se le adjudica en esta tesis al contexto socioeconómico que determina las prácticas en los sistemas de salud, este apartado se focaliza fundamentalmente en los estudios nacionales y latinoamericanos sobre la organización del proceso de trabajo en atención de salud mental en el hospital general, por lo cual realicé una búsqueda en dos bases de datos de publicaciones científicas de América Latina de acceso abierto, la Scientific Electronic Library Online (SciELO) y la Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe (Redalyc). Si bien no se discute en esta tesis el proceso de trabajo y de internación de personas con padecimiento psíquico en hospitales monovalentes, las contribuciones de las experiencias con eje en los procesos de desmanicomialización y creación de dispositivos sustitutos del manicomio, han sido de enorme valor historizante para la reflexión-acción en la implementación de la ley de salud mental en los hospitales generales y por ende en la transformación de algunas prácticas, y es por ello que se incluyen como parte de los antecedentes. Las mismas se reseñan en el capítulo de marco político-sanitario.

Un dato a tener en cuenta es que no se encuentran demasiados trabajos que vinculen las internaciones de pacientes con padecimiento psíquico en sala general

de un hospital polivalente con la organización del proceso de trabajo, salvo los que analizan la implementación de las leyes de salud mental.

La mayoría de los trabajos encontrados para el término “organización del proceso de trabajo en salud” versan sobre la temática de la salud de las y los trabajadores enfocada desde el análisis de los riesgos y exigencias en el trabajo, prevención y medio ambiente de trabajo. No se explorarán aquí. La búsqueda sobre “atención de salud mental en hospitales generales”, arrojó como resultado una serie de estudios que analizan la demanda a través de los motivos de consulta en distintos niveles de la red de servicios.

Llama la atención la publicación de un sinnúmero de investigaciones destinadas a interrogar el proceso de trabajo de enfermería como casi el único sector encargado del cuidado de la salud mental. Se reitera en ellas la relación intrínseca que se establece entre la organización del proceso de trabajo con el cuidado ofrecido. También coinciden en marcar la cuestión de la *humanización* en los servicios de salud como necesaria para ese cuidado y la importancia de las relaciones intersubjetivas en la dinámica del proceso de trabajo. La mayoría utiliza metodología de corte cualitativo. A modo de ejemplo se eligió el artículo “El trabajo de enfermería en salud mental: contradicciones y potencialidades actuales”, de Oliveira y Alessi (2003). Según sus autoras, permitió identificar las contradicciones y posibilidades que se presentaron en el trabajo de enfermería en salud mental en el proceso de la Reforma Psiquiátrica, basado en la construcción histórico-social de este proceso de trabajo. Se destaca que la Reforma Psiquiátrica presenta un nuevo diseño del objeto y del instrumento de trabajo que casi no se observa en el quehacer del enfermero. Se sostiene que, la posibilidad del ser humano con padecimiento psíquico de alcanzar la condición de sujeto-ciudadano, se relaciona directamente con la concientización del enfermero como sujeto-trabajador-ciudadano.

Entre los trabajos que se centran en el análisis de la implementación de las leyes de salud mental nacional y provincial, ubicamos la investigación de Ernestina Rosendo (2011). “Desafíos en la implementación de la Ley Derecho a la Protección de la salud Mental” (Ley N° 26.657). La lectura del mismo ha sido de gran utilidad para nuestro trabajo, ya que al compartir el escenario de la provincia de Santa Fe con nuestra investigación —tengamos en cuenta que las realidades de las

provincias argentinas son diferentes—, permite analizar el proceso de trabajo — siempre determinado por el contexto político-institucional— en la atención de los problemas de salud mental, con miras a la readecuación de los servicios de salud, especialmente en el hospital general. Este trabajo tiene como objetivo, analizar los posibles desafíos que conlleva la viabilidad de la nueva ley Nacional N° 26.657, identificando las líneas prioritarias de trabajo para su implementación. Está elaborado a partir de experiencias investigativas previas de la autora en la Ciudad de Buenos Aires y en la Provincia de Santa Fe. Además revisa el concepto de enfermedad mental vs padecimiento, y advierte que tal diferenciación tiene implicancias en el tipo de abordaje. La autora, lo enuncia de la siguiente manera:

Se continúa pensando en el nivel asistencial e individual; el abordaje de la salud mental —en tanto dinámica de construcción social y de derechos— implicaría focalizar la intervención destinada a garantizar el cumplimiento de derechos sociales y humanos, más que a plantear el abordaje asistencial en situaciones personales de crisis (s/n).

Utiliza un abordaje metodológico cualitativo, y recoge los datos a través de entrevistas a actores significativos, otorgándole a los mismos un lugar central en las conclusiones. El aporte a nuestro trabajo radica en la coincidencia de algunas observaciones hechas por Rosendo (2011), en palabras de la autora

la puja entre distintos actores en base a intereses corporativos diferenciales; la formación de los actuales y futuros profesionales de la salud mental; las características infraestructurales y organizativas de los servicios de salud mental, en particular los referentes a los hospitales generales (s/n).

En otro trabajo titulado “Procesos de transformación en salud mental. Desafíos y oportunidades en la construcción de trayectorias de accesibilidad en el marco de la Ley 26.657/10: Las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego.”, las autoras Faraone, Torricelli y Valero (2012), señalan que, un dispositivo favorecedor de la accesibilidad en salud, consiste en la inclusión de la asistencia de los usuarios

de salud mental dentro del hospital general. En este aspecto encontramos similitud con el planteo de nuestro trabajo. Respecto de las internaciones indican que en la provincia de Santa Fe:

La internación en el contexto del hospital general en esta provincia plantea dos desafíos centrales. Por una parte, decidir en qué servicio internar, dado que los hospitales generales no disponen de una sala específica que brinde albergue y cuidado necesario a la problemática en salud mental, se transforma en un *deambular errático* o un *camino judicial* como una respuesta en sí misma [...].

Y además, advierten que,

Otro dilema que plantea la organización del hospital general refiere a la estructuración de equipos fijos en servicios. Esta particularidad conlleva dos dificultades: por una parte, la resistencia de los equipos a moverse por fuera de su servicio específico; por otra parte, dificultades para el trabajo conjunto entre diversos profesionales o equipos pertenecientes a distintos servicios (p. 53-54).

En relación a las investigaciones referidas al abordaje de las urgencias en salud mental en hospitales generales, estas contribuyeron a pensar aspectos del objeto de estudio de nuestro trabajo, ya que plantean las dificultades y obstáculos que se presentan en la readecuación de los hospitales generales para la atención de personas con descompensación psíquica y por ende los cambios que serían necesarios en el proceso de trabajo, sobre todo en las guardias externas de los hospitales generales. Las urgencias en salud mental— como fenómeno irruptivo— tienen la capacidad de interrogar los recursos e instrumentos tecnológicos que poseen las y los trabajadores y ponen de manifiesto los modos de cuidado aprendidos. Los trabajos revisados para esta tesis, coinciden en puntualizar la insuficiencia de recursos materiales y humanos para la asistencia de la urgencia psíquica, y la necesidad de capacitación en abordajes de situaciones de salud mental por parte de las y los trabajadores de salud. A continuación dos ejemplos de lo dicho:

El estudio de Hasicic, Lattanzi, Muñoz y Ferrero (2016), llamado “Dispositivo de guardia en salud mental de un hospital general: posible adecuación a las reglamentaciones vigentes”, refiere a la atención de salud mental, especialmente a las urgencias, en una institución polivalente. Para las autoras la adecuación de los hospitales generales implica ampliar la inclusión de la persona con padecimiento mental y por lo tanto, un avance en materia de Derechos Humanos. Este trabajo tuvo dos objetivos generales, uno relacionado con análisis del funcionamiento del dispositivo de guardia en salud mental del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas, que a partir del 2014 había comenzado la adecuación, conforme a los lineamientos de las nuevas legislaciones. El otro objetivo —que las autoras llamaron de intervención— planteaba promover la adecuación del dispositivo de guardia en salud mental del servicio mencionado. Se eligió una metodología cualitativa, basada en entrevistas semi estructuradas y en la observación participante. En coincidencia con nuestra investigación, se profundiza en el análisis de la transformación institucional que requiere el hospital general, haciendo especial hincapié en la promoción de espacios institucionales para reflexionar sobre las prácticas, en la necesidad del trabajo interdisciplinario, en la promoción de las redes de apoyo y el proyecto de implementación de camas de internación en salud mental. Además se propone la creación del Hospital de Día y la conformación de una guardia interdisciplinaria en salud mental.

En el mismo sentido, encontramos otra investigación de Rojas, Santimaria, Fevre y Santimaria (2014), denominado “Incidencias de la ley nacional de salud mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras”. Las autoras se valieron de 50 entrevistas a psicólogos y psiquiatras de servicios de guardia de hospitales monovalentes y generales de C.A.B.A. y provincia de Bs As. El objetivo general fue aproximarse a la realidad de los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias, desde la mirada de los profesionales en salud mental y analizar qué aspectos contribuyen y cuáles obstaculizan la resolución de la urgencia en salud mental. Entre las ventajas se resalta la creación del equipo interdisciplinario de salud mental para las guardias externas de los hospitales públicos conformados por un médico psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social; y se menciona como positivo que las internaciones sean voluntarias, pudiéndose realizar en hospitales generales, pero

señalan que aún no cuentan con un equipo de salud mental en la guardia externa, especialmente en provincia de Buenos Aires, o que no disponen de salas de internación para salud mental debiéndose internar en las salas ya existentes, como por ejemplo clínica médica. En palabras de las autoras:

El recurso de internación en hospitales generales ha generado problemas sobre todo en casos de pacientes con descompensación psicótica o con problemáticas de consumo de sustancias ya que como relatan los profesionales entrevistados, la estructura edilicia no está preparada para recibir a este tipo de pacientes y además, el personal tanto técnico como profesional no se ha formado en dicho campo de trabajo generándose situaciones de temor y otras veces de rechazo (p. 136)

En último lugar, mostramos una investigación de Faraone, Valero, Rosendo y Torricelli (2011): “Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva. Una experiencia de transformación institucional”. Este trabajo, de corte cualitativo, relata la experiencia de cierre de una sala psiquiátrica perteneciente a la cárcel de Coronda (Santa Fe), como dispositivo sustitutivo manicomial. La información analizada proviene de un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad a los miembros del equipo de salud. Lo relevante de esta investigación para nuestro trabajo es que, explora la vinculación existente entre los contextos institucionales y el proceso de transformación de la práctica en el interior de un dispositivo desmanicomializador. Tal vinculación es considerada en nuestro trabajo como elemento central y determinante del proceso de trabajo en salud. El estudio se propuso analizar la incidencia de esos contextos en los procesos de configuración y reconfiguración de la subjetividad colectiva de los equipos intervinientes “en tanto construcción productora de los procesos de reforma” (p. 51), en la que se produjeron nuevas relaciones entre los trabajadores de salud y las personas con padecimiento psíquico alojadas allí, a través de la lógica de expresión y creación, que condujeron a “procesos de *singularización subjetiva*” (p. 61). Además puntualiza la conflictividad existente entre las y los trabajadores con “trayectorias profesionales, esquemas referenciales, finalidades y expectativas de

intervenciones diversas” (p. 55), que conducen a desarrollar prácticas con sentidos opuestos.

## **Metodología**

La orientación metodológica utilizada es de corte cualitativo, pues consideramos que su contribución más importante es que procura captar el sentido que las personas dan a sus actos, a sus ideas y al mundo que les rodea. En relación a ello, debemos tener en cuenta la cuestión de la *intencionalidad* que incorporan los abordajes cualitativos como cuestión inherente a las relaciones y a las estructuras sociales. (De Souza Minayo, 2004). Por lo tanto, también se asume el *carácter político* del trabajo en salud toda vez que los sujetos-actores disputan el sentido de las prácticas en el proceso de trabajo, generando así distintos modos de organización de las prácticas (De Souza Minayo, Ferreira Deslandes, Cruz Neto y Gomes (1996/2007).

Almeida Filho y Rouquayrol (2008) plantean 2 criterios sobre los cuales se pueden clasificar las investigaciones: uno en relación a la posición del investigador y el otro en relación a la dimensión temporal del estudio. En función de esos ejes, el presente trabajo es un estudio de corte transversal y observacional. Las técnicas de recolección de datos escogidas fueron la entrevista semi-estructurada a actores claves y la observación.

En tanto se pretende abordar el objeto de investigación desde la perspectiva de la complejidad, ya que se asume la atención de pacientes con padecimiento psíquico como un problema complejo, el diseño de esta investigación intenta abordar el objeto más allá del tradicional pensamiento simplificador y positivista según el cual se organiza el modelo biomédico.

Según Morin (2004), se trata de ejercitar un pensamiento complejo que sea capaz de tratar, de dialogar, de negociar con lo real. De lo contrario, dice el autor, corremos el riesgo de amputar y simplificar la complejidad que despliegan las relaciones que estamos estudiando.

El *pensamiento complejo*, entonces, se constituye de las causalidades no lineales, la incertidumbre y la transitoriedad del conocimiento, todo lo cual nos exige una ruptura con el molde terapéutico-asistencial asentado en la división

disciplinar, pues deja lugar al desarrollo de la tarea interdisciplinaria. Por tal razón, el trabajo en las instituciones complejas como las que integran los sistemas de salud, requiere de un enfoque holístico, emergente y contextualizado (Sotolongo Codina y Ramis Andalia, 2009). El principio del paradigma de la ciencia clásica que dice que “sólo hay ciencia de lo general” conlleva la expulsión de lo local y de lo singular (Morin, 2004). Pero es, precisamente, el reconocimiento de lo singular y de lo local, enmarcado en la explicación universal, lo que permite recuperar la singularidad del fenómeno estudiado.

En el recorrido de la investigación, se buscó comprender la experiencia cotidiana de las y los trabajadores en situación de producción —en particular, la del Equipo de SM— en sus dimensiones menos visibles, y se intentó, de esa manera, reconstruir las perspectivas de esos actores respecto de la atención de la salud mental. Nos preguntamos sobre cómo explorar la *viscosidad* de las relaciones singulares entre las y los trabajadores y las y los usuarios en el proceso de trabajo; dichas relaciones configuran una trama institucional siempre conflictiva y compleja, atravesada por historias singulares y colectivas, ruidos y murmullos, silencios y complicidades.

En definitiva, el propósito es analizar la organización del proceso de trabajo a través de las relaciones que operan en él, en un intento por complementar, y a la vez superar, el modelo analítico tradicional, que pone el eje en la descripción de organigramas, normas, disposiciones, esquemas jerárquicos, etc.

### **Los conceptos teóricos en la construcción del objeto de estudio**

Con el fin de recortar y a la vez esclarecer el objeto de estudio, se utilizaron algunos conceptos teóricos provenientes del campo de la Medicina Social y de la Salud Colectiva, el cual concibe a la salud como un derecho-necesidad que se materializa —en términos operacionales— en las acciones destinadas a garantizar el acceso a los servicios de salud. De igual modo, se sitúa el padecimiento psíquico como resultado de diferentes niveles de determinación, vinculado a las condiciones de producción social e histórica. Con ello, se construyó el marco general ideológico que posiciona la investigación.

Luego, se realizó un recorrido por autores que debaten la organización del proceso de trabajo en salud, enfatizando la dimensión del análisis institucional (Testa 1997b), la dimensión de la clínica (Sousa Campos, 2001) y el trabajo vivo en acto como posibilitador de la utilización de las tecnologías blandas en el proceso de trabajo (Merhy, 2006; Merhy y Franco, 2009; Merhy y Franco, 2016).

Siguiendo esos núcleos de sentido, el proceso de trabajo en la atención de la salud mental en el hospital general se analiza en esos dos planos-dimensiones con el propósito de restituir cierta complejidad del objeto a investigar.

En el plano general, se revisan las cuestiones atinentes a los determinantes y condicionantes del proceso de trabajo en el ámbito institucional, superando así, el modelo clásico que entiende a las instituciones solo como un agregado que contiene la estructura, los procesos y los resultados. En tal sentido, se revisan teorías generales y sustantivas sobre las instituciones sanitarias (Testa, 1997a,b), las cuales fueron el insumo principal para explorar la vinculación existente entre el contexto institucional y el proceso de trabajo. Se aspira a que las mismas contribuyan a desentrañar las relaciones intrínsecas del proceso de trabajo, y cómo se organiza el mismo a partir de determinados valores. En las instituciones productoras de servicios —como en el caso de las de salud—, la maquinaria se asienta en estos procesos, por tanto, es posible afirmar que la organización del mismo tiene incidencia directa sobre la atención de la salud mental. Asimismo, en las organizaciones sanitarias —por ejemplo, el hospital—, existen mecanismos de coordinación y regulación de las tareas que son empleados por aquellos actores con mayor capacidad y poder para ejercer su influencia en función de sus propios intereses y valores. Es así que, la corporación médica ejerce un alto grado de control sobre casi la totalidad del proceso del trabajo y se constituye en la llamada *Burocracia profesional* (Mintzberg, 2001). Por ello, se considera que las y los trabajadores de la salud son actores sociales que van componiendo un mapa de relaciones donde se disputan intereses diversos y recursos de poder con el objetivo de construir oportunidades de viabilidad para sus proyectos, generando de esa manera, procesos instituyentes e instituidos (Testa, 1997b). De tal modo, se hace hincapié en el análisis del proceso de trabajo a partir de la jerarquización de la cultura organizacional y su contexto generada en las condiciones históricas que la constituyeron.

En el plano singular se revisan las cuestiones atinentes a la organización del proceso de trabajo referida a un encuentro intersubjetivo entre quienes asisten y quienes son asistidos, y se consideran los aportes teóricos sobre la clínica ampliada —admisión, vínculo y responsabilización— (Sousa Campos, 2001). En ese encuentro se establece una cierta manera de cuidar que se produce en acto (Merhy y Franco, 2016), para lo cual, se opera principalmente con las tecnologías de las relaciones —tecnologías blandas— (Merhy, 2006). Otros instrumentos y saberes tecnológicos estructurados —tecnologías duras y blandas-duras— constituidos por normas, rutinas, protocolos de atención, equipamiento, parecieran ser de uso subsidiario en los procesos de trabajo en la atención de salud mental.

En síntesis, se revisan para el caso singular las propuestas de la clínica ampliada (Sousa Campos, 2001) en la atención de pacientes con padecimiento psíquico en hospital general y se proponen ideas tentativas de reformulación de la práctica. Planteamos contemplar un modo diferente de organización del proceso de trabajo a la luz de las teorías sobre cultura institucional (Testa, 1997).

A partir de las categorizaciones producidas desde la teoría, aspiramos en la etapa analítica, no solamente a utilizar una técnica de tratamiento de datos, sino a establecer *un modo de pensar* que permita comprender el objeto de investigación. Se busca, en esta etapa, sostener coherencia teórico-metodológica y para ello, nos ha sido muy útil el aporte de Cecilia Minayo (2004, pp. 183/199) respecto de la hermenéutica y la dialéctica como método para el tratamiento de los datos obtenidos. No es objeto de este trabajo profundizar sobre una teoría tan frondosa, solo la usaremos como concepto-guía para la interpretación de la información obtenida. Desde esta perspectiva, se asume la existencia de múltiples realidades socialmente construidas en la que existe una interacción y reconstrucción mutua entre objeto, investigador y realidad. Es decir que, pretendemos, indagar las situaciones que surgieron en el desarrollo del trabajo, como situaciones de *circularidad hermenéutica*, y de esa manera, comprender los sentidos que habitan el contexto de estudio desde una mirada crítica (Sotolongo Codina, 2007).

Los actores considerados clave, se eligieron por su participación directa en la asistencia de pacientes con padecimiento psíquico durante las instancias de admisión, atención ambulatoria, atención en guardia e internación.

Un párrafo aparte merece mi posición en esta investigación, ya que fui parte de su contexto, pues entre 2008 y 2012 me desempeñé como directora del HGC. En efecto, la relación entre el investigador y el investigado es siempre problemática y desigual. Esto genera cierta conflictividad que debe ser incorporada críticamente en el proceso investigativo, pero en este caso ello podría haberse visto intensificado por la naturaleza jerárquica de mi relación con las entrevistadas dentro del ámbito formal institucional. Considero que los aspectos asimétricos del intercambio fueron minimizados porque: i) no se estaba *cuestionando* el trabajo de las entrevistadas desde una posición externa y aséptica, en todo caso se reflexionaba sobre lo producido conjuntamente; ii) las entrevistadas conocían los objetivos reales de la investigación, dado que, en un sentido general, fueron interrogaciones que nos habíamos hecho durante el proceso de trabajo.

Respecto a implicaciones prácticas del estudio, al igual que plantea Mateos (2002), la sustitución del manicomio, solo podría efectuarse a partir de la transformación de sus lógicas y de las prácticas que lo sostienen. En ese sentido, la readecuación del HGC en consonancia con la legislación vigente, fue concebida como parte de las estrategias de sustitución del manicomio.

Mediante distintos recursos, se intentó, ampliar el derecho contemplado en la legislación, incorporando distintas herramientas organizativas, para contribuir a la recomposición del proceso de trabajo en congruencia con lo planteado por la DPSM, por la Ley provincial de Salud Mental Nro. 10.772 y por la Ley nacional de Salud Mental Nro. 26.657.

Se planteó la readecuación de la atención de salud mental en el HGC que incluía, entre las principales líneas de acción, la incorporación de las profesionales de la CPO entrenadas en situaciones de salud mental complejas; dichas líneas posibilitaron la reestructuración del proceso de trabajo a través de las tareas y funciones incorporadas a la organización del mismo. Consecuentemente se conformó el equipo interdisciplinario que permitió producir redefiniciones en la atención de la salud mental en el sector de asistencia ambulatoria; en la sala de internación con el fin de ingresar pacientes con padecimiento subjetivo; en la asistencia de estos pacientes en la guardia externa del hospital; y por último se creó un dispositivo de admisión para evaluar y alojar las situaciones de salud mental. Con todo, se modificó el modo de trabajo de otras y otros profesionales del

HGC, que se incorporaron, con diferentes niveles de compromiso, a la discusión, abordaje y toma de decisiones de la problemática.

### **Delimitando el problema de investigación**

Volviendo al planteamiento del problema de investigación, si tomamos nota de: i) la vigencia de las leyes mencionadas; ii) de la necesidad impostergable de adecuar el proceso de atención en salud mental; y iii) del significado de que parte de ese proceso se desarrolle en el ámbito de los hospitales generales, resulta pertinente preguntarnos por las directrices orientadoras de la readecuación de los hospitales generales, para situar de qué modo pudo operarse, si es que lo hizo, la reestructuración del proceso de trabajo en la atención de pacientes con padecimiento psíquico en el HGC entre los años 2008 y 2012.

En tal sentido, encontramos que la organización del proceso de trabajo en relación con la atención de la salud mental debe ser reformulada. Es por ello que, para dar cuenta de las implicancias en el proceso de trabajo —a través de un análisis crítico de los cambios producidos en ese proceso—, se investiga la conformación del Equipo de SM en el HGC y un conjunto de prácticas que fueron modificadas en consonancia con el nuevo paradigma propuesto en la legislación referida previamente. También se intenta conocer el mapa de actores en el HGC y el modo en que se vinculan, y se busca identificar las resistencias y acuerdos institucionales generados a partir de la readecuación de la atención de salud mental. Por lo tanto, se incluye el análisis de esas relaciones como elemento metodológico sustancial en este trabajo. Con todo, se intenta captar las dificultades y las deficiencias de la organización del hospital general tal y como está planteado actualmente.

Nos proponemos, entonces, como objetivo general, analizar la organización del proceso de trabajo del Equipo interdisciplinar de salud mental en la atención de pacientes con padecimiento psíquico del HGC. Al respecto, se plantea una serie de objetivos específicos:

1. Identificar las y los actores que directa o indirectamente participan de la atención de pacientes con padecimiento psíquico.

2. Examinar el rol del HGC en la red de salud de San Lorenzo, en relación con la atención en salud mental.
3. Examinar las condiciones infraestructurales (insumos, edilicias, logística, etc.), la dotación de personal y las prácticas de atención.
4. Examinar la conformación del Equipo interdisciplinar de Salud Mental del HGC y su relación con la reestructuración del proceso de trabajo en la atención en salud mental, a partir de caracterizar las etapas o momentos del modelo de atención —admisión, atención ambulatoria, atención en guardia, internación, derivación— de pacientes con padecimiento psíquico.

Para terminar esta introducción, y a modo de primera síntesis, debemos decir que entre los años 2008 y 2012, el HGC se vio en la responsabilidad de responder al marco de atención en salud mental configurado por la Ley provincial de Salud Mental Nro. 10.772 del año 1991; a las directivas de la Dirección de Salud mental de la Provincia de Santa Fe, creada en 2003; y a la sanción de la ley nacional de Salud Mental Nro. 26.657 en 2010. Dentro de dicho marco, se disponía, entre otros recursos, la internación breve de pacientes con padecimiento psíquico en el caso de ser necesaria, lo cual condujo a la desestructuración del proceso de trabajo en la atención de pacientes con padecimiento psíquico, no obstante, ese marco normativo, como expresa Galende (2011), “solo puede hacerse efectivo a través de la relación entre quienes sufren de trastorno mental y quienes asumimos su atención y nos brindamos a su cuidado” (p. 11). Por tal razón, en el HGC, las redefiniciones en el modelo de la atención de la salud mental, tuvieron que abordar las contradicciones e insuficiencias de las prácticas de atención crónicamente enraizadas en la institución. Así, la reestructuración del proceso de trabajo tuvo como meta construir un nuevo modo de relación entre quien padece y quienes lo asisten, y se plasmó en la formación del Equipo de SM a través del cual se intentó dar nueva forma a la organización de este proceso.

## **Capítulo 1**

### **Marco teórico**

El proceso de trabajo en salud y la atención de la salud mental se encuentran estrechamente vinculados. De tal manera, el marco teórico se ha construido a partir de dos ejes transversales. Las diferentes concepciones respecto del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado —en adelante, SEAC— y el campo de la salud colectiva, por un lado; y por otro, un serie de premisas teóricas en relación con el campo de la salud mental. Ambos le dan sostén a las conceptos sobre los modelos de atención, en tanto respuesta clínica e institucional a la problemática de la salud mental.

En esta investigación no se abordan los aspectos macro-sociales ni los determinantes estructurales en profundidad, tampoco los aspectos relacionados con la macrotecnocultura y con la mesotecnocultura (Testa, 1997b p. 24-31), si bien se reconocen en su potencialidad para explicar fenómenos sociales como la locura y, por ende, explicar la conformación de las organizaciones que la asisten, como los servicios de salud.

El análisis de la tecnocultura (Testa 1997b p. 24-31), por otra parte, se considera imprescindible para llegar a la comprensión de los aspectos micro-organizativos de los servicios de salud; abordar la dinámica relacional entre trabajadores y trabajadoras y usuarios y usuarias; y establecer las formas que asume el proceso de trabajo.

Como marco general, se desprende que la organización del proceso de trabajo en salud debe incorporar la discusión sobre los valores sociales que produce. En el caso de la salud mental, esa producción debería contribuir a romper con la estigmatización y la exclusión de la locura.

### **La Salud como proceso social e histórico**

Como expresó el sanitarista Floreal Ferrara (1985), el proceso salud-enfermedad es un proceso histórico y socialmente construido y, por tanto, dinámico, pues se trata de un proceso incesante, en continuo movimiento que, en

acción frente al conflicto y la necesidad de transformación de la realidad, requiere actos de intensa creatividad. Desde tal perspectiva, se jerarquiza la determinación de los procesos sociales que tienen su expresión en los procesos biopsíquicos humanos. Así, el sujeto es concebido en calidad de titular de derechos —en ejercicio de su ciudadanía— y abordado en su singularidad, pero, también, en su relación con otros de su comunidad. Se trata de sujetos integrados en la compleja espiral de la reproducción social, en la cual se configuran patrones de vulnerabilidad social muy diferentes según las condiciones objetivas de existencia, la organización de la vida social y del trabajo, las pautas de consumo, los valores culturales, etc. Asimismo, la producción de enfermedad se explica, desde este punto de vista, como un fenómeno colectivo, y a propósito de ello, como un hecho social, originado en contextos culturales y socio-históricos definidos.

En virtud de estos aspectos, los problemas de salud deben ser interpretados y analizados desde un modelo explicativo, cuyo desarrollo conceptual intente capturar la complejidad de esos procesos, en relación con su carácter social. Se reconoce que los procesos más generales de la sociedad están en estrecho vínculo con la salud de la población y de los individuos, y que las determinaciones y condicionamientos operan mediante los movimientos recursivos que conectan el plano de lo general, lo particular y lo singular (Castellanos, 1987).

Cuando el proceso SEAC es entendido como bien social, es posible de ser incorporado como objeto de la práctica en el sector salud a partir de la lectura y el análisis de las necesidades poblacionales. Cabe aclarar que el concepto de necesidad reviste una particular pertinencia para nuestro trabajo, dado que suele acontecer que la organización de los procesos de trabajo en los servicios de salud se oriente más a satisfacer las necesidades de la institución que la de los usuarios.

La visión social [de la salud] implica una determinación de la salud que se incorpora a la determinación de lo social general; es decir, que no se satisface mediante la incorporación de variables sociales en el análisis de los problemas de salud, sino que busca una misma y única explicación para las formas globales del comportamiento social —la economía, la política— y del comportamiento de la salud del conjunto de la población (Testa 1997a, p. 133).

El concepto de necesidad ha sido debatido por muchos autores en varios campos disciplinares; encontramos que algunas de esas contribuciones resultan pertinentes a la hora de pensar las necesidades en salud. En principio, el concepto no alude sólo a la falta de algo material, sino que configura un concepto científico complejo inscripto en el espacio de las relaciones sociales. Según Potyara Pereira (2016), las necesidades humanas ocupan un lugar destacado en todas las teorías sociales y en todas las prácticas políticas que se fundamentan en la justicia social y en los derechos de ciudadanía, y la razón de ello es que son precisamente las necesidades las que les sirven de presupuesto y justificación. Sin embargo, es imprescindible señalar que excede a este trabajo profundizar el frondoso debate teórico existente en la literatura sobre la categoría de necesidad, que ha dado lugar, inclusive, a la formulación de una teoría de las necesidades humanas, como en el caso de la propuesta de Doyal y Gough (1991), Heller (1996) y Max-Neef (1998), entre otros. En síntesis, además de ser de interés en el ámbito intelectual, académico y político, es un concepto que provoca polémica, tensión y disputa; por ello, resulta indispensable dejar planteadas algunas nociones sobre el tema.

La pertinencia de dicho concepto en el marco teórico de este escrito recalca en una doble exigencia; por un lado, se trata de una expresión de uso recurrente en esta investigación y, por tanto, su gravitación en el análisis no debe ser soslayada; por otro lado, se considera parte inseparable de la concepción de proceso SEAC asumida en esta tesis.

A su vez, existen diferencias de interpretación en el ámbito del pensamiento social y político respecto de la connotación negativa de la categoría necesidad, que suele ser contrapuesta a la connotación positiva de la categoría de derecho. La categoría necesidad puede remitir tanto a una faz de carencia —y, en consecuencia, dar lugar a políticas sociales focalizadas destinadas a mitigar la pobreza de los sectores más vulnerables— como a deseos o preferencias individuales, relativas y subjetivas, cuya satisfacción no puede ser proporcionada por el Estado sino por el mercado.

Para una autora como Pereira (2016), en cambio, la definición de las necesidades humanas se enlaza directamente con el ejercicio de los derechos de ciudadanía:

En suma, se observa que el concepto de necesidades humanas es relevante para justificar los derechos de la ciudadanía, en general, y los derechos sociales, en particular, y para subsidiar la creación de servicios sociales comprometidos con por lo menos el bienestar básico de la población (Pereira, 2016, p. 33).

Doyal y Gough (1991, en Pereira, 2016) definen las necesidades humanas básicas como fenómenos objetivos —porque su especificación teórica y empírica no depende de preferencias individuales— y como fenómenos universales —porque todos los seres humanos en todos los tiempos, en todas las culturas, tienen necesidades básicas comunes—. Afirman que es posible identificar dos tipos de necesidades básicas en cualquier sociedad y en cualquier cultura, estas son: salud física y autonomía. La *salud física* está asociada con el derecho a la vida, y la *autonomía* es definida como una condición del desarrollo de los sujetos en tanto seres sociales y ciudadanos (Doyal y Gough, 1991, en Pereira, 2016). En palabras de Pereira (2016):

Estos dos tipos de necesidades son cruciales, [...] porque si no fueran simultáneamente satisfechas, las personas, incluso teniendo comida garantizada, quedarán impedidas de definir valores y creencias, de perseguir fines humano-sociales y de ejercer la libertad, inclusive la negativa, apreciada por los neoliberales (p. 35).

Por su parte, para Max-Neef (1993), las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos; lo que cambia a través del tiempo y de la cultura son los medios utilizados para satisfacerlas (p. 49).<sup>6</sup> El autor plantea un desarrollo orientado hacia la satisfacción de esas necesidades que son social e históricamente construidas, y propone—al igual que otros autores—una “teoría de las necesidades humanas”

---

<sup>6</sup> Max-Neef (1993) diferencia además distintos tipos de satisfactores. A saber: *sinérgicos* —por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades—; *singulares* —apuntan a la satisfacción de una sola necesidad—; *inhibidores* —por el modo en que satisfacen (suelen sobresatisfacer) una necesidad determinada—; *Seudo-satisfactores* —estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada—, generalmente son inducidos a través de propaganda, publicidad u otros medios de persuasión; *violadores* —al ser aplicados con la intención de satisfacer una determinada necesidad, no sólo aniquilan la posibilidad de satisfacción en un plazo mediato, sino que imposibilitan, por sus efectos colaterales, la satisfacción adecuada de otras necesidades—. Los satisfactores son múltiples, variados, dinámicos y cambiantes.

desde un enfoque transdisciplinario. En este sentido, señala que para determinar si un proceso de desarrollo es mejor que otro se debe considerar la calidad de vida de las personas; esta última depende en alto grado de las posibilidades que estas tengan de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales<sup>7</sup>, las cuales son

Comprendidas en un amplio sentido, y no limitadas a la mera subsistencia, las necesidades patentizan la tensión constante entre carencia y potencia tan propia de los seres humanos (Max Neef 1993, p: 45)

Las concepciones polarizadas, referidas, en este caso, al concepto de necesidad, que contraponen, por ejemplo, derechos y necesidades, recurren a un binarismo que la realidad no posee. En esta tesis nos posicionamos, en cambio, a favor de la existencia de un correlato entre necesidades humanas y derechos sociales como objeto de intervención de las políticas públicas. En los diferentes períodos de su historia en que Argentina se orientó hacia un desarrollo del Estado de Bienestar, estos conceptos lejos de percibirse como opuestos fueron integrados dialécticamente para interpretar las necesidades sociales. En consonancia, se concretaron políticas universales de inclusión social con un explícito sentido reparador y restitutivo. Esto favoreció el empoderamiento de la sociedad civil que se organizó y se manifestó a través de las diferentes estructuras sindicales, sociales y políticas.

La relación entre Estado y sociedad incide directamente sobre los diferentes modos de incorporación de las demandas sociales, y ello configura patrones diferenciados de políticas en este terreno. El modo en que el Estado define su rol, por lo tanto, establecerá también el modo de construcción de sus políticas, que permitirán, o no, la lectura y el análisis de las necesidades poblacionales.

En la década de los noventa, la reforma del Estado en clave neoliberal que tuvo lugar en distintos países latinoamericanos afectó de manera decisiva la estructura y la organización del sector salud. El modelo neoliberal instaló en dicho

---

<sup>7</sup> Para el autor, las necesidades humanas fundamentales son: *Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad, Libertad*. Tales necesidades son también definidas según las categorías existenciales de ser, tener, hacer y estar.

sector, un sistema caracterizado por la segmentación, la fragmentación y la mercantilización de los bienes y servicios de salud. Ello originó que la oferta pública se limitara a planes de focalización. Por otro lado, se fortaleció el sector privado y aumentó el *gasto de bolsillo* para los usuarios, con servicios gerenciados según un enfoque resultadista y tecnocrático.

En las dos últimas décadas, sin embargo, se produjo un viraje en algunos países de la región que marcó cambios respecto de estas posiciones. Surgieron distintos proyectos políticos que leyeron la situación social en clave de necesidades y se propusieron intervenir a través del diseño de políticas públicas universales con el objetivo de garantizar el acceso a diversos derechos sociales.

La salud como derecho-necesidad, por lo tanto, no puede hallar medios efectivos de concreción sin que se ponga en juego el vínculo entre el Estado y los sujetos de una comunidad política, y sin que el acceso a los derechos se viabilice mediante políticas públicas inclusivas y equitativas. Entonces, la posibilidad de organizar servicios de salud capaces de atender necesidades complejas multidimensionales requiere la aplicación de distintos principios y valores sobre los cuales se organizan esas políticas públicas.<sup>8</sup> De este modo, el derecho a la salud se materializa en las acciones destinadas a garantizar el acceso a esos servicios de salud, tanto como en las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud.

### **Sobre el campo de la Salud colectiva**

La incorporación de las ciencias sociales al campo de la salud estructura la conformación de un “pensamiento social de la salud”<sup>9</sup> que considera en su análisis el contexto socioeconómico, político-ideológico y cultural de cada época y lugar.

El abordaje de la medicina como práctica técnica, supone considerar al médico<sup>10</sup> como un profesional dotado de la capacidad técnica para

---

<sup>8</sup> Una válida aclaración es aceptar que los modelos no existen en estado “puro”, habida cuenta de la complejidad desplegada en las relaciones humanas y los intereses contrapuestos de los actores en juego en el entramado social. Es una caracterización, que admite tomar las diversas concepciones de Estado como si se tratase de casos puros y resaltar, de esa manera, las diferencias y oposiciones.

<sup>9</sup> Para ampliación de la historiografía sobre pensamiento social en salud, consultar: Aurea, I., Águilas, M., María Cristina, M., Denise, C. y Ricardo, J. (2017). Pensamiento social en salud: un análisis crítico de las obras clásicas del campo de la Salud Pública en Brasil. *Revista Guillermo de Ockham*, 15(2). doi:<http://dx.doi.org/10.21500/22563202.3140>. Además de las obras de los pioneros del pensamiento social en salud, Juan Cesar García y Mario Testa.

dar respuesta a una necesidad social [...]. Entender la medicina como práctica social supone reconocer que el saber técnico solo puede aplicarse a su objeto a través de un proceso social: el proceso de producción de servicios de salud, que supone la mediación de un conjunto de relaciones sociales (Troncoso, Belmartino, Bloch y Luppi, 1986; p. 535).

Sostener que la salud es parte de ese entramado de relaciones sociales permite comprender el carácter histórico de las condiciones de producción de sus determinantes. En este sentido, la salud como bien social se entiende como un derecho.

En América Latina, durante las décadas del sesenta y el setenta, surgió una importante reflexión sobre la cuestión sanitaria que impulsó un pensamiento contrahegemónico en salud. Dicha línea tuvo su expresión institucional en el movimiento de la Medicina Social Latinoamericana, la cual concentró a muchos de los intelectuales del sector convocados alrededor de un pensamiento político y social crítico de las injusticias sociales y de las desigualdades en salud.

En ese contexto surge la *salud colectiva* como campo científico alternativo y superador de la noción tradicional de salud pública, constituido por un cuerpo teórico y una praxis que abarcan por igual las políticas, servicios y prácticas destinadas a la atención de la salud.

Dentro de esta perspectiva, tuvo lugar el desarrollo de la epidemiología social, en tanto forma de mirar, conocer y actuar alrededor del objeto problema salud-enfermedad-atención de la población. También supuso la construcción de una mirada crítica con respecto al saber y el poder del modelo biomédico, en tanto modelo clínico de atención de la enfermedad.

En síntesis, el campo definido por el concepto de salud colectiva intenta organizar las prácticas sanitarias en función de las necesidades de salud de una población que comparte un mismo espacio social en un tiempo histórico determinado. La acumulación teórica y la experiencia en este campo han permitido

---

<sup>10</sup> Podríamos considerar que no sólo los médicos son portadores del saber técnico. y ampliar la reflexión al resto de los trabajadores de la salud que participan del proceso de trabajo.

superar la visión tecnicista de la salud pública tradicional<sup>11</sup>, y contribuido a fundamentar la propuesta de una salud colectiva contextualizada (Granda, 2004). Se espera, de esa manera, recuperar la función social de la salud pública, haciendo hincapié en la producción de salud y su fin último: la defensa de la vida (Sousa Campos, 2001).

En esta visión, se reconoce la dimensión política —en tanto fuerzas sociales que disputan intereses diversos— como cualidad que sustenta los conceptos inherentes a dicho campo. Roberto Castro (2013) lo expresa del siguiente modo:

un punto de vista que no solo asuma que las categorías y las prácticas médicas que nos permiten identificar e intervenir sobre los determinantes son objetos de lucha, sino que, además, nos brinde las herramientas para identificar a los principales actores de esas luchas, sus agendas implícitas y sus cometidos manifiestos (p. 32).

Es en este campo científico en el que se incluye el desarrollo teórico-político de la experiencia estudiada.

### **Sobre el campo de la salud mental**

En este trabajo se sostiene la idea de que el malestar psíquico debe ser considerado en el campo de la salud colectiva. La salud mental así entendida se incluye y es contenida en el entretejido del proceso SEAC, el cual involucra las posibilidades que cada sujeto tiene de resolver las situaciones críticas que se le presentan en su vida cotidiana y de ganar grados crecientes de autonomía para transitar esa vida. Foucault (2012), en *La Historia de la locura en la Época Clásica*, señala cómo el concepto de locura se construye histórica y culturalmente conforme el contexto social en el que se vive, lo cual determina, también, modos terapéuticos peculiares en cada momento y en cada grupo social.

Esos fundamentos están contenidos, en cierto modo, en el espíritu de la ley. El artículo 3º de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 establece:

---

<sup>11</sup> Edmundo Granda (2004) en el artículo "A qué llamamos salud colectiva, hoy", afirma que: "... ante el éxito de la medicina clínica sobre la enfermedad individual, se consideró a principios del siglo xx, que era posible construir una "Enfermología Social" llamada Salud Pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares".

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un 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.

Los diferentes desarrollos teóricos relativos a la cuestión de la subjetividad de los individuos y su vínculo con los colectivos sociales no constituyen un eje del presente trabajo. De todas maneras, es menester aclarar que los procesos de subjetivación en el mundo capitalista<sup>12</sup> serializan, normalizan, “formatean” la subjetividad individual y social. De tal modo, nuestro sentir y hacer en el mundo va siendo modelado por muchos y diversos factores. Este proceso afecta el desarrollo del trabajo profesional, influye directamente en el proceso de trabajo y determina —de esa manera— el hacer de las instituciones.

El campo de la salud mental y las disciplinas que tradicionalmente lo componen no escapan en sus discursos y en su praxis a los postulados que establece el paradigma biomédico en salud, el cual intenta conocer el objeto a través de modelos explicativos de causalidad, que, usualmente, soslayan la dimensión subjetiva de quien padece (Galende, 1983; Ausburguer, 2002).

La psiquiatría clásica<sup>13</sup> ha adoptado este modo de construir su objeto de práctica. En efecto, la lógica del positivismo, propia del modelo clínico tradicional, también se ha desplazado al campo de la salud mental y la induce a abordar su objeto despojándolo de la dimensión social e histórica. En este marco, la patología mental —como categoría— puede existir independientemente de quién la padece y la afronta, y aparecer, además, desvinculada de las condiciones de producción social e histórica de ese padecimiento.

La clínica psiquiátrica tradicional —y, en general, la medicina— ha inventariado una serie de diagnósticos<sup>14</sup>, basados en combinaciones patológicas de

---

<sup>12</sup> Félix Guattari habla de una *maquina capitalística de producción de subjetividad*, la cual “pretende garantizar una función hegemónica dominante en todos los campos [...]. Se trata de sistemas de conexión directa entre las grandes máquinas productivas, las grandes máquinas de control social y las instancias psíquicas que definen el modo de percibir el mundo” (Rolnik y Guattari, 2006, p. 47).

<sup>13</sup> No me refiero sólo a los psiquiatras, sino a un modelo adoptado en salud por el cual se explica y se interviene sobre el objeto.

<sup>14</sup> DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Es un sistema clasificatorio con características individualistas y biologicista.

signos y síntomas, que, por estar escindidos —en su naturaleza— del sujeto padeciente, consiguen desdibujar y confundir las cualidades del objeto de conocimiento, definiendo una epidemiología de la *enfermedad mental sin sujeto*. En palabras de Ausburguer (2002):

El proceso de etiquetamiento que la enfermedad produce (diagnóstico) le confiere un destino dentro del conjunto social, y ese destino desliga el padecimiento psíquico del proceso que le dio origen (p. 65).

La probada ineficacia del modelo biomédico —centrado en la dicotomía de lo normal y lo patológico, basado en factores anatómicos, fisiológicos o en causas externas que afectan el funcionamiento orgánico— para dar respuestas a las necesidades de salud mental, junto con la emergencia de nuevas formas de expresión del padecimiento psíquico propias de los convulsionados tiempos actuales, han dado lugar a nuevos paradigmas que pusieron en discusión la lógica positiva antes mencionada. Así, se han formulado abordajes en el plano epistemológico y en el plano clínico que intentan dar cuenta del objeto restituyéndole su complejidad al incorporar la noción de malestar o padecimiento<sup>15</sup>. En este sentido, su consideración al interior del campo de la salud mental, como señala Rosendo (2011)

podría significar una complejización en la comprensión de las problemáticas de este campo, en la medida en que la estructura clínica del sujeto y/o los aspectos psicopatológicos (en términos de ‘trastorno’ o ‘enfermedad mental’), ya no se constituirían en el único nivel determinante y explicativo de los fenómenos que se producen (s/p).

Reconocer que existe un sujeto que padece remite a visibilizar a quien es *poseedor* del padecimiento psíquico y, por lo tanto, también protagonista de su propio alivio. Como señala Galende (1994), “no existen mecanismos biológicos

---

<sup>15</sup> El psicoanálisis cuenta con una extensísima producción teórica sobre el tema. No es objetivo de este trabajo profundizar sobre las teorías del sujeto.

accesibles al conocimiento sin un sujeto que los expresa e interpreta y una relación con otro que los valora y construye teorías explicativas” (p. 67).

Este equívoco ha atravesado todo el campo de la salud, dejando tanto a trabajadores como a usuarios a merced de una supuesta e ingenua objetividad científica que tuvo, y tiene, incidencia directa sobre la producción de salud en términos de satisfacción de necesidades y, por consiguiente, en los modos de intervención sobre el padecimiento psíquico. De tal manera ha sido influenciado el proceso de trabajo en los servicios de salud que ha terminado convertido en una tarea alienante y, por tanto, ineficaz. Se profundizará sobre este punto en el apartado de Proceso de trabajo en salud.

Respecto a las instituciones del modelo positivista, aún hoy, primitivos — pero vigentes— paradigmas impregnan los discursos y prácticas en el ámbito de la salud mental. El alienismo (Pinel, principios del siglo XIX) y el higienismo (Morel, a mediados del 1800) expresaron, respectivamente, el paradigma del peligro y del riesgo; y postularon un lugar de apartamiento: el hospital. Así, esta institución se desempeñó, históricamente, como refugio y asilo para pobres, desvalidos y todos quienes no pudieran sustentarse por sí mismos.

Marcas de estos paradigmas prevalecen todavía en las instituciones de salud, sostenidas por un conjunto social que establece normas de integración, de rechazo, de aceptación o de exclusión de sus ciudadanos. En tal sentido, Foucault (2012) ha sabido mostrar que

el internado no solo ha desempeñado un papel negativo de exclusión, sino también un papel positivo de organización. Sus prácticas y sus reglas han constituido un dominio de experiencia que ha tenido su unidad, su coherencia y su función (p. 132).

En ese sentido, el hospital funcionó como institución simbólica precursora del modelo asilar-manicomial. El sello identitario que suele aplicarse a la enfermedad mental está dado por la incurabilidad y lo incomprensible de la naturaleza de estos padecimientos; en tal sentido, la peligrosidad y la obscenidad son consideradas sus principales expresiones, y por lo tanto, la única respuesta científica es el encierro en el manicomio, del que se exige tutela y control (Basaglia,

2008). Consecuentemente, la peligrosidad, irreversibilidad y cronicidad fundamentan y justifican el tratamiento de por vida y el aislamiento de los sujetos. En acuerdo con esa percepción, se despliega un especie de maquinaria social que instaura la cultura del miedo a la locura, y la identifica, esencialmente, con la segregación, la discriminación, el rechazo y la estigmatización.

Finalmente, el modelo teórico-práctico e institucional que ha primado en la atención de la salud mental se ha caracterizado por ubicar lo patológico como dato natural separado de la razón. De ello resultan prácticas terapéuticas destinadas a internar y apartar a quienes no aceptan las reglas del conjunto. El correlato institucional de este modelo es un sistema asistencial de encierro y custodia — como estrategia de disciplinamiento y control social— que apuesta a la medicalización como única opción terapéutica para los problemas de salud mental. De esa manera, la asociación entre la institución manicomial, el saber psiquiátrico y el poder sobre el otro es fundamental para la asistencia de la patología mental (Galende, 1983).

En tal sentido, la crítica al modelo de la psiquiatría tradicional discute la centralidad del poder médico y el modo totalizante de las instituciones de encierro. En la misma dirección, la crítica al manicomio ha estado centrada, fundamentalmente, en los efectos negativos del aislamiento sobre los pacientes; en la supresión de derechos humanos y civiles; en la cronificación y la desocialización; en la pérdida de la propia identidad, de los lazos sociales y de la autonomía. En el manicomio, las personas, padecen, en términos de Amarante y Torre (2001), una “exclusión de ciudadanía”; es decir, dejan de ser sujetos de derecho. Esto se traduce en la lógica violatoria de los derechos y la dignidad de las personas institucionalizadas con padecimiento psíquico.

Pero no solo en el manicomio se ponen en juego el poder y el saber de la medicina. De manera similar, en el hospital general, se advierte la vulneración de los derechos de usuarias y usuarios y una gran asimetría de poder existente en las prácticas sanitarias.

Se debe considerar que las instituciones sanitarias —y en particular, las que atienden la salud mental— son formaciones complejas que no escapan a las determinaciones más generales de la sociedad de mercado. Los agentes que operan en su interior se transforman en reproductores y custodios del *status quo*, y

ejercen, en las instituciones, lo que Basaglia (1976) denominó la *violencia técnica* —delegada por la clase dominante para ser administrada por los técnicos—. Estos se convierten, entonces, en los representantes y defensores de los intereses del poder. De esa manera, si lo que se reproduce en la relación con el enfermo es una práctica opresora más que liberadora, cabe advertir sobre el sentido del acto terapéutico como un acto de violencia.

### **Sobre las instituciones sanitarias**

Dado que aquí nos enfocamos en las prácticas de salud en el hospital general, resulta pertinente recordar que las instituciones están determinadas por el contexto social y, en particular, atravesadas por los rasgos que asume, en dicho contexto, el sistema capitalista. En las sociedades contemporáneas, el capitalismo ha subordinado a su lógica la práctica sanitaria en general y, por consiguiente, la producción de los servicios sanitarios. Ya habíamos planteado con anterioridad que la lógica capitalista promueve relaciones mediadas por valores *intercambiables*<sup>16</sup> en respuesta a los intereses de los sectores dominantes, y que lo hace con el propósito de producir ganancia y acumular poder. La institución sanitaria —al igual que otras— funciona como instrumento de esos grupos, y reproduce, por tanto, en su interior, sus valores sociales en el vínculo con los usuarios. Es así que, el proceso de trabajo construye distintos tipos de valores (Marx, 1974), que en salud, determinan los procesos de organización de las prácticas (Testa, 1997b).

Sin perder de vista estas cuestiones, Testa (1997b) plantea, como aspecto central de las políticas sociales —políticas de salud—, las categorías de *espacio* y *tiempo*, que son imprescindibles para analizar la institución y de esa manera mirar el proceso de trabajo. El espacio se despliega, así, en la confrontación de lo público y lo privado<sup>17</sup> como formas en que se juega el sentido de una sociedad. Para el autor, el espacio público es el de la construcción de la historia, por ser allí donde se da la producción de sentido. Al estar definido por la presencia y los modos de interrelación de los actores sociales —espacio social—, es en él que se disputan las

---

<sup>16</sup> Para ampliar sobre el tema valores sociales, valores de uso y valores de cambio, remitimos a la lectura de Marx, C. (1974) *El Capital. Crítica de la Economía Política*; sobre todo el capítulo "Proceso de trabajo y Proceso de valoración". (pp. 139-159).

<sup>17</sup> No es estricta la diferenciación de estos ámbitos, más bien existe cierta ambigüedad en su definición y en la realidad se enlazan.

luchas políticas por el sentido y por la ocupación del territorio<sup>18</sup> —espacio físico—. En el capitalismo, sin embargo, hay predominancia del espacio privado, ganado para la reproducción del capital y de las relaciones que lo perpetúan.

Del mismo modo, el tiempo no es abordado en su dimensión exclusivamente cronológica, sino que, en la medida en que se relaciona con la producción de sentido en la constitución de sujetos sociales, es, fundamentalmente, un tiempo histórico. El tiempo histórico se vincula con movimientos y acumulaciones de la sociedad que se precipitan y que son gestados en la propia cultura. La historia, entonces, se construye a través de transformaciones sociales que producen un punto de inflexión con un fuerte contenido ideológico, y solo así da lugar a un cambio en las estructuras establecidas. Este tiempo —en muchos sentidos, inestable— no puede reducirse a modelos secuenciales, sino que se instituye mediante procesos de aceleración y desaceleración.

Es necesario, entonces, comprender las instituciones y su organización en un espacio social y en un tiempo en los que se juegan la producción de sentido y la construcción de su propia historia por parte de una comunidad. Testa (1997b) expresa una definición foucaultiana de *institución*, señalando que se refiere a una forma de comportamiento según se acepte o se rechacen las normas colectivas en un espacio social, en tanto que la *organización* es la forma de relacionarse entre personas para la realización de algún a tarea o el cumplimiento de una función. Por lo tanto no toda institución contiene una forma organizativa y viceversa. En esta perspectiva, se entiende a los sujetos como actores sociales que disputan intereses diversos y recursos de poder con el objetivo de construir oportunidades de viabilidad para sus proyectos. Según Testa (1997b), la historia de la institución debe ser tomada en cuenta, ya que moviliza el proyecto —*motivo porque*—; pero, además, el proyecto de esa institución —referido a todo aquello que se tiene que resolver— también construye historia —en tanto *motivo para*—. La historia de la institución es también la historia de la sociedad que la construyó. Matus (1987/2008) dirá que el *proyecto* es una construcción social mediada por actores sociales. Es el discurso que ordena la direccionalidad que un actor quiere dar a los cambios y una formulación para que sus intenciones sean conocidas y debatidas.

---

<sup>18</sup> Eugenio Villaça Méndes (1993) desarrolla el concepto de territorio como “proceso social” en la conformación de los distritos sanitarios. Sostiene que la noción de territorio-proceso debe trascender la visión topográfico-burocrática y entenderse como un espacio en permanente construcción, producto de una dinámica social donde se tensionan sujetos sociales puestos en la arena política. Así, el territorio es un espacio económico, político, cultural y epidemiológico.

En las instituciones productoras de servicios —como en el caso de las de salud—, la maquinaria se asienta en los procesos de trabajo, por tanto, es posible afirmar que dichas instituciones contienen una forma organizativa. Como dijimos, la organización es entendida como la estructura de las relaciones entre los sujetos que realizan alguna tarea para alcanzar fines específicos. En la medida en que lo que se organiza es, precisamente, el proceso de trabajo humano, el modo que asuma esta organización posibilitará o no, a ese grupo humano, desplegar el dinamismo necesario para conectarse con los resultados de su praxis.

Ese andamiaje que configura las conexiones entre personas en una situación dada se ve atravesado, muchas veces, por líneas o flujos donde se desarrollan intersticios que no responden a la posición dominante social, histórica e institucionalmente construida. En los bordes de lo instituido —que es lo legalizado, lo consolidado, lo que tiene vigencia y verificación social—, aparece lo instituyente, aquello que siempre ejerce un grado de oposición y que ostenta la potencia de lo desconocido, de lo que todavía no es, de lo imprevisto. Este construye, al mismo tiempo, sujetos que tienen —idealmente— como tarea la realización de un proyecto<sup>19</sup>. La legalidad estabiliza lo instituido y la legitimidad —que se configura mediante relaciones sociales establecidas entre actores con distintos intereses— construye un instituyente (Testa, 1997b). En ese sentido, los cambios en la organización del proceso de trabajo pueden ser instituyentes en tanto impliquen una crítica a lo existente y propongan un modo creativo de realizar la tarea sin perder de vista la producción para la cual han sido convocados. Esta se halla contenida en los objetivos institucionales. Para Testa (1997b, p. 59), “la organización aparecería siempre como crítica de la institución”; con lo cual, los modos de organizar la tarea serían *instituyentes* toda vez que las transformaciones producidas se asienten sobre la crítica al pensamiento dominante y por tanto respondan a valores sociales inscriptos en la defensa de la vida. Ello supone un antagonismo con las organizaciones burocráticas, que se asientan en un juego de prohibiciones y permisos, y que son capaces de funcionar más allá de las personas y del proyecto institucional. En contraposición, se propone un modelo que constituya una síntesis de necesidades, que permita, por un lado, la realización de

---

<sup>19</sup> La viabilidad del proyecto depende centralmente de un fuerte liderazgo político, intelectual y moral.

los trabajadores y trabajadoras como sujetos creativos y, por otro, la producción de salud como un derecho ciudadano.

Usualmente, las instituciones sanitarias se definen y analizan por sus aspectos estáticos —estructura y funciones—; la información que adquiere relevancia es la que describe las actividades, producción, eficiencia y costos. Los indicadores jerarquizados para la evaluación y el monitoreo de dichos establecimientos se basan en la relación entre la estructura, el proceso y el resultado. Sin embargo, también existen aspectos dinámicos que, habitualmente, se desvalorizan, aunque determinan formas particulares del hacer cotidiano. Lo estático y lo dinámico moldean por igual los ritmos del funcionamiento institucional. Es común observar en las instituciones sanitarias, en particular en el hospital, una repetición de acciones y de procedimientos, a la vez que existen momentos de turbulencia, aceleración y sobresalto.

El predominio, en el análisis, de los aspectos estáticos de la estructura, utilizados en la toma de decisiones, deja afuera el “motivo porque” de la institución. Al prescindir de esta dimensión—correspondiente a la cultura organizacional y su contexto—, se niegan las condiciones históricas de la institución y, por lo tanto, se organizan los procesos de trabajo sin tener en cuenta las necesidades poblacionales, que son —o deberían ser— el sustrato para el cual trabaja una institución de salud pública. Tanto los aspectos dinámicos como los estáticos, según ya ha sido dicho, son parte inherente al funcionamiento de una institución, de allí que, en la realidad cotidiana, puedan percibirse momentos de innovación, de creatividad y cambio, que se alternan con momentos de mayor estabilidad, adaptabilidad y reproducción de lo establecido. Basaglia (2008) sugiere, de esta manera, que para intentar

des-organizar un servicio sanitario o sea agrietar esa cultura organizacional establecida, deberíamos dejarnos permear por esas necesidades concretas de la población, de lo contrario, [...] corremos el riesgo de caer en dos errores opuestos: por un lado, proponer respuestas que van más allá del nivel de la realidad en que se encuentran las necesidades [...]; por el otro lado, el de quedar tan adheridos a la realidad, como para proponer respuestas cerradas en

la misma lógica que produce el problema que se quiere enfrentar. En ambos casos, la realidad queda inmodificada (s/p.).

### **Modelos de organización en salud**

En este apartado nos proponemos plantear algunas nociones generales relativas al modo en que habitualmente se organiza el trabajo en salud. La profundización sobre el sistema de salud y los servicios de atención a la salud, se desarrollan en el capítulo correspondiente al marco sanitario.

La forma de organización de los servicios de salud, la formación de los recursos humanos y el desarrollo científico-tecnológico están influenciados por los intereses de actores que disputan sentido al interior del campo de la salud. En consecuencia, el Estado, en función del rol que este asuma, ejercerá o no sobre ellos un papel rector. Un actor social es una persona o grupo que tiene capacidad para acumular fuerzas, imponer sus intereses y necesidades, producir acciones para influir en las situaciones e incidir en la agenda del Estado. Por lo tanto, siempre se disputan intereses diversos encarnados en los actores institucionales que trabajan en función de ganar legitimidad y de construir oportunidades de viabilidad para su proyecto.

A través del desarrollo histórico de las distintas escuelas del pensamiento administrativo, llamada Teoría General de la Administración (TGA), se ha pretendido comprender la complejidad total de una organización y, sobre todo, establecer las habilidades requeridas para administrarla. Pero dichos paradigmas resultaron insuficientes para dar cuenta de las organizaciones en el área de producción de servicios; a pesar de ello, varias de sus propuestas se introdujeron en el área de salud. Entre otros aspectos, se incorporaron los principios clásicos de la administración, como programar, ejecutar y controlar. Este traspaso de un modelo basado en criterios económicos, impregnó, en gran medida, la forma adoptada por el proceso de trabajo en salud. Además, algunas de estas corrientes han tenido como premisa construir modos de organización del proceso de trabajo que capturan el trabajo vivo, a la vez que restringen la creatividad y la capacidad de autogobierno de las y los trabajadores (Merhy, 2006).

Un extenso abanico de teorías nutre la TGA<sup>20</sup> estas se caracterizan, primordialmente, por aplicar argumentos economicistas y hacer de la empresa la institución central a ser administrada. En este sentido, resulta ilustrativa la definición de Chiavenato (2014):

Toda organización, sea industrial o prestadora de servicios, necesita ser administrada para alcanzar sus objetivos con mayor eficiencia, economía de acción y de recursos, y ser competitiva (p. 17).

En los años setenta y ochenta, se pusieron en crisis aquellas ideas tradicionales de la administración, basadas en modelos industriales con una organización de tipo piramidal; estas se enfocaban en el gasto y en la ejecución presupuestaria, porque su objetivo era competir en el mercado. Hacen entonces su aparición algunos conceptos como inestabilidad y turbulencia, innovación y creatividad; y, simultáneamente, surgen los enfoques estratégicos y de la calidad, y los que hacen eje en la cultura organizacional (Bonazzolla, 2001).

A pesar de ello, en el sector salud, persistió una fuerte influencia de la Administración científica (Taylorismo) y del enfoque neoclásico y estructuralista, con su propuesta de departamentalización; y la ya clásica división de tareas adoptada en los modelos de organización de los servicios de salud, que ha impregnado sus discursos y prácticas. Como consecuencia, se instaló una lógica asociada a la razón instrumental, en la que los medios están disociados de los fines; Sousa Campos (2005) la llamó *razón gerencial hegemónica*.

Influenciados por el esquema descrito anteriormente, en las organizaciones sanitarias —por ejemplo, el hospital—, existen mecanismos de coordinación y regulación de las tareas que son empleados por aquellos actores con mayor capacidad y poder para ejercer su influencia en función de sus propios intereses y valores. No casualmente la medicina es la que ejerce un alto grado de

---

<sup>20</sup> La Teoría General de la Administración (TGA) estudia cómo administrar las organizaciones. El contenido de la administración varía conforme a la teoría aplicada: para la Administración Científica, lo importante son los métodos y procesos de trabajo del operario; para la Teoría Clásica, la Administración implica previsión, organización, dirección, coordinación y control del trabajo realizado en toda organización; para la Teoría de las Relaciones Humanas, la administración debe buscar los mejores resultados estableciendo condiciones que permitan la integración de las personas en los grupos sociales y la satisfacción de las necesidades individuales. Para ampliación del tema consultar: Chiavenato, Idalberto (2014) *Introducción a la teoría general de la administración* (7ª edición) México.

control sobre casi la totalidad del proceso del trabajo. Prevalece lo que Mintzberg (1991) describió como *Burocracia profesional*, donde

el profesional conserva gran cuota de poder dado que su trabajo es muy complejo para ser supervisado y además la demanda de sus servicios es alta. Esto le confiere gran autonomía. Tiene un control considerable sobre su trabajo, lo que implica independencia de sus colegas y estrecha relación con los usuarios. El profesional suele identificarse más con su profesión que con la organización donde la practica (pp.159-178).

La tendencia corporativa tiene un aspecto especialmente negativo en las organizaciones de servicios públicos centradas en las necesidades poblacionales; aparece allí una tensión razonable, pero difícil de superar, entre los intereses de los profesionales y de los usuarios. Esto se expresa, ante todo, en una resistencia, por parte de los médicos y médicas, a la incorporación de otros saberes; y ella se manifiesta en la renuencia al trabajo interdisciplinario y en la pretensión de que las otras disciplinas se subordinen al saber médico hegemónico. Este último, fuertemente arraigado en la corporación médica, ha sido caracterizado a partir de los rasgos de lo que se denomina “modelo liberal-privado” (Sousa Campos, 1993). En tal sentido, la práctica médica liberal se halla centrada en los procedimientos, más que comprometida con los resultados. Así, en tanto son las reglas del mercado las que rigen el proceso, constantemente se incorporan nuevos procedimientos — de diagnóstico y terapéuticos— para la obtención del mismo producto. La libre incorporación de tecnologías y procedimientos, conforme al interés y disponibilidades financieras y administrativas de cada sector, genera la producción innecesaria de actos a alto costo que imponen un martirio adicional a las y los pacientes (Sousa Campos, 1993). Ello deja a la luz cierto primitivismo en el ámbito de la gestión y la planificación, pues se tiende a reproducir el modelo asistencial existente y se constata cierto rechazo al desarrollo de nuevas técnicas gerenciales.

En Argentina, en los noventa —período en que se concreta la gran embestida neoliberal posterior a la instauración de una democracia por entonces joven y todavía debilitada—, las reformas en salud se caracterizaron por el ajuste

fiscal, la reducción del tamaño y del rol del Estado, y la desregulación de los mercados. Los Estados capitalistas-neoliberales se definieron por la adopción de modelos de producción y gerencia de servicios que mixturaban, en diferentes grados, la administración tradicional con la intervención estatal.

De este modo, se producen una serie de reformas, que distancian el objeto y el método de trabajo de la salud pública de los problemas de salud de la población. El planeamiento, la programación y el control responden, en dicho contexto, al marco teórico-referencial del taylorismo y el fayolismo, que impulsan un sistema de gestión rígido, con estructuras autoritarias y muy jerarquizadas. Estas se hallan marcadas, a su vez, por una alta centralización de poder y una notoria resistencia al cambio.

Como veremos en el desarrollo del presente trabajo, estas precisiones resultan de gran relevancia para comprender en qué escenario se desarrollaron las reformas en el proceso de trabajo en la atención de salud mental en el hospital general.

## **Sobre el modelo de atención**

### **La construcción del concepto de modelo de atención**

Un enfoque amplio e integrador de lo que implican los diversos modelos<sup>21</sup> de atención conduciría a considerar los múltiples modos en que las sociedades alivian sus dolencias; ello excede a los servicios de salud, pero los incluye. Por lo tanto, los modelos de atención, en un sentido amplio, pueden definirse como actividades destinadas a la atención de los padecimientos; buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar o curar un padecimiento determinado (Menéndez, 2003). En tal sentido, dentro de los múltiples modos en los que se organiza la respuesta social a las necesidades de salud de la población, podemos encontrar, por ejemplo, los servicios de salud. Por ello mismo, dado que se trata de un proceso que tiene lugar en un contexto histórico y social determinado, la atención de salud siempre está sujeta a sufrir modificaciones en concordancia con las sucesivas transformaciones de la sociedad.

---

<sup>21</sup>La utilización que se hará en este trabajo del término *modelo* responde a una forma convencional de designación, pero en términos conceptuales, se prefiere el concepto de *diagrama* porque sugiere la idea de una dinámica no lineal, producto de múltiples entrecruzamientos. La noción de modelo remite a una imagen cristalizada de lo hermético y lo estático.

Desde la perspectiva de Sousa Campos (1993), el modelo de atención “establece intermediaciones entre lo técnico y lo político”, pues se concreta en la medida en que las directrices de la política sanitaria entran en diálogo con el saber técnico. Incompleto y cambiante, demanda de una continua creatividad, ya que se encuentra esencialmente constituido por una multiplicidad de intereses, necesidades y saberes de usuarios y de trabajadores. En síntesis, la categoría *modelo de atención* comprende, en un sentido integrador, tanto las definiciones políticas, como la organización de los servicios y los procesos de trabajo.

Los propósitos del modelo de atención en salud, según Bonazolla (2001), podrían agruparse en, por lo menos, cuatro dimensiones. Una dimensión política que busca la garantía de un derecho ciudadano; otra, social, que tiene el deber de facilitar la participación de la población como un componente fundamental en la resolución de sus problemas de salud. En cuanto a la dimensión económica, ella requiere de la efectiva priorización y uso de los recursos en función de los resultados que se esperan. Finalmente, desde el punto de vista sanitario, el modelo de atención debe promover la participación del equipo de salud en la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo, desde un abordaje interdisciplinario, dentro de un territorio determinado.

A los fines de la investigación, la discusión ha sido acotada a los aspectos *sanitarios* del modelo de atención —que incluye la organización de los servicios y los procesos de trabajo—, sin perder la referencia general, para evitar distanciamientos profundos de la función social y política de los servicios de salud.

Por lo tanto, los modelos de atención se consideran aquí en su doble traducción material: la de una red de servicios dirigidos a la población —que organiza la atención en niveles— y la de una serie de prácticas asistenciales y comunitarias —vinculadas con la producción del proceso de trabajo— que hacen a la relación entre trabajadores y ciudadanos (MSPSF, 2008). El diseño del “modelo” depende de la concepción de salud adoptada. En nuestra investigación, son, las necesidades poblacionales las principales articuladoras y organizadoras de todos los recursos disponibles en la red de servicios.

### **La ideología y los límites del modelo tradicional. La incorporación de un punto de visto crítico**

En consonancia con lo que hemos expuesto hasta aquí, se observa que en las instituciones de salud predomina una práctica médica centrada en el cuerpo anatómico-fisiológico, lo cual se corresponde con el paradigma biomédico, llamado también modelo médico hegemónico (MMH). Para la ideología sanitaria biologicista, la etiología y la patogenia de las enfermedades se explican a través de un conjunto de causas determinadas biológicamente. En este modelo clínico tradicional, las dimensiones social, cultural y subjetiva han sido negadas o subestimadas, lo cual da lugar, muchas veces, a un empobrecimiento de la capacidad de resolver problemas — incluso aquellos de índole estrictamente biomédicos— lo cual conduce a una degradación del modelo mismo (Sousa Campos, 2001). La reiteración de abordajes estandarizados desdibuja la singularidad y las diferencias entre los sujetos, y niega sus necesidades.

El MMH no solo legitima su propia científicidad, sino que abona la diferenciación y jerarquización de los conocimientos de este orden respecto de otras explicaciones epistemológicas. Los principales rasgos estructurales del MMH son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del usuario, legitimación jurídica e identificación con la racionalidad científica (Menéndez, 1984; 1985; 1992; 2005).

De manera evidente, dicho modelo se halla unido de forma directa a las condiciones sociopolíticas dominantes, las cuales refuerzan sus características asignándole funciones respecto del Estado y de los conjuntos sociales estratificados. Así, el Estado actúa, a través de la medicina, como una institución con reconocimiento y poder de intervención sobre los cuerpos (Foucault, 2012).

Los modelos tecnoasistenciales, la burocratización y ordenamiento por jerarquías de los sistemas de salud, la descontextualización y ahistoricidad del accionar clínico, la centralidad hospitalaria, el rol hegemónico de los y las profesionales de la medicina han sido puestos en discusión por distintas corrientes de pensamiento crítico. En tal sentido, dichas corrientes plantean que una parte fundamental del problema en la atención de la salud está dada por los enfoques positivistas que atraviesan la formación y las prácticas en distintos campos, como la salud pública, la epidemiología, la planificación y la clínica. En consecuencia, procurar reformas sostenidas en el modelo de atención en salud requiere

incorporar concepciones clave en el campo político-sanitario, a saber: la de la salud colectiva; la de la epidemiología crítica; la asociada con el pensamiento estratégico (Testa, 1997a) y la Planificación Estratégica Situacional (PES) (Matus, 1987) y, finalmente, la referida a la clínica ampliada (Sousa Campos, 2001).

La relevancia del enfoque de la clínica ampliada se relaciona de manera directa con el problema de investigación de este trabajo, vinculado al análisis del proceso de trabajo en salud. Sousa Campos (1998) propone este enfoque a partir de la redefinición de la función social de la clínica y de la salud pública, con el objeto de deconstruir viejos conceptos, reformularlos y enriquecerlos mediante propuestas operativas. Fundamentalmente, Sousa Campos (1998, 2001) advierte sobre el empobrecimiento del proceso clínico en el sentido tradicional, pues queda a merced de la totalización de la enfermedad —que opera casi como un sello identitario en la vida del sujeto—; de la medicalización de los problemas de salud; de la especialización y fragmentación del cuidado; y de la predominancia de la tecnología dura en la acción terapéutica. Este riesgo queda claramente expresado en palabras del autor cuando señala que:

Tratar la enfermedad como un ser con identidad propia es la base que autoriza a un profesional de salud a intervenir en casos concretos. El problema ocurre cuando este ser de la dolencia sustituye completamente al ser que realmente es y se pierde la capacidad de que se opere con la singularidad de cada caso (Sousa Campos, 2001, p. 82).

### **La ampliación de la clínica**

Ahora bien, ¿a partir de qué rasgos es posible hablar de una nueva concepción de clínica? Principalmente, esta apela a la reestructuración del proceso de trabajo en salud con miras a la creación de situaciones que propicien un abordaje que considere al ser humano en su multidimensionalidad —biológica, subjetiva, social, política— y, por ello, ha de incorporar, necesariamente, una perspectiva interdisciplinaria. En consonancia con la propuesta de la clínica ampliada, el Plan Provincial de Salud 2008-2011 de la provincia de Santa Fe, establece que “más allá de reconocer que para la dimensión biológica y subjetiva el

sistema de salud tiene responsabilidades e incumbencias específicas”, el análisis de las dimensiones social y política “debería permitir movilizar recursos y tecnologías [...] conforme a las necesidades de cada caso” (MSPSF, 2008, s/n). Ello implica intervenciones que se realizan por “fuera del campo sanitario para enlazarse y apelar a las responsabilidades e incumbencias de otras áreas del Estado” (MSPSF, 2008, s/n). Dentro de este encuadre, resulta necesario, no obstante, preguntarse cómo se construye un diálogo entre el saber técnico y las necesidades poblacionales con el propósito de componer un encuentro humanizado y técnicamente eficaz.

Ante todo, es preciso desplazar la enfermedad como objeto central de la práctica clínica para acentuar, en cambio, el lugar del sujeto concreto, socialmente constituido. La enfermedad no se niega, pero se contextualiza al manifestarse en los cuerpos como expresión biopsíquica de los procesos socio-culturales de determinación. Sin embargo, la recomposición de la salud exige de grados crecientes de autonomía para lidiar con los conflictos y avatares que presenta la vida social. Vivir implica estar en constante movimiento, un movimiento siempre arduo, conflictivo, contradictorio, hacia la libertad y la autonomía.

En tal sentido, resulta pertinente recurrir a la definición de autonomía propuesta por Doyal y Gough (en Pereira, 2016). Dichos autores

conciben dos tipos de autonomía: la de agencia, o de acción libre de constreñimientos; y la de crítica, correspondiente a la posibilidad de que las personas evalúen y, si es posible, cambien las reglas y las prácticas de la cultura a la que pertenecen. En este nivel de autonomía, son requeridas las más amplias capacidades cognitivas y oportunidades sociales, mucho más que las requeridas por la autonomía de acción (Pereira, 2016, p: 36).

En relación con estas nociones, el abordaje clínico puede promover la autonomía en los modos de andar la vida o, por el contrario, repetir modos asistenciales que generan dependencia del poder biomédico. Desde esta concepción, el objetivo de todo trabajo terapéutico es ampliar la capacidad de autonomía del paciente. Como plantea Ascolani (2000), cuando se trata de someter

a los usuarios a cualquier práctica moderna de prestación de servicios, la pregunta esencial a formularse es: ¿cuánto estamos fabricando cuerpos y cuánto los estamos facultando para idearse a sí mismos? y ¿Cuánto contribuimos con nuestro cuidado a la autonomía de los mismos para que puedan lidiar con su propia vida?

La desmedicalización y la desinstitucionalización de las prácticas se tornan así líneas orientadoras imprescindibles para la reforma de los modelos de atención (Sousa Campos, 2001). Sobre este último tópico, cabe advertir que el término *institucionalización* comprende un sentido amplio; no solo refiere a la hospitalización, sino a toda práctica pasible de ser controlada internamente por el sistema de salud. Dicho control se caracteriza por establecer relaciones de poder profundamente asimétricas entre los agentes y los usuarios. En la salud mental, esta posición se traduce en los discursos sobre la peligrosidad de la locura o en la medicalización excesiva; ambos constituyen verdaderos impedimentos para que los pacientes logren grados crecientes de autonomía.

La perspectiva de la clínica ampliada demanda considerar grados diversos de plasticidad y creatividad en el desarrollo de la tarea para hacer lugar a las diferencias singulares entre los sujetos, además de incorporar otros saberes — disciplinares o no— que permitan componer un nuevo objeto de intervención. La acción clínica se profundiza y se enriquece si deja de basarse solo en protocolos biomédicos para dar lugar al encuentro intersubjetivo —sujeto-trabajador y sujeto-usuario— que sólo existe en acto (Merhy, 2006). En otras palabras, la clínica no queda restringida únicamente al ámbito de los procedimientos normatizados; en un sentido *ampliado*, se la concibe como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo entre las y los trabajadores y las y los usuarios en un proceso de atención integral.

Al respecto, la superación del modelo médico hegemónico implica revisar las nociones de admisión,<sup>22</sup> de vínculo y de responsabilización en relación con la tarea clínica. Estos conceptos, aplicados al trabajo en salud, podrían contribuir a formular nuevos patrones de interrelación entre los equipos y las y los usuarios, a través de un sistema de referencia estable y sostenida. Estos conceptos jugaron un rol estructurante en la conformación del dispositivo de admisión y del equipo de abordaje de situaciones complejas dentro del caso que se analiza en este trabajo.

---

<sup>22</sup> El término admisión está inspirado en el concepto de “acogimiento” que utilizan las y los sanitaristas brasileros.

Por ello, se desarrollan aquí, brevemente, algunos de los aspectos fundamentales de tales nociones propuestas por Souza Campos (2001). Principalmente, se trata de mostrar el modo en que estas intervienen en la reestructuración de la organización del proceso de trabajo.

Admitir supone “hacer lugar”, con equidad, a diversas demandas de la población en función de las necesidades, con el fin de propiciar la escucha de estas y promover el intercambio de información. En general, aquellos que poseen mayores necesidades en el cuidado de la salud son quienes tienen más dificultades para demandarlo. De esa manera, la admisión constituye un momento estratégico para favorecer la inclusión de los sectores más vulnerables a los servicios sanitarios. La pronta atención de situaciones percibidas como graves por las y los usuarios, o la o atención espontánea —no programada— de situaciones que aparecen como banales, ofrecen una oportunidad valiosísima para incorporar a las y los usuarios al proceso de atención y trabajar los beneficios a largo plazo de ese cuidado (Ferrandini, 2004).

En tal sentido, queda a la vista la importancia de la relación entre intervención terapéutica y vínculo, que ya ha sido establecida y analizada extensamente por la tradición psicoanalítica y que no será objeto de análisis de esta tesis. Con todo, nos interesa introducir un acercamiento a la noción de vínculo terapéutico propuesta por Sousa Campos (2001), a partir de la cual se expresa la necesidad de establecer una relación intersubjetiva entre las y los integrantes de un equipo de salud y las y los usuarios que permita disminuir la asimetría de poder existente en esa relación. No es posible un vínculo terapéutico sin el compromiso de los equipos por la procura de proyectos terapéuticos singularizados que aseguren la longitudinalidad —puedan sostenerse en el tiempo— e integralidad —a lo largo de toda la red— del proceso de atención.

Es sabido que la medicina somete a su objeto de trabajo —sujeto/contexto— a reducciones epistemológicas que tienen consecuencias iatrogénicas. Ese marcado reduccionismo autoriza a la clínica tradicional a desresponsabilizarse por la integralidad del sujeto, fragmentándolo. En el mejor de los casos, los operadores clínicos se comprometen solo con la enfermedad. Souza Campos (2001) se refiere al reduccionismo de este enfoque que “tiene innumerables consecuencias negativas”, pues tiende a “la simple eliminación de los

síntomas y, en el mejor de los casos, [...] [a] la corrección de lesiones anatómicas y funcionales”, mientras que deja en un “segundo plano tanto las posibilidades de promoción y prevención de la salud y hasta aquellas de rehabilitación” (p. 80). Otra consecuencia de ese reduccionismo es la fragmentación del proceso de trabajo en salud a partir de la proliferación de las especialidades médicas (Sousa Campos, 1993). Se invierten demasiado tiempo y energía en la producción de procedimientos desligados del proceso de cuidado y de los resultados. Resulta evidente que la organización parcelar y fragmentada afecta al proceso de trabajo al dejar fijados a las y los trabajadores a ciertas etapas del proyecto terapéutico dificultando una visión integral de este.

Por el contrario, la atención integral remite a la confluencia de varios saberes en un equipo interdisciplinario y privilegia las vinculaciones intersectoriales para el abordaje de problemas complejos.

### **Interdisciplina. Los conceptos de núcleo y campo**

La constitución de un equipo de especialistas y, por tanto, la suma de intervenciones de distintas disciplinas sobre un objeto no implica *per se* que se realice un trabajo inter/transdisciplinario. Las disciplinas no deben representarse estáticamente, pues están lejos de constituir realidades fijas, estructuradas sobre un arsenal tecnológico proveniente de consensos de la comunidad científica; acaso, son construcciones socio-históricas y culturales que reconocen la relatividad e incompletud de la construcción de los saberes (Stolkiner 1987, 2005). Tampoco el objeto de intervención en salud —el ser humano y sus necesidades— es, como ya vimos, pasible de ser fragmentado y encasillado en saberes estructurados; sin embargo, a pesar de la crisis de sus supuestos, la ciencia positiva aún argumenta que esto es posible. Pero, como bien señala Stolkiner (1987),

los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e intrincadas con cuerpos conceptuales diversos (p. 313).

Para desarrollar el trabajo clínico-institucional y, por ende, el proyecto terapéutico, se requiere el encuentro de las diferentes disciplinas y de los saberes no-disciplinarios en la producción de nuevas teorías situadas desde las prácticas concretas. Estas deben tener como centro la indagación de la complejidad de los procesos y sus mutuas relaciones. De lo contrario, se somete al objeto o, mejor dicho, a las problemáticas abordadas, a peligrosos reduccionismos, los cuales tienen como consecuencia la ineficacia de los abordajes.

Lo interdisciplinario emerge cuando el valor, el alcance de cada saber y las tareas a realizar, se definen con relación a la problemática; para ello, resulta imprescindible priorizar y programar los espacios que requiere el desenvolvimiento del trabajo interdisciplinario. Solo así podrá trascenderse una concepción que considera al grupo como la mera suma de individualidades hacia la conformación de un colectivo transdisciplinario organizado para la producción; esto significaría, por lo tanto, “hacer lugar” a diversos intereses, deseos, perspectivas, intenciones y valoraciones de los sujetos implicados.

En tal sentido, Stolkiner (2005) hace notar una dificultad frecuente en la consecución de este objetivo:

Al estar demasiado cerca de las demandas y necesidades sociales, y demasiado lejos de los ámbitos destinados a la reflexión; la temporalidad de estos equipos suele carecer de dispositivos específicos en los cuales conceptualizar rigurosamente sus prácticas (p. 7).

Las nociones de núcleo y de campo de competencia y responsabilidad propuestas por Sosa Campos (2001) nos remiten, asimismo, a la inter/transdisciplinariedad como condición necesaria para la producción de un nuevo objeto de trabajo en salud. En tal sentido, el núcleo refiere a atribuciones específicas y singularidades de determinada categoría profesional, mientras que el campo se constituye a partir de demandas que extrapolan esas atribuciones establecidas. Estos conceptos permiten abordar situaciones complejas en un espacio donde los límites entre las profesiones se desdibujan.

De este modo, la interdisciplina es vista como parte de las tecnologías indispensables en la construcción de nuevos modelos asistenciales y particularmente en la problemática de la salud mental en tanto es un problema complejo. Respecto de ello Galende (2011) plantea que

el principio de una comprensión interdisciplinaria de la problemática de lo mental no se agota en la formación de los equipos de atención y sus prácticas, la apertura a la complejidad de lo humano implicado en el trastorno mental requiere de un enfoque amplio de todas aquellas disciplinas implicadas en la comprensión del espíritu humano y la vida en común, el debate y la crítica son esenciales en este proceso que entendemos como de transición. (p. 12)

### **El rol-lugar del hospital general en el modelo de atención**

En la actualidad, y desde hace ya algunas décadas, los organismos internacionales enfatizan la necesidad de establecer un cambio de paradigma en el sector salud que se oriente desde un sistema hospitalocéntrico a otro de tipo comunitario. No debe olvidarse que el hospital es la principal referencia institucional del positivismo sanitario y que concentra atribuciones de todo tipo respecto de otros eslabones de la red de servicios. Usualmente, los efectores territoriales son, en cambio, menospreciados y desvalorizados, lo cual suele expresarse en la insuficiente provisión de insumos, de recursos técnicos y de trabajadoras y trabajadores calificados.

Entonces, ¿cómo pensar la función del hospital para alojar problemas de salud mental sin reforzar el centrismo hospitalario característico de los modelos tradicionales? ¿Cómo diseñar circuitos o flujos a partir de los movimientos reales que hacen los usuarios dentro del sistema de salud según sus deseos y necesidades? La relevancia de esta pregunta radica en la inmediata consecuencia que tendría ese diseño sobre la organización del proceso de trabajo.

Al respecto, Cecilio (1997) pone en cuestión la idea de la organización piramidal de un sistema de salud jerarquizado por niveles de complejidad y con una puerta de entrada, porque les plantea a los usuarios un ordenamiento y una

sistematización que la realidad —siempre dinámica, cambiante e impredecible— no posee. Al mismo tiempo, no puede soslayarse el hecho de que este tipo de estructuras institucionales contribuye a incrementar y consolidar el poder de la burocracia. Para romper con esta disposición, el autor propone concebir el sistema de salud con la flexibilidad de un *círculo*. El círculo se asocia con la idea de movimiento, y además, no existe una base por donde entrar ni un vértice a donde llegar ni por donde salir como en la pirámide. El círculo no solo posee múltiples entradas y salidas para los usuarios, sino que horizontaliza las relaciones entre los diferentes niveles del sistema (hospital, centros de salud, atención ambulatoria especializada, atención domiciliaria, etc.). Por último, cualquiera sea el lugar por donde ingrese el usuario con su demanda, el modelo debería permitirle orientarse dentro del sistema de salud y poner a su disposición la tecnología apropiada y los recursos necesarios para resolver su problema singular.

En un sentido semejante, también Sousa Campos (2001) propone cambios en la organización que buscan subvertir las líneas verticales y horizontales<sup>23</sup> en todo el sistema y, más notoriamente, al interior de la estructura hospitalaria. A tal fin, propone una estrategia combinatoria, y señala que ese sistema combinaría

el Método de Referencia (trabajo tendiente a la polivalencia y a la integridad) con una oferta horizontal de servicios (trabajo más específico y especializado), [lo cual] permite valorizar todas las profesiones de salud, ya sea conservando la identidad de cada una de ellas como impulsándolas para superar una postura burocratizada, típica del modelo tradicional de organizar los servicios de salud (p. 152).

El diseño organizativo operacional —válido para cualquier nivel de la red en que el equipo de salud se encuentre— se denomina Equipos de Referencia y Apoyo especializado matricial (Campos, 2001).<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Algunos autores han denominado este tipo de organización como *matricial* (por combinar la estructura jerárquica vertical con la coordinación horizontal).

<sup>24</sup> Para ampliar el tema sobre el esquema de organización propuesto por Campos, consultar: Equipos de referencia y apoyo especializado matricial. p: 152 a 160, en Campos, G. W. S. (2001). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

## Proceso de trabajo en salud

La gran apuesta de quienes han comprometido su pensamiento y su acción en la crítica del área de la salud y, específicamente, de la organización de los procesos de trabajo, es dar cuenta de los aspectos dinámicos y relacionales del trabajo en salud. Así, este análisis se complejiza en la medida en que se van incorporando variables, contextos y actores institucionales y sociales diversos. Por ello, es necesario que el proceso de trabajo en salud sea analizado como práctica social toda vez que mantiene una estrecha interacción con el contexto económico-social en el cual se desarrolla (Donnagelo, 1976).

En el ámbito de la salud, el análisis del proceso de trabajo ha sido tema de interés de varios autores latinoamericanos. Entre las contribuciones más relevantes, se encuentra las que han hecho foco en el análisis de las transformaciones del proceso de trabajo médico, las cuales involucran relaciones entre los agentes del trabajo médico, los medios de trabajo y el objeto de la práctica médica (Donnagelo, 1976; Méndez Gonçalves, 1979; Testa 1997a; Sousa Campos, 1997/2001).

Como vemos, en el sector salud, el tema adquiere algunos ribetes particulares, ya que el trabajo es parte del sector de servicios. A diferencia de lo que sucede con la producción de mercancías, en la producción de servicios el objeto producido no siempre es susceptible de venta. Y presenta aún otro rasgo, se define por su utilidad, condicionada, a su vez, por valores y comportamientos socialmente reconocidos (Nogueira, 1991). En tanto la producción de salud mantiene una estrecha vinculación con la respuesta a necesidades sociales, en ella se juegan el interés y el deseo —influenciados por esas necesidades—, por un lado, y las instituciones, por el otro.

Conviene subrayar que, el modo de procesar el trabajo, constituye la materialización de las directrices políticas que ordenan un modelo de atención. Sobre ello hemos dado cuenta en párrafos anteriores.

A continuación, mencionaremos —a modo de circunscribir nuestro objeto— los componentes del proceso de trabajo en salud. En relación a ello, Merhy (2006) retoma los tres elementos constitutivos que había propuesto Marx para la definición del trabajo. En primer lugar, señala que se trata de una actividad

orientada a un fin que se desarrolla en una estructura social determinada. En segundo lugar, se encuentra el objeto sobre el cual se trabaja, es decir, el ser humano y sus necesidades. En tercer y último término, se hallan los instrumentos de trabajo, a saber, los medios utilizados en el proceso de trabajo, por los cuales se establece un modo de relación entre las y los trabajadores de la salud y el objeto de su práctica. Esa relación supone un encuentro que es, siempre, intersubjetivo (Franco y Merhy, 2016) y se expresa singularmente en el espacio de la clínica.

Solo nos interesan estas puntuaciones en la medida que las utilicemos para visualizar las modificaciones internas que se han producido en el proceso de trabajo, acontecidas a expensas del modelo capitalista, sobre todo en el trabajo de la medicina. Entre ellas se encuentran, tal y como mencionamos anteriormente, las mediaciones que se establecen entre las y los profesionales, los instrumentos de trabajo y su objeto.

Durante el proceso coexisten por un lado, momentos en que los trabajadores despliegan la práctica generando una “mecánica” plagada de instrumentos y medios pre-establecidos y normatizados que responden a un saber-hacer, se podría decir, casi con independencia de la relación singular que está aconteciendo con las y los pacientes; y por otro lado, existen circunstancias en que se plantea un encuentro poco estructurado, singular y único que se recrea en cada situación y que permite a las y los trabajadores ampliar la capacidad de decidir y actuar creativamente redefiniendo su práctica.

La predominancia de una lógica de trabajo sobre la otra, dependerá de la compleja relación entre producción, consumo y necesidades. Se abandona aquí la pretensión de profundizar sobre este difícil engranaje, no obstante, es necesario puntualizar que la producción de salud tiene un valor de uso, en tanto las y los usuarios esperan que su salud sea reestablecida o preservada mediante una oferta de cuidados específicos. En ese sentido, Franco y Merhy (2016) plantean que el *consumo* de cuidados en salud, sólo puede darse en el espacio intercesor entre las y los trabajadores y las y los usuarios, que es, por cierto, intersubjetivo. Es particularmente importante comprender estas nociones en el proceso de trabajo en salud, porque el “consumo” —de ese bien simbólico—, se da en forma inmediata a su producción, contrariamente a los productos que se consumen de manera

diferida al momento en que son producidos, por lo tanto requerirán también de otro tipo de tecnologías (Franco y Merhy 2016).

Lo importante de resaltar aquí es que la demanda de las y los pacientes — traducida en una necesidad de atención, de escucha, de contención, de intercambio, de prescripción de tecnología, etc— motiva un encuentro en el que se ponen en juego los instrumentos de trabajo, lo que Merhy (2006) llama maletín tecnológico.

## **Tecnologías**

Siguiendo el análisis de (Merhy, 2006), los instrumentos de trabajo están constituídos por tres tipos de tecnologías: las *tecnologías duras* (TD) que comprende a los equipamientos, *tecnologías blandas-duras* (TB-D) vinculada a los conocimientos estructurados como la clínica y la epidemiología y las *tecnologías blandas* (TB) que pertenecen el ámbito de las relaciones entre las y los trabajadores y las y los usuarios, y que por ser intersubjetivas sólo se pueden producir en el momento de la relación, situación que —como ya vimos— el autor denomina “en acto”. Este encuentro implica, en la relación terapéutica, un conjunto de acciones clínicas. Allí es donde se ponen en juego las capturas y los procesos de dominación de un saber tecnológico sobre otro. Es por ello, que de la configuración que adquieran esas capturas-dominaciones resultará el proceso de trabajo clínico. De tal manera, la producción que de allí surja dependerá entonces de esa configuración y definirá el sentido de las prácticas y su traducción en los modelos de atención.

Retomando la idea de la producción de valores de uso y de valores sociales en salud, debemos decir que es durante el proceso de trabajo donde se disputan diferentes proyectos sanitarios que responden a diversos intereses de los actores en cuestión.

Lo que debe entenderse en este apartado es que la tecnología comprende todos los recursos e instrumentos capaces de provocar fisuras en la rigidez de las estructuras establecidas y por tanto con capacidad para desestructurar el proceso de trabajo, en pos de favorecer el trabajo creativo e innovador, restringiendo las circunstancias que producen su captura. Las tecnologías, en sí mismas, tienen poder instituyente en un doble sentido, por un lado en el que se planteó en las

líneas precedentes respecto de la producción del proceso de trabajo, y por otro lado respecto a la organización y gestión de procesos institucionales (Merhy 2006).

## Capítulo 2

### Marco Sanitario

Este capítulo ofrece una descripción del sistema de salud de la provincia de Santa Fe y presenta una síntesis de las directrices políticas trazadas por el MSPSF, cuyo fin es orientar la práctica sanitaria. En ese contexto, se describen los servicios sanitarios de la red de salud pública del cordón industrial de San Lorenzo del cual forma parte el municipio homónimo. El conocimiento de la organización de estas redes proporciona información pertinente sobre el escenario local e institucional en el que se desarrolló el proceso de trabajo que aquí se estudia. Asimismo, se presentan diversos aspectos del Hospital “Granaderos a Caballo” de San Lorenzo; entre ellos, el marco legal de funcionamiento —según la Ley SAMCo N.º 6.312—. Específicamente, se describen la estructura y las funciones del Hospital, aspectos que serán profundizados en el capítulo 3, con el análisis de la organización del proceso de trabajo y de las vinculaciones entre los diversos actores institucionales.

En cuanto al tema específico de la salud mental, se elabora un breve recorrido histórico sobre la atención de salud mental en América Latina; en Argentina; y, particularmente, se profundiza el caso de Santa Fe. En tal sentido, la Declaración de Caracas, del año 1990, constituye un punto de inflexión insoslayable en la reforma de la atención de la salud mental en el mundo. Las recomendaciones allí expuestas plantearon, entre otros ejes, la adopción de medidas de integración de la atención de salud mental *en* la atención sanitaria general (Rodríguez y González, 2007). Por tal razón, es necesario conocer el sistema de salud en general y los modos en que se organiza la atención, particularmente, en los hospitales generales, antes de abordar un planteo acotado a la salud mental.

Desde el enfoque teórico que se adopta en esta tesis, el análisis del sistema de salud demanda una perspectiva que incluya no solo sus funciones, recursos e insumos, sino como este se relaciona con el resto de la sociedad y sus instituciones en un determinado momento histórico (Tobar, 2000, 2012). En Occidente, el modelo de la biomedicina ostenta, respecto de los sistemas de salud vigentes, un carácter hegemónico.

## ¿Cómo definir un sistema de salud?

Según la definición establecida por la OMS en el año 2000, un sistema de salud está constituido por la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos vinculados en él, pero también por las relaciones —organizadas y coordinadas— que se dan al interior de ese sistema y cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. El objetivo final de un sistema de salud es el de alcanzar niveles óptimos de salud y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de los individuos y de los grupos poblacionales.

Otro punto de vista sostiene que puede ser definido por la función social que cumple; es decir, en tanto se configura como una respuesta social organizada para los problemas de salud de una determinada población (Tobar, 2012). Al considerar la problemática de la locura, podría pensarse que la permanencia del sistema de custodia asilar-manicomial, que resulta en la discriminación, la marginalidad y la exclusión del loco, continúa siendo el modo predominante en que la sociedad responde a dicha problemática.

Como puede observarse, las distintas *definiciones* remiten a formas diversas de abordaje y de interpretación del objeto. En tal sentido, el concepto, habitualmente utilizado, de *sistema de salud*, que proviene del funcionalismo, expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: el público, el de la seguridad social y el privado (Spinelli, 2010). Para Spinelli (2010), esta perspectiva conduce a un reduccionismo que podría ser evitado mediante la incorporación de la noción de *campo*, entendida como “la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en la que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (p. 275)<sup>25</sup>.

Las consideraciones que se harán a continuación se despliegan, por tanto, en un terreno plagado de disputas, que no puede ser sino conflictivo y contradictorio, como es el ámbito de los servicios de salud. En palabras de Testa (1997a),

---

<sup>25</sup> La noción de *campo*, tomada de Pierre Bourdieu (1997), requiere considerar el concepto de capital según la reformulación propuesta por dicho autor. Los principales capitales en juego en un campo, según Bourdieu, son: el capital económico —se interviene en función de intereses económicos—; el capital social —se interviene en función de relaciones sociales—; el capital cultural —se interviene en función de prestigio y/o conocimientos— y el capital simbólico —se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima— (en Spinelli, 2010).

el sistema de salud es, junto con un terreno de acciones específicas para resolver problemas muy sentidos por el conjunto de la población, una arena donde se debate el conflicto político —la lucha por el poder— y un campo de apropiación de recursos financieros por distintos grupos con intereses muy particulares (p. 128).

Al respecto, la función social que cumple el sistema de salud no puede ser eludida. Sin perder de vista, por lo tanto, la trascendencia de dicho concepto —al que se apela con frecuencia—, en este trabajo de investigación se hace hincapié, sobre todo, en la descripción y el análisis de los componentes, los actores institucionales y las relaciones entre ellos, en un sentido más vinculado a la noción de campo.

### **Breve historización del sistema de salud argentino**

El breve panorama histórico que sigue ha sido elaborado a partir de los estudios realizados por Susana Belmartino (1991, 2005), destacada investigadora especializada en la historia del sistema sanitario argentino.<sup>26</sup> Varias de sus investigaciones ofrecen un análisis cuidadoso y profundo de las políticas de salud en el orden nacional, y una lectura exhaustiva de la historia de la atención médica en la Argentina. La presente síntesis está guiada por dos propósitos; por un lado, contextualizar el proceso histórico en el que se desarrolla la complejidad del actual sistema sanitario nacional; por otro, señalar ciertos elementos que juegan un papel constitutivo en la recurrente fragmentación del sistema a lo largo de la historia, cuyas influencias sobre el proceso de trabajo son insoslayables.

Desde sus inicios, las instituciones de la Argentina liberal vinculadas con la asistencia en salud —hospitales, instituciones de beneficencia, mutualidades— mantuvieron con el Estado una relación vertical y clientelar. En dicho período, la legislación referida a la salud era prácticamente inexistente. En tal contexto, Belmartino (2005) indica que las primeras señales manifiestas de una crisis en el sistema de salud argentino comenzaron a notarse a partir de los años veinte del

---

<sup>26</sup> Susana Belmartino es historiadora, doctorada en la Universidad de Aix-Marsella, Francia. Es profesora de Historia Argentina del Siglo XX en la Facultad de Humanidades y Artes e investigadora del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario. Entre 1995 y 1999 dirigió la Maestría en Salud Pública del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la UNR. Entre 1978 y 2003 fue investigadora senior del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario y formó parte del equipo de redacción de los Cuadernos Médico Sociales.

siglo XX; ante todo, debido a la urbanización y la modernización, que fueron acompañadas por un aumento de la población demandante a causa del encarecimiento de la atención.

Tras la primera gran crisis capitalista del mismo siglo, en los años treinta, se experimentó una transición del Estado liberal hacia el “Estado de compromiso”, que conllevó una recomposición de la autoridad estatal. Sus organismos técnicos-burocráticos se convirtieron en catalizadores de demandas de diferentes sectores, entre los cuales el sindicalismo se destacó como un actor particularmente reconocido, en tanto interlocutor, por el Estado.

En los años cuarenta, tuvieron lugar diversas transformaciones en las políticas de salud estatales, ya que esta comenzó a ser garantizada como un derecho; a partir de lo cual se generó el sistema de obras sociales, con la participación de organizaciones sindicales, estatales y para-estatales. Este período se caracterizó, según la autora, por un gran desarrollo del subsector de la seguridad social y por la expansión de la capacidad instalada en el subsector público (Belmartino, 2005).

A partir de la década del cincuenta, los principales actores del sector fueron el Estado y la libre empresa, solo que, en este escenario, el papel del Estado se retrajo; el recorte del gasto público, como parte de las llamadas *políticas de austeridad*, impactó de forma directa sobre el sector salud. Más aún, los gobiernos posteriores a 1955 orientaron sus políticas hacia la reducción de la intervención estatal.

Como resultado de ello, a partir de los años sesenta, la capacidad instalada del subsector público comenzó a deteriorarse. El Estado renunció a su rol regulador y, por ende, la financiación y la organización de los servicios quedaron bajo control de dos corporaciones: la que agrupaba a las obras sociales y la de las organizaciones médico-gremiales.

En 1970, se sancionó la ley N.º 18.610, que puso bajo cobertura de las obras sociales a toda la población en relación de dependencia. No obstante, a partir de 1976, el giro producido por la feroz dictadura militar terminó por delinear las políticas de salud desde la lógica neoliberal. Quedó de manifiesto que, el Estado abandonaba así la responsabilidad intransferible de garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos. Esto implicó su decreciente participación en la definición,

planificación y control de la producción de los servicios de salud públicos. Dicha circunstancia se prolongó en la década del ochenta, a pesar del retorno democrático; se trató de un período ostensiblemente marcado por la disminución de la producción, con una fuerte reducción de la actividad económica y, por consiguiente, aumento del desempleo. Esto último supuso un claro debilitamiento del subsector de la seguridad social.

Como consecuencia de las estrategias de desregulación y privatización del Estado que caracterizaron los años noventa, las dificultades suscitadas en la década anterior se profundizaron. Este contexto condujo al retroceso en la producción de servicios públicos —entre ellos, la salud—, que ya venían siendo jaqueados por las políticas de ajuste. Por su parte, la precarización laboral derivada de dicho contexto acentuó la crisis en las obras sociales sindicales.

En los últimos años del siglo XX e inicios del XXI, el sector salud fue “aquejado por procesos de fuerte estratificación del acceso de la población a los servicios, endeudamiento de las organizaciones de cobertura de la atención médica, y desarrollo desequilibrado y sobredimensionado de la oferta de servicios” (Belmartino, 2005, p. 156). Esos procesos de mayor alcance tuvieron una incidencia directa sobre el desarrollo del proceso de trabajo en los efectores del sistema de salud santafesino al momento en que desarrollamos nuestra investigación.

### **El sistema de salud de la provincia de Santa Fe**

El proceso de reorganización territorial impulsado en la provincia de Santa Fe, que se inició en 2008, tenía entre sus objetivos promover la integración de territorios que se hallaban desconectados. En tal sentido, la región se concibe como un *sistema flexible*, con fronteras dinámicas, abiertas y permeables. Estas regiones configuran *redes* en las que se identifican *nodos*. La función nuclear de estos consiste en “la articulación, concentración, distribución y redistribución de capacidades, información y recursos” entre los distintos actores del territorio (MSPSF, 2011). En la provincia hay cinco nodos, Reconquista, Santa Fe, Rafaela, Rosario y Venado Tuerto.

En relación con esta reorganización, el portal oficial del MSPSF define la estructura sanitaria de la provincia de Santa Fe como compuesta por tres subsectores: el público —que abordamos específicamente en este estudio—, el privado y el de la seguridad social. El subsector público se halla estructurado en forma de red y se enfoca en la atención primaria de la salud como estrategia de organización del sistema. Dicha red está compuesta por efectores de dependencia provincial y municipal —hospitales, SAMCos y centros de salud— en articulación con otras áreas.

El sistema de salud santafesino se encuentra integrado, en razón de esta disposición ministerial, por tres niveles de complejidad. En el primer nivel, se sitúan los Centros de Salud, que se consideran como los lugares de mayor proximidad con los usuarios; en ellos se encuentra el equipo de atención primaria, que se encarga de gestionar los recursos de la red en función del problema de salud identificado o de la necesidad de salud. El segundo y el tercer nivel lo integran, por un lado, hospitales y SAMCos —de baja y mediana complejidad—, y por otro, solo hospitales que se ocupan de la atención llamada *de alta complejidad*.

El Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) es el encargado de garantizar la derivación de pacientes en la red mediante la articulación de los tres niveles, para lo cual cuenta, entre otros recursos, con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados.

Además, el sistema incluye otras redes que involucran establecimientos, equipos, tecnología y dispositivos especializados con el fin de incrementar la capacidad resolutive del sistema en su totalidad. En el momento de la investigación, se contaba con cuatro redes adicionales: la red provincial de emergencias y traslados; la de laboratorios; la de rehabilitación y la de medicamentos.

El Hospital Granaderos a Caballo, donde se realizó nuestro estudio, se encuentra situado en la Región de salud Nodo Rosario, emplazada en el sector centro-sur de la provincia; esta limita al norte con las Regiones 2 y 3, al oeste con la provincia de Córdoba, al sur con la Región 5 y la provincia de Buenos Aires y al este con la provincia de Entre Ríos. Comprende los Departamentos: Belgrano, Iriondo, San Lorenzo, Caseros (Distrito Casilda), Rosario, San Martín, San Jerónimo, y Constitución (excluido Distrito Bombal).

## **Ejes político-técnicos del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe**

En el año 2007, se presentó el proyecto sanitario que se desarrollaría en el territorio provincial con la conducción del MSPSF; su fundamento colocaba al Estado como garante del derecho a la salud. En relación a ello, se considera “que los bienes y servicios del sistema de salud son bienes sociales porque [se] entiende la Salud como un Derecho Humano Básico e inalienable” (MSPSF, 2008, s/p).<sup>27</sup>

El Estado provincial, entonces, se proponía asegurar a la ciudadanía el ejercicio de ese Derecho al poner a su disposición los bienes y servicios de salud de manera tal que pudieran ser utilizados en función de las necesidades poblacionales. Con este fin, se establecieron directrices políticas para implementar el proyecto sanitario, cuyo eje central era la equidad. Entre las varias acepciones y definiciones que acuña el concepto, el MSPSF adoptó el aporte del sanitarista Mario Rovere (1999, citado en MSPSF, 2008), quien enfatiza la necesidad de que exista “equidad en la distribución de los riesgos de enfermar y morir, equidad en la distribución del saber y del poder y equidad en la utilización efectiva de los servicios de atención de la salud” (s/p). Además, se indicaban otros principios rectores de las políticas en salud, la universalidad, accesibilidad, gratuidad, participación ciudadana, descentralización y territorialización (MSPSF, 2008, s/p).

Desde esta perspectiva, la delimitación geográfico-administrativa en regiones-nodo de salud tenía como objeto tanto definir espacios de intervención de proyectos como de distribución de recursos.<sup>28</sup>

El modelo de atención adoptado para concretar el derecho a la salud se funda en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), según la cual cada equipo de referencia de los centros de salud asume la responsabilidad por el cuidado de la salud de un determinado número de la población. Su propósito es orientar el funcionamiento del conjunto del sistema, lo cual implica gestionar, desde el nivel local-territorial, los recursos necesarios para las y los usuarios en toda la red de servicios.

---

<sup>27</sup> El “Plan Provincial de Salud 2008-2011”, fue un documento de circulación interna, destinado a sensibilizar a los equipos de gestión de los efectores de salud provinciales.

<sup>28</sup> Recordemos que el territorio es entendido aquí desde una concepción ampliada, como el espacio en el que se pretende inscribir un proceso social de transformación de las prácticas.

## **Red de Salud Pública de San Lorenzo**

La ciudad de San Lorenzo, con una superficie de 32 Km<sup>2</sup>, se encuentra ubicada al sudeste de la Provincia de Santa Fe, sobre la margen derecha del río Paraná, a 24 km de Rosario hacia el sur, 150 km de Santa Fe hacia el norte, y 320 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hacia el norte. Es cabecera del Departamento San Lorenzo, y forma, con Granadero Baigorria, Capitán Bermúdez, Fray Luis Beltrán y Puerto San Martín, el conurbano norte de Rosario, también llamado *cordón industrial San Lorenzo*. Integra, asimismo, la Región de Salud del Nudo Rosario.

El sistema de servicios de salud de la ciudad de San Lorenzo y del conurbano norte de Rosario está constituido por efectores de diferente complejidad. Particularmente, en la ciudad de San Lorenzo se encuentra el único efector público con internación de San Lorenzo y comunas aledañas, el Hospital Granaderos a Caballo (HGC). En su área de influencia —que en Santa Fe recibía la denominación de Área Programática—, se encuentran:

- catorce Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que dependen política, administrativa y financieramente de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de San Lorenzo;
- ocho SAMCos de menor complejidad ubicados en comunas aledañas — Puerto San Martín, Timbúes, Aldao, Luis Palacios, Ricardone, Serodino, Fray Luis Beltrán, Oliveros—, los cuales configuran circuitos de referencia y contrarreferencia con el HGC;
- cinco CAPS radicados en la localidad de Puerto General San Martín que dependen de la Secretaría de salud de ese municipio.

### **El Hospital “Granaderos a Caballo”**

El Hospital “Granaderos a Caballo” de la ciudad de San Lorenzo es un efector de Complejidad VI<sup>29</sup> o mediana complejidad. No obstante, al momento de esta

---

<sup>29</sup> “Brinda atención en consultorio y en internación en las cuatro clínicas básicas: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Tocoginecológica y especialidades críticas: Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología. Realiza prestaciones de rehabilitación programadas para este nivel. Entre los servicios intermedios se cuentan: laboratorio, radiología, hemoterapia, anatomía patológica y anestesiología. Guardia Activa en las cuatro especialidades básicas. Funcionan unidades de cuidados intensivos, coronaria”. (MSPSF s/a)

investigación, no disponía de todos los servicios descritos para esa categoría. Los que sí se hallaban en funcionamiento eran los siguientes: un área de internación con una dotación de 26 camas, dos enfermeras por turno de 8 horas y una enfermera de refuerzo en el turno mañana; un área de asistencia ambulatoria, compuesta por consultorios externo de especialidades médicas y no médicas —servicio de psicología, trabajo social, fonoaudiología y odontología—; servicios de apoyo —farmacia, área contable y departamento de información y estadística—; servicios generales —limpieza, mantenimiento y provisión de insumos—; servicios de laboratorio, hemoterapia y anatomía patológica; servicio de diagnóstico por imágenes —placas radiográficas, ecografías—; otros exámenes complementarios —electroencefalogramas, electrocardiogramas, audiometría, logaudiometría e impedanciometría—; servicios de rehabilitación —kinesiología, estimulación temprana y reeducación fonoaudiológica del lenguaje—; servicio de guardia externa las 24 horas, de pediatría, clínica médica y gineco-obstetricia, con una dotación de 4 camas y 2 enfermeras y enfermeros por turno; sistema de traslados compuesto por 3 (tres) vehículos equipados: 1 (una) ambulancia para emergencias, solo con médicos, 1 (una) ambulancia para traslados comunes, sin médico, con enfermeras y enfermeros, 1 (un) móvil de pronta atención, con enfermeras y enfermeros.

En cuanto a las características de la estructura edilicia del HGC, cabe señalar que, desde el año 2008, estaba organizada en tres plantas. En el subsuelo, se disponían los consultorios externos de la mayoría de las especialidades médicas. En la planta baja, se encontraba el ingreso principal, con el hall central, donde se ubicaba la oficina de turnos, contigua a ella estaba la oficina de Trabajo Social; en el ala este de la misma planta, se disponía el área de diagnóstico por imágenes; y en el ala oeste, se ubicaba la guardia externa del hospital con dos habitaciones para internación transitoria, tanto de adultos como pediátrica. El hall central se abría hacia sendos patios secos, ambos pequeños; uno cubierto, que servía de estacionamiento para las ambulancias, y otro descubierto, donde se encontraba la oficina de la comisión del SAMCo. En un pasillo situado en el contrafrente del edificio, de difícil acceso para los usuarios, se hallaban las áreas de servicios generales, el área de mantenimiento y la farmacia. En dicho sector se encontraban situados, igualmente, los consultorios de psicología y de fonoaudiología. En la

planta alta, en el ala este, estaban los servicios contables y el área de estadística e informática, junto con la dirección y la oficina de personal; en el ala oeste, se ubicaban el laboratorio, la sala de internación con dos offices de enfermería y un área restringida equipada con un quirófano principal y uno para cirugías menores, sala de partos y recepción del recién nacido. El diseño edilicio no contemplaba salas de recreación ni espacios verdes ni lugares de esparcimiento adecuados.

A continuación, se considera oportuno enumerar algunos puntos del marco legal regulatorio de la institución dadas sus implicancias en el proceso de trabajo.

La Ley N.º 6.312, sancionada el 2 de mayo de 1967, creó los entes denominados “servicios de atención médica para la comunidad” (SAMCo), con la finalidad de trasladar a la comunidad la responsabilidad por los servicios médicos curativos y preventivos. Hasta ese momento, la prestación de servicios estaba a cargo directamente del Estado, que actuaba por intermedio de sus organismos oficiales. Dicha ley constituye hasta la actualidad el marco legal de funcionamiento del HGC, así como de los otros SAMCo de la Provincia de Santa Fe. Al respecto, el por entonces ministro de salud, Dr. Miguel Ángel Capiello, en un documento producido para el Centro de Estudios Municipales y Provinciales (CEMUPRO) en el año 2007, destacaba el hecho de que Santa Fe hubiese sido “la única provincia en [...] generar su propio decreto ley, [...] con los denominados (SAMCo) Servicios de Atención Médica para la Comunidad” (p.2). Asimismo, consideraba que los SAMCo, convertidos en una institución paradigmática de la salud de la Provincia de Santa Fe, habían “operado como un obstáculo para facilitar el proceso de municipalización creciente de la salud, que se observa[ba] en el país en general, pero también opera[ba]n siguiendo una lógica que les brinda[ba] cierto aislamiento de las decisiones de salud provinciales” (Capiello, 2007, p. 2).

En términos administrativos, la Ley N.º 6312 obliga a cada comunidad —a través de sus instituciones— a ser parte del Consejo de Administración del Ente, el cual somete a votación los cargos destinados a la presidencia, la secretaría y la tesorería, que constituyen formalmente la Comisión Ejecutiva. En tal sentido, cabe destacar, en relación con el Artículo 10 de dicha Ley, la injerencia otorgada a los municipios, en tanto se dispone que “la Municipalidad [...] [debe] integrar obligatoriamente el Consejo de Administración que regirá los destinos del [SAMCo]”. La ley indica, igualmente, en su Artículo 17, el rol de la Dirección Médica

del SAMCo a cargo de un “Médico-Director designado y rentado por el Poder Ejecutivo de acuerdo a las normas del Decreto - Ley N° 07216/63 y/o disposición que lo reemplace, con las mismas obligaciones y derechos en ese aspecto que las que tienen en la actualidad esos agentes”. Determina, asimismo, que “es el único responsable de la conducción técnica del servicio e integra el Consejo de Administración en calidad de Asesor” y aunque carece de voto en las resoluciones, sí posee voz en sus deliberaciones.

La conformación de la Comisión Directiva y la relación de esta con la Dirección Médica del HGC plantean un primer punto crítico a destacar. A pesar de que la ley no lo especifica, la práctica habitual solía ser que el representante del municipio ocupase la presidencia de la Comisión Ejecutiva del SAMCo, con lo cual el municipio concentraba la mayor capacidad de control sobre los recursos económicos; este aspecto constituía también un factor de poder a favor del Municipio en las decisiones tecnoasistenciales.

Un segundo punto crítico a resaltar está dado por el complejo sistema de financiamiento —detallado en el Artículo 28º de la ley— que da cuenta de lo que Mario Testa (1997a) llama *poder administrativo*. En efecto, en dicho artículo se establecen las diversas fuentes de los recursos económicos con que cuentan los SAMCo. Entre estas cabe mencionar, el Presupuesto general de la Provincia de Santa Fe, por intermedio del MSPSF; los presupuestos de las respectivas Municipalidades o Comunas; y, particularmente, “los aportes o retribuciones por prestaciones efectuadas a personas individuales o entidades responsables, mediante el sistema que se establezca y cualquier otro estipendio percibido como contraprestación por servicios prestados dentro de las atribuciones del ente, o el producido de beneficios organizados por el mismo”, ya que afectan el principio de gratuidad de los servicios. De hecho, una abultada parte de la recaudación, durante el período abordado, provenía de lo que se denomina “fondos propios” —según lo especificado en el inciso “e” del artículo 28º de la mencionada ley—. Es de señalar que este sistema de recaudación le otorgaba a la Comisión Ejecutiva del SAMCo la facultad de decidir unilateralmente sobre la asignación de recursos económicos, sin necesidad de contar, para ello, con autorización de la dirección médica, lo cual incide directamente en el modelo de atención de la institución.

Los nudos críticos puntualizados anteriormente ponen de manifiesto un conjunto de condicionantes que actuaba, en el período estudiado, sobre la capacidad de decisión de las y los actores en cuestión. La conflictividad generada por estos condicionamientos se hacía visible en la disputa por la apropiación y acumulación de los diferentes capitales en juego (Spinelli, 2010) y por el control del poder técnico, administrativo y político<sup>30</sup> (Testa, 1997a). El análisis de esa conflictividad se desarrolla en el Capítulo 3.

## **La atención de Salud Mental**

### **Breve Historización de la atención de la Salud Mental**

En el presente apartado nos proponemos reseñar, brevemente, algunos puntos que dan cuenta de aspectos determinantes en la historia reciente de la atención de la salud mental en nuestro país. En tal sentido, Rosa Falcone (2010), en su historización de las instituciones psiquiátricas en Argentina, señaló la importancia de la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, el 11 de octubre de 1957, cuya dirección estaba integrada, entre otros, por el Dr. Mauricio Goldemberg.

El Proyecto de Reglamentación Orgánico Funcional del INSM había tenido en cuenta las recomendaciones y sugerencias de la OMS respecto de la problemática de la salud mental; postulaba, entre otras medidas, la creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y en centros periféricos de Salud Mental (Falcone, 2010). De modo general, dicho Proyecto adoptaba otro concepto de salud y enfermedad, asignaba un nuevo rol para la psiquiatría e implicaba la introducción de modificaciones importantes en el ámbito institucional (Falcone, 2010). Aun cuando en este período se buscó desplazar la asistencia psiquiátrica de los manicomios a los hospitales generales, e “inaugurar las prácticas asistenciales abiertas y la formación de nuevos profesionales (asistentes sociales, visitadoras de Higiene)” (Falcone, 2010), no se consiguió concretar el cierre de los manicomios. Es así que, hasta los años sesenta, Argentina mantuvo un modelo de atención psiquiátrica basado en una red de once Colonias, esparcidas en

---

<sup>30</sup> El autor (Testa, 1997a) define el “poder técnico como la capacidad de generar, acceder y manejar información de distintas características. Asimismo el poder administrativo es la capacidad de apropiarse y asignar recursos y el poder político es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamos de sus necesidades e intereses” ( p. 91)

diversas provincias —situadas, en general, en áreas rurales y con un diseño arquitectónico similar— (Galende, 2011).

Una profunda reforma de la atención en Salud Mental en el país llegaría recién en los años setenta. En ella, participaron profesionales, algunas organizaciones sindicales, grupos políticos y amplios sectores de la cultura. Lamentablemente, esta iniciativa fue arrasada por la dictadura militar en 1976.

Tras el retorno de la democracia, en 1983, se decidió crear la Dirección Nacional de Salud Mental, e implementar una Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM) en Buenos Aires. Este momento marcó una nueva participación de Mauricio Goldemberg en relación con los proyectos de reforma.

A partir de esta década, se sucedieron una serie de experiencias, en distintas provincias, cuyos aportes significativos a la atención en salud mental alcanzaron, en más de un caso, repercusión nacional. Además de referirnos a la creación, en 2010, de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), nos interesa señalar, en particular, la experiencia de Río Negro en los ochenta; la de San Luis en los noventa y, por último, la de Buenos Aires en 2012.

En el caso de Río Negro, nos referimos a la creación del programa provincial de Salud Mental, el cual, al iniciarse el proceso de transformación del sistema de salud mental —que hasta ese momento era asilar-manicomial— condujo al cierre, en 1988, del único manicomio existente en ese territorio, con asiento en la ciudad de Allen. La concreción de esta medida tenía como propósito superar la dicotomía biologicismo/psicopatologización que caracterizaba al modelo asilar, y basar la atención en un enfoque integrador; restituyendo, de esa manera, la complejidad que manifiesta la problemática (Cohen, 1994).<sup>31</sup> Como principios posibilitadores del proceso de desmanicomialización, el programa se planteaba rescatar los recursos de salud presentes en las personas; revisar la noción de crisis con la que se trabajaba hasta ese momento; impulsar la socialización de los conocimientos — al fomentar la autonomía de las personas, rescatando sus habilidades y potenciar sus capacidades—; y velar por la defensa de los derechos y necesidades de las personas como objetivo central de la estrategia terapéutica. Fue este proceso el que

---

<sup>31</sup> Para mayor conocimiento sobre la experiencia de Río Negro, consultar: Cohen, H (1994). El proceso de desmanicomialización en Río Negro, en Políticas en Salud Mental, O. Saidón/P. Troianovski compiladores, p: 87 a 103.

impulsó, igualmente, la sanción de la ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas con padecimiento mental, en septiembre de 1991.

En la provincia de San Luis, a partir de 1993, se procedió a reducir la ocupación de las, aproximadamente, 120 camas de las que disponía el Hospital Psiquiátrico de San Luis; que tradicionalmente solía contar con un 100% de ocupación y un tiempo promedio de internación de siete años y medio. Para el año 1998, solo había once camas, con un 65% de ocupación y un tiempo promedio de internación de ocho días. El proceso fue dirigido por el Dr. Jorge Luis Pellegrini, médico psiquiatra y director del hospital en ese momento.

En el año 2010, la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) por decreto 457/10 significó recuperar un órgano jerarquizado dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, y dio un impulso insoslayable a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. La DNSMyA tenía, como objetivo principal, trabajar en un modelo basado en el enfoque de derechos con inclusión social para personas con todo tipo de padecimiento mental.

La sanción de esta última ley marca un hito en la historia de la atención de salud mental en Argentina, ya que constituye la síntesis de la lucha de múltiples actores en el campo de la salud. Sin embargo, como ha planteado Galende (2011), a partir de la sanción de la ley se presentaron nuevos desafíos, entre los cuales dos son considerados centrales por el autor. Por un lado, se destaca que la superación del manicomio demanda generar otro tipo de recursos comunitarios para la rehabilitación y reinserción psicosocial; y por otro lado, se observa la necesidad de construir alternativas al sistema de atención de los hospitales psiquiátricos. Al respecto, cabe citar una enumeración de elementos a considerar desde la perspectiva de Galende (2011):

el desarrollo de cuidados de salud mental en los servicios de atención primaria de la salud, o la ampliación de los ya existentes, el respaldo de servicios en hospitales generales con camas para internaciones breves de pacientes en crisis, la implementación de la nueva relación jurídica que establece la Ley 26.657 de Salud Mental entre el Estado y las personas con trastorno mental, la planificación

de las políticas específicas de protección de derechos y apoyo social de los pacientes bajo tratamiento (p. 11).

Por último, consideramos oportuno reseñar brevemente la experiencia de transformación en el modelo de atención llevada adelante en el Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” (ex CENARESO), en el año 2012, cuando, por medio de una Resolución del Ministerio de Salud de la Nación, se ordenó la intervención general que disponía en sus consideraciones una nueva misión para la organización, acorde con lo estipulado en la ley nacional. Tal decisión, que se inscribía en el marco de las políticas públicas nacionales en Salud Mental, convirtió a esta institución en un hospital de referencia nacional en la aplicación de la Ley de Salud Mental.

### **La atención de Salud Mental en la provincia de Santa Fe.**

En el momento de esta investigación, la provincia de Santa Fe ya contaba con una Ley de Salud Mental (Nº 10.772) desde el año 1991, apenas un año después de la Declaración de Caracas, si bien su reglamentación se logró recién en el año 2007. Cabe destacar que dicha ley ha sido inspirada en los lineamientos trazados en aquella Conferencia. Asimismo se consideran en ella varios puntos que luego fueron incluidos en la Ley Nacional de Salud Mental Nº26.657. Si bien la ley provincial no explicita el cierre de los manicomios, igualmente incorpora la orientación garantista de los derechos de las personas con padecimiento psíquico. Martínez (2014) sitúa el contexto provincial previo a la sanción de la ley santafecina

hasta el año 1983, en el que dicho sea de paso la dirección de la Colonia<sup>32</sup> de Oliveros estaba en manos de la Armada Argentina, la totalidad de las políticas públicas en materia de salud mental se agotaba con la internación de los pacientes en este tipo de instituciones. Esta situación fue cambiando progresivamente en la

---

<sup>32</sup>“En la provincia de Santa Fe, en el momento de redacción de la ley, existían tres hospitales monovalentes de salud mental: uno en la ciudad de Rosario, otro en la ciudad de Santa Fe, y el tercero y más importante conocido como “La Colonia de Oliveros”, ubicado en un predio de ciento cuarenta hectáreas situado entre las localidades de Maciel y Oliveros, a unos sesenta kilómetros al norte de Rosario, a la vera de la ruta nacional nº 11” (Martínez, 2014, p. 4).

Provincia de Santa Fe a partir del año 1987, cuando comienzan a desarrollarse en la Colonia políticas tendientes a externar a pacientes allí alojados, enmarcadas en lo que en aquella época se denominaba “política de desmanicomialización” (p. 4).

En la provincia de Santa Fe, además de la ley N°10.772/91, se venían implementando experiencias transformadoras en el sentido de la desmanicomialización, las que tuvieron como protagonistas a trabajadores, gestores y usuarios del campo de la salud. Una de ellas fue el llamado “Experimento Oliveros”, que se concibió como un proceso de sustitución del manicomio. Al respecto, Mateo (2002, s/n, citado en Grande, 2015), se refería al mismo de la siguiente manera:

[...] nos proponemos no la abolición del manicomio, sino su sustitución a partir de la transformación de sus lógicas y de sus prácticas. No proponemos cambiar un objetivo de reclusión por otro de desalojo y expulsión, vía políticas masivas de externación, ya que ambas posiciones funcionan como anverso y reverso de la misma lógica de exclusión. Nos cuidamos de caer en la desasistencia, en nombre de una ideología desmanicomializadora que solo hace el juego del ajuste al Estado (p. 66).

Otra experiencia que resultó en una acumulación —en términos políticos—, fue originada por el Movimiento de Trabajadores de Salud Mental (MTSM). Grande (2015) señala que en el “2001 el MTSM de Santa Fe realiza su primer encuentro [y] se constituye en un actor político importante al momento de analizar las coyunturas críticas que atraviesa el desarrollo de las políticas en salud mental, fundamentalmente en el 2001” (p. 68). Apenas unos años después, fue creada la Dirección Provincial de Salud Mental, que dependía del MSPSF. Los protagonistas de los movimientos antes mencionados, consideraron que había sido “un acontecimiento producido en un contexto de disputas por instituir un programa fundado en los principios de la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 (p.75)” (Faraone, 2013, citado en Grande, 2015).

Es interesante resaltar las primeras disposiciones emanadas de esa dirección, enumeradas por Martínez (2014)

en el año 2003 y tras las inundaciones de Santa Fe, se creó la Dirección Provincial de Salud Mental, la cual dispuso la conformación de diversos dispositivos de salud mental de carácter territorial, tales como el Equipo de Fortalecimiento, el Equipo de Infancia y Adolescencia, el Equipo de Atención Primaria. Debe mencionarse también el Equipo de Cárceles, que se conformó en el año 2005, luego de “la masacre de Coronda”, hecho en el cual cuarenta detenidos tomaron el penal, quemaron a dos presos, degollaron a uno y apuñalaron a diez. Posteriormente, en octubre de 2008 y marcando un hito histórico, se cerró el “Corralito”, pabellón psiquiátrico que operaba dentro de esta unidad carcelaria desde 1985 (p. 4).

Por tanto, la Ley Nacional, la Ley provincial y la creación de la Dirección Provincial de Salud Mental colaboraron al fortalecimiento del trabajo perseverante y comprometido que ya venían realizando las y los trabajadores de múltiples sectores embarcados en la defensa de la Salud Mental como derecho humano. Reviste importancia el hecho de que estas medidas en su conjunto, tal como lo señala Faraone (2013), favorecieron la implementación de ciertas reformas; por ejemplo, “el cierre del dispositivo psiquiátrico de la cárcel de Coronda, la internación en los hospitales generales, la dotación de recursos humanos y presupuestarios para el reforzamiento del primer nivel de atención, la puesta en marcha y consolidación de las Juntas Especiales, la conformación de equipos interdisciplinarios, programa de capacitación, dispositivos alternativos, etc” (p. 44) (citado en Grande, 2015)

### **La atención de Salud Mental en el HGC de San Lorenzo**

En el año 2008, el servicio de psicología del HGC de San Lorenzo estaba conformado por un psicólogo y tres psicólogas. El psicólogo tenía asignadas 24 horas semanales de labor, y junto con una psicóloga de 12 horas semanales,

integraba la planta permanente del MSPSF. Las otras dos psicólogas, cada una de las cuales debía cumplimentar 12 horas semanales de labor, tenían contratos laborales que no ofrecían garantías de estabilidad, pues no pertenecían a la planta permanente del MSPSF; estas últimas contrataciones estaban a cargo de la Comisión Ejecutiva del SAMCo. En tal sentido, resulta pertinente señalar que, según el primer informe de sala de situación provincial del MSPSF, realizado en 2007, del total de consultas ambulatorias no médicas efectuadas en el HGC, el 52 % correspondía a psicología de adultos y el 14,9 % a psicología infantil.

El “servicio de Psicología”, que aquí se denomina “servicio de Salud Mental”, estaba organizado de modo tal que, ante el pedido de asistencia, se ofrecían turnos programados en consultorios externos. Si la situación demandaba un cuidado más intensivo —que requiriera, por ejemplo, de internación—, se derivaba a la CPO. En consecuencia, los turnos otorgados en el servicio de Psicología se originaban principalmente en la demanda ambulatoria, la cual se componía de las consultas programadas en ventanilla de turnos que se debían por un lado a las interconsultas de las y los médicos del HGC y por otro a la solicitud de personas que se acercaban sin derivación previa. Ocasionalmente, la demanda incluía interconsultas requeridas por las y los médicos para evaluaciones de Psicología que tenían lugar en el ámbito de la sala de internación o en el servicio de guardia externa.

## Capítulo 3

### **El proceso de trabajo y la atención de pacientes con padecimiento psíquico en el HGC**

En este capítulo, se analizan la organización del proceso de trabajo en la atención de pacientes con padecimiento psíquico del HGC y su reestructuración tras la conformación del Equipo interdisciplinario de Salud Mental. A partir de propuestas generadas por este último, se desplegaron algunos movimientos que redefinieron la atención general de pacientes con padecimiento psíquico, requirieran aquellos o no internación en sala general.

Interesa tener presente en el análisis del proceso de trabajo, en tanto marco de referencia, la *síntesis diagnóstica* que propone Testa (1997a), construída a partir de tres dimensiones: el diagnóstico administrativo, que puntualiza los aspectos de infraestructura y de flujos de recursos; el diagnóstico estratégico, el cual refiere al modo en que se juega el poder en la organización, las y los actores y los conflictos; y el diagnóstico ideológico, en el cual se toma en cuenta la historia —el motivo *porque*, que constituye cada uno de los actores en la organización— y la ideología —el sentido, el motivo *para*, el proyecto— de la organización y de las y los actores presentes.

#### **Actores y procesos en el HGC**

Por lo dicho, para analizar el proceso de trabajo en una organización, es necesario identificar actores y reconstruir sus disputas en base a las conflictividades y controversias que suscitan los diversos intereses presentes en el escenario.

En ese sentido, en el campo de la salud sanlorencino y, más específicamente, en el HGC, se visualizó un mapa de actores que intervenían directa o indirectamente en el modelo de atención en salud mental y, por ende, en el proceso de trabajo, y en él se vinculaban de forma colaborativa, mediante acuerdos, o bien, confrontativamente. Al respecto, nos interesa introducir una noción ofrecida por Belmartino (2008), quien señala la necesidad de

pensar las relaciones que se establecen en el interior del campo como fruto de la interacción entre agentes dotados de intereses y capacidades específicas y en condiciones de defender formas organizativas que suponen una determinada distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en el mismo (p. 5).

De esa manera, puede plantearse que cada grupo de actores presentes en una institución aspira a la acumulación del saber por un lado y de las prácticas — siempre portadoras de sentido— por el otro, con la intención de regular la organización del proceso de trabajo. Ese control tiene propósitos disímiles; hay quienes lo disputan para reproducir la lógica del statu quo, mientras que otros, por el contrario, aspiran a construir formas alternativas y novedosas de praxis. Belmartino (2008) dice respecto de las formas de organización que

la articulación entre ese marco legal-institucional y las posibilidades de realización de los intereses de diferentes actores se elabora a nivel simbólico mediante la construcción de modelos, cada uno de ellos identificados por determinadas normas y su concreción en formas organizativas. Si los grupos y organizaciones insertos en el sector salud desarrollan cierta capacidad de acumulación de poder en función del control diferencial de determinadas reglas y recursos, la consolidación o ruptura de tales condiciones está fuertemente vinculada a la perduración o cambio de los modelos que regulan su distribución (p. 6).

Lo dicho se evidencia en la conformación del ápice estratégico (Minzberg, 1991) del HGC que, en 2008, era compartido por dos actores principales, la comisión ejecutiva del SAMCo y la dirección médica. La primera estaba exigida a responder, a través de sus decisiones, a los intereses de las instituciones que conformaban el consejo de administración. Es preciso aclarar que, en ese momento, compartían la comisión ejecutiva un representante del municipio, un representante del ROTARY club de San Lorenzo y un representante del Club de

Leones.<sup>33</sup> El representante del ejecutivo municipal, en ejercicio de la presidencia del SAMCo, tenía especial interés en la acumulación de recursos de distinta índole que, oportunamente, podrían contribuir con el acrecentamiento del caudal electoral. Para la comisión ejecutiva del SAMCo, por tanto, era fundamental ganar el control de los recursos económicos, pero también necesitaba del control del capital social, ya que impulsar ciertas relaciones con actores del ámbito local le permitía cumplir con los propósitos —concretar diversas negociaciones y ganar prestigio social— de las dos instituciones que conformaban dicha comisión.

El gobierno de la ciudad de San Lorenzo era parte del mismo Frente Político que, en el año 2008, gobernaba la provincia de Santa Fe. A pesar de ello, se percibían diferencias políticas entre el gobierno municipal y el MSPSF, expresadas en los desacuerdos que planteaba el primero respecto de las directrices orientadoras dispuestas por la cartera sanitaria. La relación entre los funcionarios de ambas jurisdicciones adoptaba, en ocasiones, un carácter competitivo, dado que, entre otras divergencias, pugnaban por capitalizar los recursos del campo sanitario sanlorencino.

En cuanto a la dirección médica, esta no sólo estaba a cargo de las decisiones técnicas, sino que pretendía implementar las directrices políticas planteadas desde el MSPSF. Para ello, disputaba el control del poder técnico y, parcialmente, el control de los recursos materiales suministrados por el MSPSF. Esta situación se vinculaba con otra tarea, la de restablecer el capital cultural, ya que en el 2008, el HGC se hallaba notoriamente desprestigiado por la comunidad sanlorencina, producto de supuestas irregularidades en el manejo del dinero, de sospechas de corrupción y de situaciones de negligencia médica.

La puesta en marcha de las directrices emanadas de la cartera ministerial produjo rupturas en las estructuras del campo sanitario local, que dieron lugar a escenarios de considerable confrontación con algunos períodos de colaboración. No obstante las discrepancias existentes entre la dirección médica del hospital y la comisión ejecutiva del SAMCo, ambos actores lograron algunos acuerdos basados en una alianza táctica con miras a garantizar el funcionamiento hospitalario.

---

<sup>33</sup> Ambas instituciones —similares en su misión— están integradas por “personas de negocios y profesionales del mundo entero a quienes une el deseo de proporcionar servicios humanitarios, promover elevadas normas de ética en todas las ocupaciones y fomentar la buena voluntad y la paz en la esfera internacional”

Pero lo que verdaderamente traccionaba las estrategias desplegadas por ambas partes era la disputa por la capacidad de imponer significaciones de manera legítima —el capital simbólico—, lo que podríamos llamar una disputa por el sentido. Testa (1997a) ubica esa disputa como parte de un cuestionamiento al marco teórico tradicional que guía las prácticas en salud, y afirma además que “esa discusión científica, es al mismo tiempo, una lucha política” (p. 95). Por lo tanto, en el HGC, capitalizar lo simbólico permitía definir posiciones dominantes o de subordinación de una forma de trabajo sobre otra. De igual manera, podría entenderse este último aspecto como la disputa por el poder político, ya que se jugaba la construcción de una práctica hegemónica capaz de movilizar a las y los actores involucrados en esa práctica. Tal es el caso de la corporación médica y de las y los enfermeros, en tanto actores claves en este escenario. Su incidencia será analizada cuando abordemos el proceso de internación.

Otros actores de relevancia, pero que en ese momento no tuvieron una influencia directa en la organización de la asistencia de las y los pacientes con padecimiento psíquico, ya que no se posicionaron ni a favor ni en contra, eran sin duda las organizaciones gremiales. No obstante, sus intervenciones en la lucha por las condiciones de trabajo fueron claves para evidenciar, y con ello, limitar, las dificultades surgidas durante la reestructuración del proceso de trabajo. Específicamente, su tarea reivindicativa estaba dirigida a combatir la precarización en los contratos laborales de un grupo de trabajadoras y trabajadores a quienes no se ofrecía garantía de estabilidad. Si bien no hubo planteos en oposición a las reformas en la atención de salud mental, se discutía, en el momento del presente trabajo, la necesidad de resolver el tema de la estabilidad en la relación laboral, ya que algunas organizaciones gremiales aseguraban que dicha precarización afectaba de manera directa la atención de la salud mental.

Ahora bien, hasta aquí hemos identificado un mapa de actores claves presentes en el HGC que iban conformando la dinámica del proceso de trabajo, en el transcurso de la cual se disputaban intereses y recursos de poder diversos. Utilizamos la noción de mapa porque, a diferencia de la tradicional descripción del organigrama, tiene la capacidad de captar la dinámica relacional en el trabajo. Esa dinámica es, precisamente la que se organiza, y por lo tanto también está sometida al condicionamiento y al control de las y los actores en cuestión.

Para analizar el modelo de atención de salud de San Lorenzo, partimos, pues, de una relectura de la organización del proceso de trabajo a través de los conceptos reseñados en el marco teórico, con el objeto de establecer las características generales de dicho proceso y explicar las particularidades que este adquiere en la atención de salud mental.

Es así que, de modo general, el proceso de trabajo en el HGC se caracterizaba por un conjunto especializado —en tanto los servicios se hallaban divididos por especialidad—, diferenciado y fragmentado de actos cuidadores individuales, sistematizados, a su vez, en una estructura departamentalizada y con distintos grados de jerarquía. El proceso giraba, principalmente, en torno a procedimientos técnicos-burocráticos muy estandarizados, en los cuales prevalecía una modalidad de trabajo rígida y marcadamente sujeta a normas por sobre una forma de trabajo abierta a la creatividad.

Las características de estos procesos —rigidez, fragmentación— tienen especial interés en nuestra investigación, ya que la naturaleza del trabajo en salud, y particularmente en salud mental, hace que existan situaciones imprevistas e inusitadas que deberían ser admitidas como inherentes al proceso mismo. A pesar de ello, estos elementos parecen no incluirse en el trabajo, a la vez que, frecuentemente, son negados o bien rechazados. En nuestras observaciones, tuvimos oportunidad de asistir a la evidente incomodidad que provocaban, en algunos trabajadores y trabajadoras —que vivían dichas circunstancias incluso con abiertos malestar y angustia—, las situaciones no previstas; en consonancia con ello, también era frecuente que los cambios se percibieran bajo la forma de amenazas.

En respuesta a la incertidumbre producida por tales situaciones y, probablemente, como un intento por contener ese malestar y resguardar los modelos ya establecidos para las prácticas en juego, las y los trabajadores solían demandar que lo imprevisto fuera rápidamente circunscripto a una normativa; reclamaban, por ejemplo, que ciertas disposiciones aplicadas en diversos casos quedasen consignadas por escrito, cuando se trataba, precisamente, de respuestas creativas a determinadas situaciones complejas imposibles de ser normatizadas y, mucho menos, escritas. Por consiguiente, el reglamento adquiría la condición de un fin en sí mismo y pasaba a ocupar un lugar central en el proceso de trabajo. Como

consecuencia de ello, el sentido de las prácticas —en términos *testianos*— quedaba rígidamente subordinado a las decisiones procedimentales; las y los trabajadores intentaban permanecer firmemente sujetos al cumplimiento de los protocolos preestablecidos, con lo cual contribuían a la burocratización del proceso de trabajo. Paradójicamente, lo que se ponía a la vista era hasta que punto resulta imposible encasillar en una norma la atención de los problemas de salud mental.

### **La red de salud de San Lorenzo en la atención de la Salud Mental**

Como ya se señaló, la legislación de Salud Mental que sigue el enfoque de atención con base en la comunidad requiere de un sistema de salud que procure garantizar la integralidad en el proceso de atención en todos los niveles de la red de servicios a partir de acciones coordinadas entre ellos. Por lo tanto, para analizar el Servicio de Salud Mental del HGC, debemos, en principio, detenernos en el sistema de referencia y contrarreferencia existente entre los CAPS y el HGC, ya que ambas instituciones formaban parte de una misma red de salud. Si bien vale aclarar que en esta investigación no fue abordado el proceso de trabajo en los CAPS, es importante resaltar algunas cuestiones que se hicieron presentes durante las entrevistas respecto del modelo de atención de los Centros de Salud de la ciudad de San Lorenzo. Para las trabajadoras del Equipo de SM del HGC, ese modelo influía directamente sobre el proceso de atención de las y los pacientes asistidos por ellas. En ese sentido, una psicóloga que integró el Equipo revelaba su opinión al respecto:

La secretaría de salud de San Lorenzo tiene una concepción de la salud que para mí no responde a los preceptos de atención primaria de la salud. Son dispensarios, están desparramados por la ciudad, entonces, todo lo que implica una estrategia de atención primaria para trabajar la prevención y promoción en salud de un modelo de atención de salud —donde tenés el grupo familiar a cargo, donde tenés el paciente a cargo; no es un paciente que viene a hacer una consulta y nada más—, todo eso no está. Imaginate lo lejos que estamos de incorporar al paciente en salud mental al servicio de atención primaria.

Podemos apreciar claramente, en los dichos que preceden, que los CAPS de San Lorenzo no trabajaban con el modelo de la APS propuesto por el MSPSE, basado en la adscripción, la cual —en términos conceptuales— se define como el contrato de responsabilidad que se establece entre un equipo de referencia ubicado en los centros de salud del territorio y un número determinado de población. Por el contrario, se observó que el modelo se ajustaba al desarrollo de actividades puntuales orientadas a algunos grupos poblacionales. Asimismo, los equipos de los CAPS tenían inconvenientes para resolver situaciones de índole puramente clínica; era excepcional el abordaje familiar y también solían enfrentar dificultades para analizar situaciones o pensar intervenciones desde un enfoque poblacional de la salud mental. Una enfermera del HGC decía al respecto que

[...] los dispensarios siempre nos derivaron los pacientes a nosotros, ellos dicen que no saben atender esas patologías. Además, la mayoría de la gente termina viniendo al hospital, porque a los centros de salud les falta medicación o no fue el enfermero, entonces no abren el centro o no tienen con qué hacerle las curaciones...

En la misma dirección, la trabajadora social añadía:

[...] Tuvimos un caso donde solicitamos la presencia del psicólogo del centro de salud y nos dijeron que ellos no trabajaban con los casos de salud mental y casos judiciales porque no estaban capacitados.

En cuanto al aspecto organizacional, en las entrevistas se advierte sobre la dificultad de las y los pacientes para acceder a la atención de salud mental en los CAPS, circunstancia que se refleja, asimismo, en las dificultades de las y los profesionales psi del HGC para lograr acuerdos con sus colegas de los centros de salud sobre este punto. Posiblemente, ello estuviera vinculado, por una parte, con la escasez de profesionales médicos, psicólogos y trabajadores sociales en los CAPS; y por otra, con la baja carga horaria semanal que cumplimentaban las y los profesionales de dichos Centros, lo cual limitaba la construcción de un vínculo sostenido con la comunidad; entre otros factores. Un dato ineludible que pone de

manifiesto lo antedicho es que solo había psicólogos en cuatro de los dieciséis centros de salud, y una única trabajadora social itinerante para la totalidad de estos. En consecuencia, los turnos disponibles para el consultorio de psicología en los CAPS siempre resultaban insuficientes; a esto se sumaba que la atención no era gratuita, pues se cobraba un bono para la asistencia psicológica. La psicóloga del Equipo de Salud Mental del HGC manifestaba abiertamente su preocupación por la insuficiente dotación de personal:

En realidad, son dispensarios que muchas veces son vecinales. Algunos de ellos tienen psicólogos rentados, y muchos otros no. Como es una vecinal, cobran como un bonito barato, pero, en realidad, el psicólogo ocupa el consultorio, no está incorporado a la estrategia de atención primaria.

### **El rol del HGC en la Red de Salud de San Lorenzo**

Por su parte, el HGC solía funcionar aislado del resto de la red de servicios públicos de salud. Es decir, se caracterizaba por ser autorreferencial y autosuficiente, no solo respecto de la organización de los procesos de trabajo en su interior, sino también para articular una estrategia intersectorial hacia afuera. En tal sentido, los trabajadores del HGC mostraban un marcado desconocimiento en cuanto a la existencia de recursos terapéuticos externos al hospital, inclusive los que pertenecían al sector salud.

A las dificultades propias del HGC, se sumaban las limitaciones estructurales de los CAPS, con lo cual se desdibujaba el lugar que ocupaba cada de estos actores en la red local de salud. Respecto de ello, debemos decir que la vinculación existente entre los CAPS municipales y el HGC, en 2008, presentaba dificultades notorias. Ni los CAPS ni el HGC se reconocían como parte de una misma red asistencial; por lo tanto, el rol que debían ocupar en la red de servicios de San Lorenzo aparecía como difuso para quienes trabajaban en ambas instituciones; de tal modo, las tareas y las responsabilidades no estaban claras. Se pudo observar que la relación solía estar enfocada en la devaluación y el desprestigio mutuos, y aunque se establecía una relación de dependencia necesaria, esta no dejaba de ser conflictiva. Pocas veces existía cooperación —

entendida como actuar juntos—; no se compartían objetivos y proyectos comunes; solo, esporádicamente, se realizaban actividades en forma organizada para enfrentar un problema común. Posiblemente, el fortalecimiento de un vínculo de tipo asociativo hubiese permitido movilizar acuerdos destinados a compartir recursos. Sin embargo, la información obtenida da cuenta de que el hospital era el lugar reconocido por la población y por las y los trabajadores de la red como el único efector que podía asistir la problemática de la salud mental en la ciudad, aun cuando la terapéutica no requiriera el ingreso en la sala de internación.

Nos interesa traer a la discusión la advertencia que hace Mendes (2013) sobre los sistemas fragmentados de atención de salud. El autor expresa que son

aquellos que se organizan a través de un conjunto de puntos de atención de salud, aislados e incommunicados entre sí, y que, por lo tanto, son incapaces de proporcionar una atención continuada a la población. En general, no hay una población adscrita de responsabilización. En ellos, la atención primaria de salud no se comunica fluidamente con la atención secundaria de salud y, estos dos niveles, también no están articulados con la atención terciaria de salud, ni con los sistemas de apoyo, ni con los sistemas logísticos (p. 50).

Del mismo modo, el autor marca una diferencia con “los sistemas integrados de atención de salud”, a los cuales llama las RASs (redes), que “son las que se organizan a través de un conjunto coordinado de puntos de atención de salud para proporcionar una asistencia continuada e integral a una población definida” (Mendes, 2013 p. 50).

A la luz de estas observaciones, consideramos que las contingencias a las que nos hemos referido profundizaron la fragmentación en la atención de salud mental en San Lorenzo, y esto condujo a la discontinuidad de la estrategia terapéutica iniciada con las y los pacientes con padecimiento psíquico. Ello aplica tanto en los casos de quienes estuvieron internados en la sala general del HGC, y cuya atención debía continuar, tras el alta hospitalaria, en los CAPS; como en los

casos de las y los pacientes asistidos en el consultorio externo o en la guardia del HGC, los cuales se hallaban en una situación similar a los anteriores.

### **Condicionantes estructurales y prácticas de atención en el sostenimiento de la atención de la Salud Mental**

Las condiciones generales estructurales, tuvieron un lugar relevante en el relato de las y los trabajadores sobre su experiencia cotidiana.

En tal sentido, los testimonios que surgen de las distintas entrevistas coinciden en puntualizar que los aspectos negativos y desgastantes de la práctica diaria se asentaban, en gran parte, en la precariedad de las condiciones de trabajo, lo cual influía, a su vez, en las condiciones de asistencia a las y los pacientes con padecimiento psíquico.

Respecto a ello, sobre todo las enfermeras, coincidieron en marcar fuertemente la precariedad de la situación edilicia en el sector de internación; a saber, habitaciones de tamaño reducido, falta de duchas para higienizar a los pacientes, falta de disponibilidad de televisores en algunas habitaciones, ausencia de espacios verdes y de salas de esparcimiento, además de la falta de insumos materiales y de las dificultades logísticas. Desde enfermería puntualizaban, asimismo, que

Habría que tener un ala aparte con dos habitaciones para esos pacientes, para que puedan tener su lugar [...]. A veces, no tenemos espacio físico —por falta de camas— para que puedan estar solos [...]. Se les ofrece lo que tenemos, pero también hay otros pacientes que no son psiquiátricos que no pueden estar internados con ellos.

En el mismo sentido, una de las enfermeras agregaba:

El mayor problema es cuando hay que subir un paciente [en referencia a pacientes con padecimiento psíquico] a la internación, porque disponemos de pocas camas [...], no hay lugar para tenerlos solos y entonces quedan abajo en la guardia.

Si bien estos aspectos son igualmente reconocidos como deficientes por las profesionales psi del Equipo de SM, en ellas, las cuestiones desgastantes del proceso de trabajo surgen relacionadas a las dificultades para concretar las estrategias terapéuticas integrales. En tal sentido, aparece con fuerza en las entrevistas la crítica a la falta de *decisión política* —referida a la concreción de los enunciados políticos establecidos por el MSPSF—; a ello se debía, en gran medida, que los recursos intersectoriales en el ámbito estatal y en la sociedad civil fueran insuficientes. Al respecto, una de las psicólogas explicaba:

Las condiciones son muy precarias [...]. Yo tengo más ideas que las que realmente pudo desarrollar [...]. Me da vergüenza con el paciente y me da bronca, porque muchas veces las posibilidades subjetivas del paciente dan para hacer más cosas y no hay recursos para hacerlas; por ejemplo, un paciente que podría trabajar.

La diferencia de preocupaciones en torno a los recursos disponibles, de parte las profesionales psi y de las y los enfermeros, podría leerse en relación con los instrumentos diversos con los cuales cada disciplina desarrolla el proceso de trabajo.

Con respecto a la dotación de personal se expuso fuertemente la dificultad de no contar con la cantidad suficiente de enfermeras y enfermeros por turno; especialmente, en la sala de internación y en la guardia, para el cuidado de las y los pacientes con padecimiento psíquico. Además, las y los trabajadores de distintos sectores del HGC señalaban la dificultad de carecer de profesionales psi los fines de semana en la guardia. Volveremos sobre este aspecto cuando se analice el proceso de trabajo en la internación.

Asimismo, se puntualizó enfáticamente la necesidad de la incorporación de abogadas y abogados que pudieran proporcionar asesoría jurídica en cuanto a la recepción y atención de pacientes con padecimiento psíquico en el hospital general. No debe olvidarse que, por ejemplo, muchos de estos pacientes llegaban con un pedido de internación a través de una orden emitida por un juez, y otros tantos tenían expedientes —algunos por insania, otros por delitos— en curso en diferentes juzgados.

## La atención de Salud Mental en el HGC

En principio, debemos decir que entre las y los trabajadores del hospital se construyó la idea de que los padecimientos psíquicos eran portadores de una enorme especificidad y, por esa razón, los estos pacientes debían ser asistidos exclusivamente en instituciones asilares. Dos profesionales decían al respecto:

Nosotros [servicio de psicología] no tenemos mucho para hacer en las crisis subjetivas [psicólogo del HGC].

Acá no hay psiquiatras de guardia, los pacientes psiquiátricos los mandamos a la colonia [médico de guardia del HGC].

En cuanto a la atención de salud mental en el HGC, observamos que esta, con anterioridad a la creación del Equipo interdisciplinario de Salud Mental, funcionaba —como suele ocurrir en la mayoría de los efectores— desacoplada del sistema de salud general. Sus lógicas y la organización del proceso de trabajo (prácticas), no obstante, compartían las raíces epistemológicas del paradigma positivista, propias del modelo biomédico. Creemos que esas lógicas, expuestas en distintos momentos de este trabajo, podrían ofrecer líneas de comprensión —vinculadas al aspecto organizacional— en torno a la persistencia de distintas expresiones de resistencia cuando se trata de brindar atención a pacientes con padecimiento psíquico en los hospitales generales. La identificación de tales expresiones se vio facilitada por los aportes de Rosendo (2011), quien puntualiza que

las resistencias y las dificultades de inclusión de la salud mental dentro de los dispositivos de atención de otras especialidades médicas, señala dos dificultades en el campo de la salud pública sobre los problemas mentales: por un lado, la persistencia de idea de peligrosidad y “excitación” que aún connotan a este tipo de sufrimiento; por otro, las persistentes dificultades y resistencias de incluir a la salud mental dentro de la atención y del sistema de salud en general (s/n).

Sobre el primer elemento señalado por Rosendo (2011), pudimos apreciar que existía entre las y los trabajadores del HGC una fuerte impronta de la idea de peligro asociada a la descompensación psíquica —exteriorizada, en ocasiones, en crisis de excitación psicomotriz—. Esto puede constatarse en opiniones como:

El cuidado en la sala de internación [planta alta] es el mismo que en la guardia. Hay más riesgo en la planta alta porque hay habitaciones sin reja, la escalera..., y sobre todo, están los recién nacidos; y el miedo es que agarren a un niño en su inconsciencia, que uno nunca sabe dónde pueden llegar, y le causen daño.

A la idea de peligro se suma, según nuestra perspectiva, la dificultad de las y los trabajadores por incorporar al usuario con padecimiento psíquico como sujeto de derechos. Al respecto, una de las trabajadoras sociales señalaba:

Desde el 2008, se tuvieron que hacer varios cambios en lo institucional desde los servicios. Por ejemplo, se internaba pacientes “psiquiátricos” y por esa condición no se los higienizaba, no se hacían exámenes médicos en la guardia [...], como si no fueran pacientes del hospital.

La psiquiatra, por su parte, destacaba otro discurso común:

Se dice: “Otra vez este loco, esta drogadicta”, entonces aparecen cuestiones morales de los trabajadores. En relación a lo que necesitan estos pacientes es que sean tratados como seres humanos.

Asimismo, además de la negación de los derechos de las y los pacientes con padecimiento psíquico y de la atribución indiscriminada de peligrosidad a su condición, aparece en las entrevistas el carácter discriminatorio con el que se *etiquetaba* a estos pacientes. En palabras de Basaglia (1972) “el diagnóstico reviste el valor de un etiquetaje que codifica una pasividad considerada irreversible” (p. 140). En ese sentido, una de las psicólogas comentaba:

Los pacientes de salud mental eran *los locos* o *los pacientes psiquiátricos* [...] como si la especialidad que los atiende les diera entidad, identidad. Uno no dice: “Mirá, ahí va el paciente gastroenterológico”, o no dice “Ahí va el paciente traumatológico”. Uno no dice eso. En cambio, en esta especialidad, se le dice el *paciente psiquiátrico*.

Acerca del segundo elemento que marca Rosendo (2011), vinculado con la relación entre la atención de salud mental y la atención general de salud, también en el HGC la atención de la salud mental transitaba por un carril paralelo al resto de la asistencia clínica. En efecto, existían circuitos de derivación que disponían de efectores e instituciones sustitutivas propios de esa problemática —como la CPO, el CRSMAA<sup>34</sup>, o las casas asistidas en la ciudad de Rosario—. Dichos circuitos, que se hallaban organizados en niveles de atención según gravedad y capacidad resolutive, habitualmente, eran utilizados de forma casi exclusiva por profesionales del área psi. A la inversa, resultaba engorroso incorporar a las y los pacientes con padecimiento psíquico en los recorridos de atención habituales del sistema de salud. Volveremos sobre este punto al analizar el proceso de trabajo en la internación.

El “servicio de Psicología”, que aquí se denomina “servicio de Salud Mental”, en 2008, estaba organizado de modo tal que, ante el pedido de asistencia, se ofrecían turnos programados en consultorios externos. Si la situación demandaba un cuidado más intensivo —que requiriera, por ejemplo, de internación—, se derivaba habitualmente a la CPO. En consecuencia, los turnos otorgados en el servicio de Psicología se originaban, principalmente, en la demanda ambulatoria. Esta última incluía las consultas programadas en ventanilla de turnos, las cuales se debían, por un lado, a las interconsultas de las y los médicos del HGC y, por otro, a la solicitud de usuarios —o de sus familiares— que se acercaban sin que se tratara ni de interconsultas ni de derivaciones. Cabe aclarar que casi toda la demanda de atención de salud mental que confluía en el HGC sin que mediase pedido de interconsulta o sin derivación previa provenía de usuarios que vivían en aéreas de

---

<sup>34</sup> Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila, ubicado en la ciudad de Rosario.

influencia de los centros de salud municipales, los cuales, siguiendo la organización en red, habrían debido absorber esas atenciones oportunamente.

Por otra parte, en el ámbito de la sala de internación o en el servicio de guardia externa, la demanda a psicología bajo la forma de *interconsultas* requeridas por las y los médicos para realizar evaluaciones era notoriamente infrecuente. Es interesante señalar, adicionalmente, el modo en que se vinculan las disciplinas intervinientes en el modelo biomédico y como este encuentra su expresión en la recurrente figura de la *interconsulta*. Dicho tipo de comunicación entre disciplinas, que suele registrarse por escrito, ha sido habitualmente utilizado por las y los médicos, aunque no siempre puede considerárselo como garantía de un acto comunicativo o de una acción interdisciplinaria. Menos aún debería conducirnos a soslayar el hecho no solo de la escasa comunicación verbal entre las y los médicos y el resto de las disciplinas, sino también de la falta de *encuentros* interdisciplinarios periódicos y sostenidos. Con todo, una de las psicólogas resaltaba un rasgo positivo de dicha herramienta, pero sin perder de vista sus limitaciones:

Ese modelo de la interconsulta, para mí, está como en el medio, entre el modelo médico hegemónico y el trabajo interdisciplinario. Medio que tiene algo de "sacarse de encima al paciente", ya que lo derivo a otra especialidad, pero también tiene algo de "compartamos juntos esta problemática". Es como esa cosa intermedia.

Al mismo tiempo, la gran mayoría de las y los trabajadores del hospital daban por sentado que tanto la sala general como la guardia eran ámbitos donde las *interconsultas* de salud mental debían ser una tarea asumida por la especialidad de Psiquiatría. Dado que, en ese momento, el hospital no contaba con esta especialidad, las y los trabajadores demandaban con urgencia su incorporación. Incluso su ausencia era utilizada como la principal explicación de la negativa para la internación de pacientes con crisis subjetivas en la sala general del HGC.

Las y los trabajadores que se desempeñaban en ese momento dentro del servicio de salud mental manifestaban diferentes niveles de formación teórica y de experticia, fundamentalmente, en lo respectivo al abordaje de situaciones complejas de salud mental. Como consecuencia de ello, se producía una

desconexión entre los modos aprendidos de intervención y las necesidades reales de salud mental de los usuarios, lo cual generó diversos conflictos y dificultades al interior del servicio de Salud Mental del HGC. No obstante, esta conflictividad no era exclusiva del servicio, ya que un proceso de desarticulación de la tarea habitual también comenzó a hacerse visible en la práctica de otros trabajadores del hospital.

En lo que respecta al servicio de salud mental, su particular especialización —al hallarse integrado exclusivamente por profesionales psicólogos— contribuía a reforzar cierta postura unívoca de psicopatologización en el abordaje de las problemáticas referidas a la atención de salud mental.

Si bien no accedimos a observaciones en el consultorio de psicología por razones de privacidad, pudimos percibir que la práctica clínica se caracterizaba por un abordaje individual; es decir, mayormente, la intervención terapéutica se circunscribía a este tipo de abordaje en el consultorio. Con menor frecuencia, nos encontrábamos con profesionales psi interesados en estrategias que incluyeran otras disciplinas y otras instituciones; ello no era suficiente, sin embargo, para generar quiebres en el proceso de trabajo.

Como vimos al inicio de este capítulo, la departamentalización característica del modo de organización del hospital general daba como resultado un circuito de atención fragmentado en abordajes por servicios. A ello puede atribuirse, en parte, que la discusión de la problemática de la salud mental dejara afuera, por ejemplo, entre otros actores, a las profesionales de trabajo social del HGC. En tal sentido, la tarea que realizaban quedaba restringida, de un modo llamativo, a actividades casi exclusivamente administrativas. Estas se hallaban subordinadas, por lo común, a órdenes médicas; es decir, su participación en la estrategia de atención ocupaba un lugar de subalternidad respecto de la práctica de otros profesionales y, claramente, respecto de la de los profesionales médicos. Más aún, la oficina de Trabajo Social se ocupaba, ante todo, de las autorizaciones de los múltiples estudios solicitados en el hospital. En 2008, las atenciones en el hospital no eran gratuitas, y las y los usuarios debían abonar *voluntariamente* parte del costo de los exámenes complementarios; en este contexto, las Licenciadas en Trabajo Social actuaban como *veedoras* de las condiciones de vida de la gente, ya que tenían la responsabilidad de autorizar la gratuidad de los estudios cuando las y los pacientes

carecían de recursos para pagarlos. En consecuencia, en el servicio, se formaban largas colas de personas que esperaban para efectuar el trámite o, dicho de otra manera, esperaban a que les *certifiquen la pobreza*.

Como vemos, el proceso de trabajo relacionado con la atención de salud mental planteó, de manera notoria, y en relación con distintos aspectos, los límites del diseño organizacional vigente.

### **La conformación del Equipo interdisciplinario de SM del HGC y su relación con la reestructuración del proceso de trabajo en la atención de la salud mental.**

Tras un primer diagnóstico de situación que se basaba principalmente en que existía una desarticulación entre los modos aprendidos de intervención de las y los trabajadores y las necesidades de salud mental de los usuarios, por un lado, sumado a las dificultades estructurales del HGC para asistir la problemática de la salud mental, por otro; se decidió la incorporación de profesionales psi provenientes de la CPO entrenados en situaciones de salud mental complejas, con el propósito de redefinir las prácticas para alojar pacientes con padecimiento psíquico. Ello implicaba, además, recomponer el proceso de trabajo en congruencia a los nuevos desafíos impuestos en el campo de la salud mental. Las profesionales que se incorporaron habían acumulado experiencia en la asistencia de la problemática de la salud mental en su paso por la CPO. Muestra de ello es lo que relata la psicóloga:

la CPO me dio el aprendizaje de la interdisciplina que es algo muy difícil, es algo que se puede estudiar, concebir teóricamente, pero si no se practica, no se sabe de que se está hablando [...]. La interdisciplina te permite, no borrar las especificidades, y sí, construir un nuevo objeto distinto al núcleo disciplinar, un problema nuevo y un abordaje nuevo.

A partir de las nuevas incorporaciones, se reorganizó el modelo de atención que fue acompañando los recorridos institucionales de las y los usuarios, los cuales— tras la entrada al hospital—, tuvieron que ser necesariamente

modificados a partir de los movimientos reales que hacían los mismos. De tal manera, se intentó reestructurar los itinerarios de atención, siguiendo las necesidades de salud de las y los usuarios. Se observó que se flexibilizó el acceso, concebido desde esta perspectiva, ya que lo que se necesitaba en un principio era hacer receptivo el hospital a las y los pacientes con problemas de salud mental. Al respecto, la psiquiatra describe los primeros movimientos organizativos:

Nosotras nos presentamos en la mesa de entradas dónde hacía muy poquito se había cambiado el personal [...], nos fueron armando como una especie de lista y orientaban a los pacientes informando nuestros horarios, era como una “tocada de puerta” [...]; los pacientes provenían de San Lorenzo y zonas aledañas.

Queda a la vista que se desarticuló el esquema tradicional que organizaba la atención de salud mental en el HGC. Al respecto de esto, la psiquiatra se preguntaba:

Era lo que había para hacer, al menos en salud mental o en mi desempeño como psiquiatra había que hacer todo eso porque se necesitaba [...]. El tema era que si esa *des-organización* traía consecuencias nefastas para el paciente o si le garantizaba la accesibilidad.

En síntesis, la readecuación de un aspecto del esquema organizativo, ineludiblemente provocó la modificación del proceso de trabajo del servicio de salud mental y lateralmente del trabajo en varios sectores del HGC. De este modo, comenzó a desestructurarse el proceso de trabajo instalado en el HGC, cuyas primeras consecuencias fueron, no solo el incremento sino también la complejización de la demanda, respecto de la atención de la salud mental, producidos por los mismos cambios dentro de la institución.

Para alojar esa demanda, se buscó incorporar distintas herramientas que permitieran una nueva organización del proceso de trabajo con el propósito de redefinir la atención de salud mental en el HGC, entre las que se consideró en primera instancia la conformación de un *espacio interdisciplinario*. Para ello, se

concretó un espacio periódico y continuo que buscaba reunir a profesionales de distintas disciplinas para la discusión de los abordajes clínicos de situaciones socio-subjetivas complejas. En principio se plantearon problemáticas complejas de la infancia, pero a poco de andar se discutían las situaciones de salud mental en general.

Esto significó la incorporación de otras disciplinas en la discusión, abordaje y toma de decisiones en la atención de salud mental en el HGC. En ese marco, se redefinió la organización del proceso de trabajo del servicio de trabajo social y se buscó valorizar la especificidad de la disciplina y así optimizar su quehacer. La tarea de las profesionales de TS se fue tornando menos asistencialista para darle más tiempo a la escucha y a la comprensión de las situaciones de salud complejas.

Así, las trabajadoras sociales comenzaron a participar del espacio interdisciplinario y por ende del proceso de atención de pacientes con padecimiento psíquico, adquiriendo cada vez más protagonismo en las estrategias de intervención, como así también, creciente autonomía en las decisiones sobre los criterios de internación y sobre el proyecto terapéutico. Es interesante rescatar la percepción de una las TS respecto de los cambios en la tarea desarrollada, dado que reafirma lo que veníamos diciendo respecto de la desazón e incertidumbre que provoca la desestructuración del proceso de trabajo.

Me generó una carga de trabajo mayor, una angustia muy grande, pero pude comprender que los cambios en las instituciones son lentos [...] cuando nos escuchamos y vemos el conflicto tenemos otras herramientas para ver una alternativa conjunta.

Además, participaban de ese espacio, dos psicólogas, una psiquiatra, una fonoaudióloga, una odontopediatra, una pediatra y una neuróloga con el objetivo de debatir y poner en común las distintas visiones respecto de la asistencia-cuidado de pacientes con situaciones de salud mental requirieran o no internación. Respecto de este espacio una trabajadora social enfatizaba:

[...] tuvimos que defender ese espacio, porque había otros trabajadores que creían que estábamos ahí dos o tres horas *no* trabajando, fue un desafío para nosotros.

La interdisciplina implica esfuerzo [...] tenemos que tener capacidad de escucha, capacidad de diálogo [...] todo eso me lo enseñó la experiencia [...] yo creo que hay que ser humildes para trabajar en equipo para reconocer que nos equivocamos, para tener capacidad de evaluación, de autocrítica.

La psicóloga profundizaba sobre este aspecto:

Yo me podría haber quedado encerrada en el consultorio, pero eso no responde para mí a lo que sería formar parte colectivamente de un efector de salud [...]. La propuesta de un espacio interdisciplinario era formar parte de este hospital y además transversalizar los servicios.

Llamativamente, al principio no participaban las enfermeras del espacio interdisciplinario, según ellas, por no haber sido invitadas. Desde enfermería se reconocía que el trabajo en equipo contribuía a la tarea cotidiana, no obstante, no se dimensionaba como instrumento esencial de su práctica.

A pesar de que en este espacio participaban profesionales de distintas disciplinas, el *Equipo Interdisciplinario de Salud Mental* —Equipo de SM— que tenía a su cargo la asistencia de las y los pacientes con padecimiento psíquico quedó conformado por dos psicólogas, una psiquiatra, dos enfermeras y una trabajadora social. El resto de las y los trabajadores del espacio trabajaban en forma matricial a este equipo, es decir que, las intervenciones de estos últimos eran requeridas según la singularidad de cada situación clínica.

### **El cuidado como categoría central en la atención de la Salud Mental**

Esta investigación no se proponía profundizar sobre el cuidado ofrecido en la atención de salud mental, pero, aun así, fue un atributo que emergió del relato de las trabajadoras entrevistadas. No es posible soslayar la importancia que le otorgan al *cuidado* como categoría alrededor de la cual se organiza el proceso de trabajo por parte del Equipo de SM. De esa manera, podemos establecer la vinculación existente entre la reestructuración del proceso de trabajo y el tipo de cuidado

ofrecido. Se identifica que la arquitectura del cuidado se compone de otros *saberes*, además de los conocimientos obtenidos en la formación curricular; así, ocupan un lugar importante, tanto la experiencia, como la enseñanza transmitida por otros y lo que cada uno trae de su propia vida, de algo que se aprehende mientras acontece la práctica. Se reconoce que existe un *saber-hacer* que no está en los libros, que se reconstituye en el *cada vez* de las situaciones. Lo dicho queda expresado por la psicóloga:

Hay algo de la vida cotidiana, en el trato y en el cuidado, que se juega ahí, en esa relación de cuidado.

En las entrevistas, se pone especial énfasis en la multiplicidad y pluralidad del cuidado; más aún, encontramos coincidencia en los relatos respecto de que las y los pacientes en crisis subjetiva necesitan un *cuidado* especial y, por tanto, *diferente*. En palabras de tres profesionales del Equipo de SM:

Alguien que tiene un padecimiento subjetivo en principio necesita más paciencia, más ternura, más escucha. (Psiquiatra del Equipo de SM)

Un paciente con una crisis subjetiva que no puede tener acceso a la realidad requiere de un cuidado distinto al que propone el modelo de atención médica, porque, por ejemplo, no tiene por qué estar en una habitación acostado en una cama, es un paciente que necesita fumar, mirar televisión, estar en un living en un sillón (Psicóloga del Equipo de SM).

Se necesita un cuidado especial para este tipo de paciente por cómo está signada la locura en nuestra sociedad, porque todavía hay tareas restitutivas que hay que hacer con los pacientes que han tenido un padecimiento subjetivo y han sido víctimas de los servicios de salud (Psicóloga del Equipo de SM).

Asimismo, se marca una relación directa entre ese cuidado especial y las condiciones infraestructurales que deberían estar presentes en el ámbito

hospitalario; es decir que se incluyen esas condiciones como elemento constitutivo del cuidado. Así lo expresaba la TS del Equipo de SM:

[...] el buen trato, la parte edilicia, pueden tener un espacio recreativo relacionado con el arte [...]. Se podría sumar musicoterapia, espacios donde sientan que pueden hacer cosas, que se sientan valorados.

En coincidencia, la psiquiatra señalaba:

Uno aspira, en la problemática subjetiva, a que haya un espacio que no sea solamente la cama, porque no vamos a tener al paciente dormido. Entonces, que hubiera una mesa, algunos juegos, el televisor que funcione [...]. Alguien que tiene un padecimiento subjetivo, en principio, necesita más paciencia, más ternura, más escucha.

Debemos resaltar, nuevamente, el contraste existente entre la perspectiva señalada y el proceso de trabajo que se desarrolla en el modelo biomédico, el cual, produce, ante todo, un cuidado que se compone de la sumatoria de actos con cierta predeterminación —en respuesta a un vínculo casi mecanizado, fragmentado y despersonalizado—. Dichos actos bien hubiesen podido utilizarse independientemente de la singularidad de cada paciente, dado el poco espacio de interacción entre las y los trabajadores y las y los pacientes. El proceso de cuidado identificado era procedimiento-centrado, en tanto se ofrecía un paquete de cuidados como si se tratara de una especie de *enlatado*. Sirva como ejemplo lo relatado por una de las trabajadoras:

No me modificó tanto el trabajo, nosotros teníamos antes pacientes que no los llamábamos de salud mental, pero eran etilistas, por ejemplo, y también nos daban el mismo trabajo [...] Sí necesitan más cuidado: que no tengan cosas punzantes para herirse ellos mismos.

No obstante, desde enfermería, se reconocía que existía un cuidado especial, pero más relacionado a evitar que las y los pacientes con padecimiento psíquico se dañen a sí mismos. Posiblemente, lo que subyacía en ese supuesto tenía que ver con la idea de *inconsciencia* y de peligrosidad que representaban estos pacientes para algunos trabajadores. La enfermera aclaraba:

El cuidado de que no tengan cosas punzantes para herirse ellos mismos, no darles nada de vidrio; en el almuerzo, no darles cuchillos.

### **Instancias claves de la reestructuración del proceso de trabajo**

En el relevamiento del proceso de trabajo se reconocieron tres líneas principales de acción: la atención ambulatoria, la atención en guardia y la internación; estas fueron identificadas como instancias claves para la nueva organización del proceso de trabajo. Una cuarta instancia estuvo constituida por el dispositivo de admisión propuesto por las trabajadoras del Equipo de SM en función de reordenar la demanda que iba *in crescendo*.

En principio, se incorporaron tareas y funciones en la organización del proceso de trabajo en lo ambulatorio. La especialidad de psiquiatría se sumó como parte de la oferta de atención en los consultorios externos del HGC, junto a las otras especialidades médicas; además, se generó un espacio donde participaban las y los psicólogos que ya trabajaban allí y las dos profesionales recientemente incorporadas. El propósito de este espacio era problematizar la práctica, en la cual, como ya dijimos, se evidenciaba cierto desencuentro entre los modos aprendidos de intervención y las necesidades reales de salud mental de las y los usuarios. Consecuentemente, se esperaba introducir modificaciones en el trabajo clínico de las y los profesionales del servicio de salud mental, que, como ya fue mencionado, se caracterizaba por un abordaje individual. Con esos cambios, se aspiraba a incorporar, fuertemente, otros ejes de trabajo, como la interdisciplina y la intersectorialidad. También, se discutía la necesidad de redefinir el rol y las funciones de las y los psicólogos en el ámbito hospitalario. La trabajadora social hacía un señalamiento al respecto:

Tanto trabajo social como enfermería, como los médicos clínicos, fuimos diciendo: acá necesitamos psicólogos para el hospital y consideramos que el seguimiento en consultorio externo lo pueden hacer en APS [...]. En el hospital, era prioridad el trabajo de las y los psicólogos, tanto en la internación como en la guardia.

Del mismo modo se incorporó la internación —relativamente breve— en sala general para intervención y seguimiento de las y los pacientes con padecimiento psíquico. Esta se tornó un recurso indispensable a disposición del Equipo de SM para ser utilizado como parte de la estrategia terapéutica.

Al mismo tiempo, el Equipo de SM comenzó a trabajar como soporte de la guardia externa del HGC con el objeto de brindar apoyo especializado matricial para la atención de las situaciones de crisis subjetiva.

A continuación, se analizarán el proceso de trabajo en la internación en la sala general, en la atención en la guardia externa y la creación del dispositivo de admisión.

### ***Las internaciones en sala general.***

En primer lugar, una de las constataciones que se desprende de las entrevistas es que las y los pacientes con padecimiento psíquico graves no eran asistidos —en los términos de la ley— en el Hospital de San Lorenzo; por lo menos, en lo relativo a la internación. En relación con ello, llama la atención que las y los enfermeros refieran haber atendido a pacientes con patología *psiquiátrica* —así la nombran— en la sala de internación, que atañe a enfermedades clasificadas desde el punto de vista biomédico, tales como alcoholismo o intoxicaciones farmacológicas y químicas. No obstante, ante la pregunta sobre si habían internado a pacientes con padecimiento psíquico, respondían que esos problemas no se trataban en el HGC, salvo que llegaran por la guardia externa; en ese caso, los adultos eran derivados a la CPO o al CRSMAA. La derivación de las y los niños era muchísimo más dificultosa por la falta de instituciones de alojamiento de la problemática infantil.

Al parecer, los problemas de salud catalogados como *psiquiátricos* cumplían con el criterio de *permisibilidad* en el ingreso al hospital general. Tal vez, porque

revisten en su diagnóstico —hecho, por lo general, a través de exámenes complementarios y conocimientos clínicos estructurados— varios aspectos orgánicos observables en el cuerpo y de comprensible lectura para los agentes del MMH, quienes, a la vez, creían poder abordar esas problemáticas sin intervención de otras disciplinas. Así lo explica una de las enfermeras de la sala de internación:

Antes internábamos pacientes alcohólicos [...]. En la sala, los veía el Dr. [médico clínico a cargo]. Subía la TS, porque muchos eran *casos sociales*<sup>35</sup> [...]. A veces, [el clínico] interconsultaba con el gastroenterólogo.

El relato precedente marca un modo de trabajo, por cierto, bastante frecuente respecto de la atención de la salud mental. La participación de las y los profesionales del campo psi estaba ausente y, además, las profesionales de TS ocupaban un lugar absolutamente secundario en relación al centrismo médico en la atención durante la internación.

Por otra parte, la posibilidad de contar con la internación como recurso terapéutico para las y los pacientes con padecimiento psíquico fue valorada positivamente por todas las integrantes del Equipo de SM. Sin duda, disponer de camas generales para alojar a las y los pacientes con padecimiento psíquico ubica la problemática de lo mental en otro lugar, puesto que, ante la mirada social e institucional estigmatizadora, la internación en un hospital general, además de ser limitada en el tiempo, es una situación pasible de ser vivida por *cualquier persona* en algún momento de la vida, contrariamente a la internación en un manicomio. Esta situación pone en pie de igualdad al *loco* respecto del resto de los usuarios. En particular, la psicóloga comentaba:

Me acuerdo de un paciente, que yo conocí en la Colonia de Oliveros cuando trabajaba allá y que estuvo internado meses. Una vez, trabajando en el hospital esa misma crisis con esas mismas características, la internación duró ocho días; después, por otra descompensación, tuvimos que volver a internarlo, pero ya en la

---

<sup>35</sup> Énfasis agregado

colonia; la internación duró cuarenta días. Entonces, la impronta que eso genera en el paciente es muy distinta, ya que, por supuesto, no es lo mismo estar cuarenta días en el manicomio *encerrado* que estar ocho días en un hospital general.

Las trabajadoras del Equipo de SM que, además de compartir el proceso de trabajo asistencial, se encontraban semanalmente en el espacio interdisciplinario, fueron generando argumentaciones y criterios de abordaje de la problemática específica. En ese sentido, plantearon que el recurso de las internaciones de personas con padecimiento psíquico en el HGC tenían, en principio, dos propósitos: uno de ellos, más general, tenía que ver con acotar el riesgo de vida, de exposición, de abuso y de malestar psíquico y, en consecuencia, con acotar también el *mote social* que se adhería a esos pacientes al ser internados en el manicomio. El otro propósito, más institucional, planteaba una práctica que se instalara como un *instituyente* al interior del HGC y, de esa manera, permitiera impregnar los procesos de trabajo con una lógica de respeto a la dignidad y a los derechos humanos, civiles y sociales de las y los usuarios.

En cuanto a las y los diversos actores que interaccionaban durante el proceso de internación, se debe señalar que estaban dotados de capacidades específicas según la función que cumplían en el esquema tradicional de trabajo; además, como venimos sosteniendo, cada cual intentaba condicionar modos organizativos en respuesta a intereses diversos. Por ello, revisaremos sus formas de vinculación durante el proceso de trabajo diario en la sala de internación. Conviene subrayar que la corporación médica y las y los enfermeros fueron actores clave en ese proceso.

Las y los profesionales médicos operan en el ápice del modelo piramidal, en el cual el poder y el saber generan relaciones asimétricas hacia otras y otros trabajadores, pero, igualmente, esa asimetría se reproducía hacia las y los pacientes y sus familiares. Las y los médicos se desempeñaban con un alto grado de autonomía en el control o regulación de su práctica, por lo que, en general, no daban cuenta de los resultados obtenidos en el proceso de trabajo. Frecuentemente, se mostraban reacios a la aceptación de acuerdos de trabajo con otros trabajadores; tal vez, porque veían amenazada esa autonomía.

La *sala general* es el ámbito de desarrollo por excelencia de la práctica médica y de la práctica de las y los enfermeros y, por tanto, es el lugar que sienten como propio. De hecho, le otorgan al trabajo en la internación un valor superior, en detrimento de la práctica ambulatoria que se realizaba en los consultorios externos del hospital.

En el modelo biomédico, el proceso habitual de internación de cualquier persona que lo requiera está compuesto por etapas o momentos que, generalmente, se suceden de manera sistemática. Así, el procedimiento se inicia con la decisión de ingresar a las y los pacientes a la sala; luego se solicitan estudios complementarios e interconsultas a otras especialidades médicas, mientras se formula un plan terapéutico. Durante el transcurso de la internación, se evalúa la efectividad del tratamiento instaurado en función de la evolución del cuadro clínico. Si la evolución es favorable, se otorga el alta hospitalaria; si es desfavorable, se deriva a otro efector de mayor complejidad biomédica con posibilidades de resolver el problema.

El ingreso se hace, principalmente, en base a criterios clínicos definidos, casi de forma exclusiva, por las y los médicos, cuyos fundamentos se asientan en un abordaje individual centrado en los aspectos biológicos de los problemas de salud. Habitualmente, sucedía que la corporación médica se autorizaba a disputar el control sobre las etapas del proceso de trabajo, y con ello se desestimaban los conocimientos e intervenciones de otras disciplinas no médicas. Esta actitud fue evidente al producirse las primeras internaciones de pacientes con padecimiento psíquico.

Por el contrario, cuando se ingresaba a pacientes con padecimiento psíquico, era el Equipo de SM —psiquiatra, psicólogas, TS y las y los enfermeros—, el que tenía a su cargo el criterio de internación. No debemos soslayar el hecho de que las profesionales de ese Equipo *decidieran* —en pie de igualdad con las y los médicos— la internación de las y los pacientes en la sala general, ya que ello resultaba notablemente extraño a la cultura organizacional. En efecto, el Equipo de SM fue ganando reconocimiento y legitimidad para decidir *ocupar* una cama

hospitalaria sin la obtención del *permiso* previo del servicio de clínica médica<sup>36</sup>. La trabajadora social del Equipo de SM decía al respecto:

Frente a la ley de salud mental, pudimos *nosotros*<sup>37</sup> —el Equipo de SM— internar pacientes con padecimiento psíquico. Entonces, discutimos con el médico de guardia y de la sala que si consideramos que un paciente se tiene que quedar una semana, se queda.

No obstante, la psiquiatra del Equipo de SM advertía que, en ocasiones, el criterio de ingreso a la internación se supeditaba a la prescripción de los psicofármacos, por lo que la decisión del resto del equipo quedaba subordinada al aspecto farmacológico de la estrategia terapéutica. De esa manera, las y los trabajadores de la sala de internación reproducían un modelo que ponía a la medicina en el centro de las decisiones. En palabras de esta profesional:

Tengo el recuerdo de que hubo pacientes que internó psicología o la trabajadora social. Decían: “acá las cosas no están bien” y planteaban la internación [...]. Pero como tal vez había que implementar alguna herramienta farmacológica, el resto quedaba a la espera de lo que decidía psiquiatría.

Respecto de los medios para realizar los diagnósticos, habitualmente, las y los médicos clínicos utilizaban exámenes complementarios basados, sobre todo, en la aparatología. Las imágenes y los exámenes de laboratorio eran necesarios para obtener ciertas respuestas clínicas, pero insuficientes para proporcionar elementos que contribuyeran al proyecto terapéutico de las situaciones de salud mental. La práctica médica se orienta a diagnosticar, pronosticar y, en consecuencia, tratar.

En cuanto al plan terapéutico que se desarrolla en el modelo tradicional — aun cuando el problema a abordar sea de índole subjetiva—, se percibe el predominio de los aspectos biológicos en la búsqueda de la curación física y psicológica. Obviamente, este modelo fue reproducido en la sala de internación del HGC. Ese plan, elaborado exclusivamente por las y los médicos clínicos, quedaba

---

<sup>36</sup> Queremos aclarar que estamos a favor de las nuevas tendencias de organización hospitalaria por cuidados progresivos que propicia la *clínicalización*, a partir de la cual el seguimiento de todas y todos los internados está a cargo del servicio de clínica médica.

<sup>37</sup> Énfasis añadido.

escrito en la hoja de *indicaciones médicas* que se encontraba en la historia clínica, la cual funcionaba como un itinerario para el cumplimiento de las tareas de las y los enfermeros. De tal manera, las y los médicos se constituyeron como *decisores* únicos, mientras que las y los enfermeros ocupaban el rol de *ejecutores* de esas decisiones. Al respecto, se fue configurando un proceso de trabajo en el cual la tarea de las y los enfermeros solía ser subsidiaria de la de los otros profesionales, y se subordinaba, de manera especial, al proceso de trabajo médico. Paradójicamente, las y los enfermeros desempeñaban un rol central en los cuidados concretos ofrecidos al paciente, en contraste con el lugar periférico que ocupaban en las decisiones sobre el plan terapéutico antes mencionado. Para ilustrar mejor lo que decimos, veamos el relato de una de las enfermeras cuando se le preguntó sobre su función en la sala de internación:

[...] que esté todo ordenado y que las cosas se hagan y se cumplan como lo piden los médicos.

Si exploramos el proyecto terapéutico que se desplegó en la internación de los pacientes con padecimiento psíquico, encontramos algunas diferencias con el anterior, ya que en el armado de este se buscaba comprometer a todas las disciplinas intervinientes y, de ser posible, se intentaba incluir a las personas del entorno afectivo de las y los pacientes. De hecho, cada trabajadora del Equipo de SM consideró que, lejos de lo que se pensaba, su visión disciplinar en la atención de las y los pacientes con padecimiento psíquico en el momento de la internación tenía mucho que aportar.

Una herramienta especialmente señalada en las entrevistas, a la que recurrían las trabajadoras del Equipo de SM en el armado del proyecto terapéutico, fue la incorporación de las y los acompañantes terapéuticos (AT) como soporte del dispositivo de cuidado. De hecho, tanto la psiquiatra como una de las psicólogas marcaron que la presencia de las y los AT durante la internación constituía un punto de negociación con enfermería a la hora de efectivizar el ingreso de las y los pacientes con padecimiento psíquico. Al respecto, la psiquiatra comentaba:

El dispositivo de acompañantes terapéuticos en el hospital de San Lorenzo fue lo que nos permitió sostener internaciones en el tiempo

[...]. No era fácil conseguir acompañantes, porque necesitábamos que tengan cierta noción del cuidado que debían hacer y, además, la paga no era buena.

Las y los enfermeros alegaban que necesitaban a alguien al lado de estos pacientes porque no había suficiente cantidad de personal de enfermería para el cuidado del resto de las y los pacientes internados. La enfermera señalaba que

La rutina en la sala demanda[ba] el cuidado de 10 personas internadas por cada enfermero.

Las y los AT dedicaban varias horas del día al acompañamiento y cuidado de las y los pacientes internados con padecimiento psíquico, y participaban activamente del seguimiento clínico, ya que iban retribuyendo las intervenciones con el Equipo de SM, que conducía la estrategia clínica. Fue este el que consideró pertinente proponer la tarea de acompañamiento, en algunas situaciones, a las trabajadoras y trabajadores del hospital, siempre y cuando se evaluara que, por sus características personales, podrían aportar al desarrollo del proyecto terapéutico singular de cada paciente. Acerca del tema, una de las psicólogas decía:

Tuvo repercusiones buenas y malas. Buenas porque ya conocían la dinámica del hospital y eso facilita el acompañamiento; y malas porque generaba cierto rumor respecto de las preferencias por algún trabajador y no por otro.

Las y los AT eran financiados desde la DPSM-Nodo Rosario; sin embargo, con el fin de agilizar el pago de los honorarios, se recurría frecuentemente a la Comisión del SAMCo. Al respecto, cabe añadir que las autoridades del SAMCo no interferían en los criterios clínicos de internación. La psicóloga planteaba con indignación que

las condiciones de trabajo eran muy precarias para los acompañantes [AT]. Cobran cuatro meses después de haber realizado el trabajo, muy poco dinero por hora.

Conviene subrayar que, a partir del creciente protagonismo del Equipo de SM en la sala de internación, se produjo un *desacople* en el proceso de trabajo habitual que originó cierta conflictividad, sobre todo, con las y los enfermeros, que vieron modificado su proceso de trabajo. Indiscutiblemente, este modo de organización del proceso de trabajo en los hospitales generales hace que se necesite de la conformidad y, más aun, de la participación activa de las y los enfermeros para internar pacientes con padecimiento psíquico. Las profesionales del Equipo de SM recalcaron la importancia de trabajar con enfermería, dada la cercanía que mantienen con las y los pacientes y sus familiares durante todo el transcurso de la internación, a diferencia de otros trabajadores. Sirva como demostración lo que planteaba la psicóloga:

[...] porque es el sector con el que más trabajamos y, además, porque es el sector que está las veinticuatro horas con el paciente. Por ejemplo, clínica médica viene un rato a la mañana, otro a la tarde, pero después [el paciente] está a cargo del enfermero.

La misma profesional insiste:

Entendimos desde el primer momento que había que acordar con enfermería, porque es el agente que más contacto directo y permanente tiene con el paciente y su familia; está todo el tiempo en el servicio.

Se desprende de las entrevistas que las y los enfermeros tenían mucha resistencia a la internación de pacientes en crisis subjetiva. Fundamentaban, como se afirmó más arriba, que no había condiciones, que no estaban capacitados, que tenían miedo por ellos y por otros pacientes, etc. La psicóloga planteaba que,

en principio, la respuesta [de enfermería] era “este paciente no es para acá, para eso están los manicomios”. “Este paciente no es para acá” es lo primero que escuchábamos.

Es interesante rescatar lo que señala la psicóloga en relación a la diferencia en los procesos de trabajo de enfermería en el ámbito del manicomio y, por consiguiente, en la manera que las y los enfermeros componen la arquitectura del cuidado en ambos efectores.

Teníamos que trabajar mucho, sobre todo con enfermería, qué implicaba una internación allí [en referencia al HGC] y por qué esa internación, y argumentar mucho [...]. Nosotros veníamos de la Colonia [CPO], entonces teníamos una impronta de trabajo muy particular respecto de enfermería; ellos tienen un lugar central en el monovalente, son parte del equipo interdisciplinario, y en el polivalente no es así [...]. [En el HGC] llegábamos a la guardia y teníamos que internar un paciente y nos dirigíamos al enfermero y no nos dirigía ni siquiera la mirada [...]. No entendía que esa discusión tenía que ser con él o ella, entendía que eso se discutía [solamente] con el médico de guardia.

Por último, conviene subrayar que el criterio de internación en sala general estaba ceñido a la disponibilidad de recursos humanos calificados, de lo cual dimos cuenta en el inicio de este capítulo. Sin embargo, interesa volver a puntualizar esos recursos, ya que fueron reiteradamente enfatizados por las trabajadoras; sobre todo, marcaban la falta de profesionales psi de guardia los fines de semana, la falta de disponibilidad de acompañantes terapéuticos (AT) y de personal de enfermería para sostener la internación. Por ejemplo, si se decidía el ingreso de un paciente días previos al fin de semana, las trabajadoras del Equipo de SM asistían al hospital en días y horarios que no estaban estipulados en su contrato de trabajo —sábados o domingos—. Si bien se acordó con ellas un modo de compensación de esas horas, refieren que el sostenimiento de la internación resultaba dificultoso por la carga de trabajo que implicaba. La psicóloga del Equipo de SM reparaba en que

veníamos en cualquier momento y cualquier día, esto también deterioraba nuestras condiciones de trabajo, esta cuestión de estar con el teléfono abierto todo el tiempo.

### ***La atención de crisis subjetivas como soporte de la guardia general.***

En el modelo biomédico, el manejo de la criticidad y su expresión en descompensaciones orgánicas graves, se realiza, mayormente con un paciente en cama, casi inmóvil y hasta muchas veces con su nivel de vigilia disminuído, para lo cual el hospital general organiza una respuesta asentada en un proceso de trabajo mecanizado y desapegado del paciente al cual debe asistir, con alto grado de dependencia de la aparatología, necesaria para resolver las emergencias de índole biológica. En cambio, el abordaje de pacientes con urgencias subjetivas graves como las que manifiestan una excitación psicomotriz, supone, como dice Giunispero (1997) “hacer una tarea de *cuidado intensivo*<sup>38</sup>” (p. 9), distinto al que ofrece el modelo médico. El autor sostiene que es una tarea *con otros*, y que por lo tanto, no depende de un trabajador, sino de un *dispositivo asistencial* y más aun, no puede depender solamente de la psiquiatría —en tanto especialidad médica—.

En tal sentido, la psiquiatría tradicional y el modelo biomédico en general, proponen el tratamiento farmacológico como única posibilidad de abordaje de las crisis, ubicando la medicación en el lugar de *atenuante* de la causa de la crisis. No estamos negando la posibilidad de usar psicofármacos, sino que cuestionamos su rol central y único en el proyecto terapéutico. Traemos las palabras de Giunispero (1997) a este análisis ya que nos permiten examinar con mayor claridad el proceso de trabajo desplegado en las crisis subjetivas y el lugar que ocupa la medicación cuando es prescrita con aquella finalidad. El autor dice:

Si esta intervención queda [solamente] ahí, el paciente pasa a participar de las condiciones de atención de la institución, queda reducido a ser el objeto supuesto por esa medicación. Y esta medicación supone en el lugar de la causa a un hombre neuronal [...] la biología le va a dar [a las y los médicos que asisten] una causa única, absoluta, que dé cuenta de las crisis subjetivas (p. 12).

Es importante recalcar que, antes de la conformación del Equipo de SM, el modelo de atención de las crisis subjetivas en el HGC carecía de respuestas adecuadas, excepcionalmente, las y los psicólogos del hospital asistían a la guardia

---

<sup>38</sup> Énfasis agregado

externa a evaluar y tratar un paciente con descompensación psíquica. Explicitaron que no lo consideraban parte de sus tareas, pero también se observó que no eran convocados por las y los trabajadores de la guardia. Ambos actores sostuvieron que el desarrollo del proceso de trabajo respecto de las crisis subjetivas, estaba condicionado por la falta de la especialidad de psiquiatría, razón por la cual quedaban impedidos de intervenir. Tal argumento expone la idea de que las intervenciones debían girar, principalmente, en torno a la prescripción de psicofármacos, para lo cual la psiquiatría posee credenciales curriculares. Asimismo, las y los trabajadores de la guardia general manifestaban insistentemente que no estaban capacitados para alojar y, mucho menos resolver, situaciones de SP.

El personal de enfermería se mostraba reticente a ingresar pacientes con padecimiento psíquico en la internación transitoria de la guardia. Una de las enfermeras decía:

El enfermero de la guardia no quiere tener las camas [de allí] ocupadas, entonces recibíamos quejas por eso, quiere la cama por si llega algún accidente [...]; hicieron hasta notas para no atenderlos [en referencia a pacientes con padecimiento psíquico], decían que no les correspondía.

El Equipo de SM comenzó a realizar una tarea de *soporte* del equipo de trabajadores de la guardia general que consistía en asistir a las y los pacientes con descompensación psíquica —que anteriormente eran derivados a la CPO o al CRSMAA— en el ámbito de la guardia, para lo cual se incorporaron otras herramientas además de la medicación. Se armó un *soporte* con el fin de posibilitar el armado ese *cuidado intensivo* del que hablamos anteriormente, ya que se puso a la vista que el modelo *aprendido* para afrontar las urgencias médicas, resultaba insuficiente e ineficaz para el abordaje de estas problemáticas.

De esa manera, el sostén matricial estuvo relacionado con la puesta en común de los saberes disciplinares que el campo psi posee sobre la subjetividad humana, con el fin de instrumentar al equipo de la guardia acerca de las

particularidades de los cuidados intensivos en la atención de las urgencias subjetivas.

Se confeccionó un protocolo para la atención de las urgencias en salud mental de mayor prevalencia (intentos de suicidios, excitación psicomotriz x episodios psicóticos, intoxicaciones por alcohol y drogas, síndrome de abstinencia, etc), que incluía el manejo farmacológico y la derivación asistida al hospital monovalente de tercer nivel. Este se usaba en momentos en que el Equipo de SM no estaba el hospital —sobre todo en horarios nocturnos y fines de semana—. Si bien el protocolo fue de gran ayuda para el equipo de la guardia, no obstante, se advierte que no podría reemplazar los saberes, las destrezas y la experticia de las disciplinas psi en la atención de una crisis, por lo que nuevamente se insistió con la necesidad de contar con profesionales del área psi en las guardias generales de los hospitales. Sin embargo, si un paciente padecía una descompensación grave que excediera las posibilidades de cuidado del HGC, se derivaba para internación a la CPO o al CRSMAA. La solicitud la hacía el Equipo de SM o las y los médicos de guardia y el traslado se realizaba en la ambulancia del HGC; el mecanismo era bastante ágil.

### ***La creación de un dispositivo de admisión.***

A causa de la fragmentación en el sistema de salud de San Lorenzo, el equipo de SM del HGC, se constituyó como el único equipo interdisciplinario de la ciudad para evaluar las situaciones de salud mental que incluyeran o no la internación como parte del proyecto terapéutico. En razón de ello, y en virtud de las modificaciones en el modelo de atención, el juzgado de familia de la ciudad comenzó a derivar al hospital, oficios judiciales mediante, a los familiares de pacientes ordenando la evaluación por el Equipo interdisciplinario de SM del HGC, con el argumento válido de hacer cumplir la ley vigente. Sin embargo, las trabajadoras del equipo refieren que el juzgado no consideraba la existencia en la ciudad y en la zona de otros efectores que debían, también, responsabilizarse por esa evaluación. En tal sentido, las y los pacientes con problemática de salud mental comenzaron a llegar por diversas vías y de modos muy heterogéneos. En consecuencia, las profesionales que se trasladaron de la CPO comenzaron a

desempeñar múltiples tareas en el hospital, de hecho la psiquiatra no solo era la única en su especialidad en la institución, sino también en la zona. Esa diversidad de tareas, que fue, en el inicio de la readecuación una finalidad perseguida, generó cierto agotamiento en las trabajadoras y la necesidad de una reformulación del rol de los profesionales psi que, sobre todo en psiquiatría, había quedado muy restringido al consultorio y a la guardia. Respecto de este punto la psiquiatra comentaba:

No hacíamos la cantidad de visitas domiciliarias que hubieran sido pertinentes, quedamos en algún punto reducidas a la atención en consultorio por la gran demanda que había [...] era como atender lo más urgente, entonces se volvía algo rutinario.

Respecto de la nueva oferta brindada al interior y por fuera de la institución, una de las psicólogas observó:

Las puertas de entrada empezaron a ser muchas: era el pasillo, era el teléfono, era en el momento que estabas atendiendo otro paciente, era por la guardia, entonces nos propusimos con la psiquiatra armar un dispositivo de admisión

Con el objetivo de reformular esa demanda se organizó, por iniciativa de la psicóloga y psiquiatra, el comité de admisión de salud mental, con cierta flexibilidad en el acceso al turno para ese dispositivo. Cabe señalar que las trabajadoras sociales y enfermeras no participaban del dispositivo. Al respecto una de las trabajadoras sociales entrevistada reflexionaba:

Yo no participaba del comité de admisión porque en ese momento no estaba de acuerdo, pero este trabajo es algo dinámico y tenemos que estar abiertos para hacer una autocrítica y me di cuenta que necesitábamos participar del comité.

Al poco tiempo de instalado el comité de admisión, fue necesario plantear una reconfiguración del mismo, dado que, las personas llegaban con demandas que

tenían que ver con la necesidad de acceso a las políticas de Estado en general, tales como certificado de discapacidad, pase para transporte público, etc).

Finalmente, conviene subrayar que el Equipo de SM insistió en que la reestructuración del proceso de trabajo, trajo como consecuencia, no solo el incremento en la carga de trabajo, sino la complejización de la demanda de atención de situaciones de salud mental, por lo que se sintieron, sobrecargadas y agobiadas. A ello se sumó la dificultad para concretar una práctica intersectorial e interjurisdiccional, dirigida al abordaje comunitario de las situaciones de SM. Además, el requerimiento —por parte de los efectores del sistema de salud de San Lorenzo— de la especialidad de psiquiatría fue mayor que la oferta concreta en horas profesionales disponibles. Se agrega que por cuestiones burocráticas y de presupuesto, difíciles de remover, el hospital de San Lorenzo no contaba con todos los psicofármacos que se necesitaban para sostener tratamientos, sobre todo, ambulatorios; la provisión la hacía la CPO. Esto se transformaba en un obstáculo para la accesibilidad a tal medicación; además de restringir, en parte, los instrumentos tecnológicos con los que contaba la psiquiatra.

### **El rol del cuidado en la organización del proceso de trabajo del Equipo de SM en la atención de pacientes con padecimiento psíquico del HGC**

A partir de la incorporación de las profesionales psi al HGC, se conformó el Equipo interdisciplinario de SM y se produjo la reorganización del modelo de atención de la problemática de la salud mental. Fueron revisadas, y a la vez, recreadas, un conjunto de prácticas que imprimieron un quiebre, una suerte de discontinuidad en la escena cotidiana del HGC, y provocaron movimientos de desestructuración del proceso de trabajo. La transformación del proceso de trabajo supuso, al menos, dos campos de intervención: uno en lo clínico, con el eje puesto en la interdisciplina y en el trabajo en equipo; y otro en lo institucional, con miras a restaurar cierto grado de integralidad del proceso de atención de las y los pacientes con padecimiento psíquico en el HGC. Las primeras consecuencias de la reestructuración del proceso fueron el incremento y la complejización de la demanda. Ambas estuvieron relacionadas con la reorganización de los recorridos de la atención de las y los pacientes dentro de la institución.

De tal manera, como vimos anteriormente, se desestructuró el proceso de trabajo en, por lo menos, tres sectores del hospital; en la práctica ambulatoria de los consultorios externos de psicología —a la que se sumó la especialidad de psiquiatría—; en la sala de internación; y en la asistencia de las crisis subjetivas en la guardia general del HGC.

A partir de estos cambios, se abrieron interrogantes sobre el rol del cuidado en el proceso de trabajo, ya que las trabajadoras del Equipo de SM le otorgaron un lugar jerarquizado en la atención de pacientes con padecimiento psíquico. En tal sentido, las experiencias significativas —vividas de modos diferentes por las trabajadoras del Equipo de SM—, que vinculan el proceso de cuidado con el modo de organización del proceso de trabajo en el hospital general, dan cuenta de la multiplicidad de dimensiones que abarca el cuidado en la atención de la salud mental.

Por ello, el modo de cuidar tuvo que ser reinventado a expensas de los cambios en el plano clínico, en cuyo accionar fue necesario también utilizar instrumentos tecnológicos diferentes. Así, se abrió la discusión sobre el uso de las tecnologías relacionales —tecnologías blandas— que, entendemos, forman parte de los recursos disponibles en la asistencia de la salud mental. Se parte de la presunción de que este tipo de tecnologías da como resultado una modalidad de cuidado diferente al producido con las tecnologías duras. En dicha modalidad se juegan algunos elementos —saberes no estructurados— que, en principio, no estarían incluidos en el proceso de trabajo que propone el modelo de la biomedicina.

## Conclusiones

En el año 2008, en la provincia de Santa Fe, existían condiciones que favorecieron la reestructuración del proceso de trabajo en la atención de la salud mental en el HGC entre las que podemos destacar: i) la existencia de un marco legislativo vigente en materia de salud mental constituido por la ley provincial Nro. 10.772 del año 1991 y por la ley nacional Nro. 26.657 del 2010; ii) la presencia de diversas expresiones —protagonizadas por las y los trabajadores y las y los usuarios— de resistencia al modelo custodial-manicomial; iii) la creación de los dispositivos sustitutivos del manicomio en su mayoría coordinados por la DPSM de Santa Fe; todo lo cual fue construyendo, en definitiva, un pensamiento crítico de la atención de la salud mental en el territorio provincial que otorgó sustento a las propuestas de redefinición de las prácticas asistenciales.

A partir del análisis del proceso de trabajo en la atención de la salud mental en el HGC se pueden identificar aspectos generales que surgieron en el estudio y por lo tanto merecen ser subrayados.

En primer lugar, el sistema de salud de San Lorenzo mostró como principal dificultad la fragmentación en la atención de la salud mental. En consecuencia el HGC resultó el único receptor de la demanda de los problemas graves de salud mental de su área de influencia, a contrapelo de lo planteado en las leyes nacional y provincial de Salud Mental que enfatizan un modelo de atención descentralizado con base en la comunidad. Producto de lo cual el rol del HGC fue cuidadosamente reconstruido, fundamentalmente, para evitar el reforzamiento del centrismo hospitalario, pues ello hubiese contrariado el modelo comunitario propuesto en la legislación. No obstante, al mismo tiempo, ello significó la participación activa del HGC en el modelo de atención de salud mental en San Lorenzo. Sin embargo, corresponde advertir que esa participación no debe reemplazar el rol innegable y necesario de los equipos de los CAPS en la atención de la problemática. Se puede agregar que a partir de los problemas planteados por la demanda de atención hospitalaria de pacientes con padecimiento psíquico, queda a la vista que también se vio afectado el proceso de atención. En relación a esto, la fragmentación del sistema condujo a la discontinuidad de los recorridos de atención, a la imposibilidad del seguimiento clínico territorial posterior a la externación, y por

ende, a la interrupción de la estrategia terapéutica iniciada por el Equipo de SM en HGC.

En segundo lugar, la inclusión de la asistencia de las y los pacientes con padecimiento psíquico en los circuitos de atención general de salud, que cuenta entre sus efectores con el hospital, se transforma como marca Faraone (2012) en “un dispositivo favorecedor de la accesibilidad” (s/p). En la experiencia estudiada, la integración de ambos trayectos de atención redujo, en parte, la desarticulación característica de la atención general, y que impregna también los circuitos de atención de la salud mental; pues la reestructuración del proceso de trabajo del Equipo de SM produjo vinculaciones transversales que permitieron, en ocasiones, la interacción y coordinación de ambos itinerarios, por lo menos en el sector ambulatorio, en la sala de internación y en la guardia general del HGC.

En tercer lugar, el estudio evidenció que en el HGC se reprodujeron los contrasentidos e insuficiencias de las prácticas de atención de salud mental arraigadas en los hospitales generales. El objeto de trabajo construido en dichas prácticas, gira en torno a la idea de que *lo mental* podría reducirse a un proceso biológico, sin embargo, la atención de situaciones de padecimiento subjetivo provocó una alteración de la manera tradicional de procesamiento del objeto de trabajo. El mismo se presentó de un modo no conocido para las y los trabajadores provocando la desestructuración de la organización del proceso de trabajo, lo cual originó interrogaciones sobre el objeto de trabajo-intervención que llevaron a su redefinición. Tales fueron posibilitadas a partir de tres movimientos que tuvieron lugar en el HGC: i) la inclusión del marco legislativo en salud mental —desconocido por la mayoría de las y los trabajadores hasta ese momento— que se constituyó en referencia para las acciones, y que exigió asumir la responsabilidad ineludible del hospital general en la atención de las y los pacientes con padecimiento psíquico; ii) la programación de un espacio que estableció una instancia de diálogo entre disciplinas con matrices epistemológicas y prácticas diferentes; iii) la elaboración progresiva de una mirada crítica del modelo clínico asentado en enfoques teóricos que priorizan la dimensión del individuo y que por lo tanto no lograban articular respuestas que dieran cuenta de la complejidad que presentaban los problemas de salud mental.

En cuarto lugar, se reconoce la relación de las y los trabajadores con sus prácticas como un vínculo complejo marcado por un doble proceso, ya que los sujetos determinan sus prácticas pero también son condicionados por ellas. Por tal razón, el conjunto de prácticas generadas a partir del proceso de trabajo, no deben entenderse exclusivamente como producto de la decisión individual de cada trabajadora o trabajador, sino como la resultante de ese sistema de condicionamientos.

El encuentro interdisciplinario sistematizado y periódico fue la ocasión para que se abrieran preguntas sobre dos cuestiones fundamentales: i) las concepciones que cada profesional tenía sobre el padecimiento psíquico y ii) el rol que desempeñaba cada disciplina en el proceso de trabajo. Respecto de ello, Stolkiner (1991) dice que “el simple planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal, y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar” (s/p), por lo tanto el *espacio de atención de situaciones complejas* —que incluía otras profesiones además del Equipo de SM— operó como una herramienta que permitió reconocer la complejidad de las situaciones de padecimiento psíquico y planificar, en consecuencia, intervenciones. Este espacio funcionó como *articulador transversal* a todas las instancias donde se reestructuró el proceso de trabajo, pues sus integrantes retornaban a él como a una usina de pensamiento y como lugar de contención, donde se reflexionaba sobre el sentido que debía guiar la tarea clínica.

Se destaca que fue el Equipo de SM quien participó en la selección de cuáles serían las instancias clave —sector ambulatorio, sala de internación, guardia externa y admisión— donde se reestructuraría el proceso de trabajo. Para esa definición se tuvieron en cuenta los recorridos que hacían las y los usuarios de salud mental en el sistema de salud de San Lorenzo, lo cual indica que se intentó priorizar las necesidades de las y los usuarios de salud mental como articuladoras de la reforma. El primero de los cambios que se propiciaron fue la incorporación de la especialidad de psiquiatría que hasta ese momento no existía.

En la sala de internación, convivían múltiples espacios conceptuales y distintos niveles de intervención. En tal sentido, la reformulación del proceso de trabajo condujo a concebir la internación como una práctica necesariamente interdisciplinaria. Así, el Equipo de SM fue ganando legitimidad en la sala general.

Ello implicó, por un lado, el reconocimiento de las profesiones no médicas — psicología, trabajo social y enfermería— en el ámbito de la internación, y su participación creciente en las decisiones diagnósticas y terapéuticas; y por otro, la incorporación de la especialidad de psiquiatría en un rol no tradicional, que permitió superar, en parte, la habitual función medicalizadora que se le asigna a la especialidad. El creciente protagonismo del Equipo de SM en la sala de internación, produjo un *desacople* en el proceso de trabajo habitual que originó cierta conflictividad, sobre todo, con las y los enfermeros, que vieron modificado su proceso de trabajo. La tarea de las y los enfermeros ocupa un lugar subsidiario de la de los otros profesionales, y subordinado, de manera especial, al proceso de trabajo médico. Paradójicamente, las y los enfermeros desempeñaban un rol central en los cuidados concretos ofrecidos al paciente, en contraste con el lugar periférico que ocupaban en las decisiones asistenciales. La conflictividad que se genera en todo proceso de redefiniciones conceptuales y prácticas debe ser asumida críticamente en las propuestas de reformas.

El proyecto terapéutico de las y los pacientes internados con padecimiento psíquico mostró diferencias significativas con el modelo tradicional, ya que se construyó en base a recursos que contemplaban la multidimensionalidad del padecimiento psíquico, tales como el abordaje interdisciplinario, la participación del entorno afectivo del paciente, el acompañamiento terapéutico (AT) realizado por las trabajadoras y trabajadores del hospital y la prescripción de psicofármacos, entre otros. No obstante, se presentaron obstáculos en la estrategia terapéutica de internación, precisamente, por la falta de los recursos intersectoriales, lo cual abre nuevas preguntas acerca de los sistemas de salud fragmentados y sus consecuencias sobre el proceso de trabajo.

El trabajo del Equipo de SM en la guardia externa del HGC funcionó como apoyo especializado matricial (Sousa Campos, 2001). La fuerte presencia de este en el ámbito de la guardia logró fisurar las concepciones que tenían algunos trabajadores respecto de la salud mental y generó al menos dos consecuencias: i) se puso a la vista que el modelo *aprendido* para afrontar las urgencias médicas, resultaba insuficiente para el abordaje de las situaciones de salud mental graves; ii) la prescripción de los psicofármacos se desplazó progresivamente desde la centralidad hacia un lugar complementario en el proyecto terapéutico. Pareciera

que el trabajo concreto y presencial de las disciplinas psi en el ámbito de la guardia, por un lado, completaba el *dispositivo de atención* (Guinispero, 1996) poniendo a disposición los aportes específicos del campo psi, y por otro, las profesionales llegaban allí a ocupar un lugar que la institución había dejado deshabitado para la atención de la salud mental; las y los trabajadores de la guardia accionaban de manera solitaria respecto de las urgencias subjetivas, y es posible que, algunos utilizaran los psicofármacos para obturar esa falta. En síntesis, las urgencias en salud mental— como fenómeno irruptivo— tuvieron la capacidad de interrogar los recursos e instrumentos tecnológicos con los que contaban las y los trabajadores y pusieron de manifiesto los modos de cuidado aprendidos.

Durante la investigación se fue elaborando en forma progresiva un acercamiento a la noción de *clínica ampliada* que nos permitió incluir el encuentro intersubjetivo de quién asiste y quién es asistido como un momento insoslayable del proceso de trabajo. Franco y Merhy (2016) plantean que el cuidado se moviliza a partir ese encuentro intersubjetivo donde se juegan la capacidad técnica —el saber-hacer— y la subjetividad de las y los trabajadores y del propio usuario. A partir de allí se hizo visible la preocupación que manifestaban las trabajadoras del Equipo de SM por el cuidado. En tanto categoría, se rescata el valor integrador de dicha noción en la reorganización del proceso de trabajo. Surge, entonces, tanto la necesidad de un *cuidado especial* en la atención del padecimiento psíquico, como la exigencia de materializarlo en una propuesta integradora de las necesidades del paciente, con el propósito de componer un cuidado *usuario-centrado*. Desde esta perspectiva fue asumido como “la síntesis de múltiples cuidados” (Cecilio, 2003), ya que el Equipo de SM pudo incluir nuevos elementos como el afecto, la hospitalidad, la observación, la escucha, la creatividad. De esa manera, cada una de las trabajadoras del Equipo de SM fue capaz, en las distintas ocasiones, de producir un modo de cuidado distinto al establecido. Esto nos lleva a concluir que el cuidado no debe ser entendido como un simple procedimiento, sino como una acción integral.

Conforme a la idea de que el sentido de las prácticas determina las herramientas que serán utilizadas, podemos decir que en el desarrollo del proceso de trabajo al momento de la asistencia de la locura, parece insuficiente la tecnología utilizada en los procesos biomédicos, puesto que se juegan algunos

elementos que no estarían incluidos en los procedimientos de trabajo que propone el modelo de atención tradicional. La atención de la problemática de la salud mental, supone la puesta en marcha de recursos tecnológicos no estructurados — tecnología blanda—, que se expresan como un proceso de “relaciones intercesoras” (Merhy 2006), es decir, un encuentro intersubjetivo entre los trabajadores y los usuarios que no puede existir uno sin el otro y por fuera de la relación. Insistimos en que este tipo de tecnologías daría como resultado una modalidad de *cuidado diferente* al que se produce con las tecnologías duras.

Uno de los problemas a enfrentar en la redefinición del modelo de atención de la salud mental es el empobrecimiento de la dimensión cuidadora que caracteriza al trabajo en salud, a expensas de los aspectos duros de la tarea basados en la utilización de equipamientos y super-especialización médica. La atención de pacientes con padecimiento psíquico en el HGC afectó el desenvolvimiento del proceso de trabajo y produjo su desestructuración, precisamente, porque fue interpelada esa dimensión cuidadora.

La internación de las y los pacientes con padecimiento psíquico enfrentó numerosas dificultades relacionadas a las condiciones estructurales existentes para garantizarla: i) la falta de disponibilidad del recurso humano capacitado, tales como profesionales del área psi en la red los fines de semana, acompañantes terapéuticos, personal de enfermería y abogados; ii) las características edilicias inadecuadas para alojar este tipo de problemática, tales como la inexistencia de lugares verdes en el HGC, de salas de esparcimiento y de espacios lúdicos. Varios aspectos de la reestructuración del proceso de trabajo en la atención de salud mental en el HGC quedaron a expensas del esfuerzo y la sobrecarga de trabajo de las profesionales del Equipo de SM, por lo que advertimos que, si estas reformas no son incluidas como parte de las transformaciones generales del modelo de atención, podrían obstaculizar la asistencia de pacientes con padecimiento psíquico y consecuentemente producir el efecto contrario al buscado.

La principal limitación de este estudio es no haber incluido en las entrevistas a las y los médicos clínicos y pediatras de la sala de internación y de la guardia externa del HGC. Nos hubiese aportado material invaluable acerca de la mirada que tienen del problema en cuestión en tanto actores con intereses diferenciales que ocupan un rol central en el ámbito hospitalario. Además, hubiese

sido interesante explorar las prácticas otras y otros trabajadores que, si bien no tenían un rol directo en el proceso de atención de las y los pacientes con padecimiento psíquico, probablemente vieron modificados algunos aspectos de su trabajo a partir de la atención de los problemas de salud mental en el HGC.

La reestructuración del proceso de trabajo con base en las necesidades de salud mental de las y los usuarios y, por ende, la recomposición de la acción clínica se lograron incorporando nuevos recursos que tuvieron como eje la preocupación por el cuidado en la atención de la salud mental. Ello implicó repensar y recrear los modos de cuidado previamente aprendidos. Con todo, se puso a la vista que el modelo de atención —en tanto respuesta institucional y clínica— que se organiza desde la biomedicina, resultó insuficiente e ineficaz para la asistencia de la problemática de la salud mental. Las formas organizativas del modelo de atención dieron cuenta no solo de las concepciones construidas a partir de los diferentes enfoques de la salud y de la enfermedad, sino de los diversos intereses de los actores presentes en el HGC.

Por lo dicho, creemos que, la reestructuración del proceso de trabajo en los hospitales generales para la atención de la problemática de la salud mental debe tener en cuenta la construcción de un modelo de atención que considere: i) el padecimiento psíquico y su sistema de asistencia como un problema complejo; ii) la necesidad de adquirir nuevos conocimientos, destrezas y habilidades para la atención de pacientes con padecimiento psíquico; iii) la organización de las tareas debe hacer emerger las formas no estructuradas del saber-hacer con la que cuentan las y los trabajadores; iiiii) esas modalidades verán la luz si es posible desplegar el trabajo vivo en acto, en el sentido de fomentar la creatividad y la autonomía en la toma de las decisiones cotidianas; iiiiii) la incorporación de las múltiples perspectivas e intereses de los actores institucionales que disputaran formas organizativas diversas, ya que toda pretensión de objetividad en la tarea clínica peca de falsedad, cuando no de ineficacia; iiiiii) la inclusión de lo *interdisciplinario* como condición sine qua non para el abordaje de la problemática de Salud Mental, lo que implica que se reconozca como parte de las prácticas que conforman el proceso de trabajo, por lo cual debe ser jerarquizado al momento de organizar el tiempo de las y los trabajadores.

Con todo, en el hospital general —en tanto institución compleja— conviven múltiples discursos, prácticas y actores. Al respecto, Faraone, Torricelli y Valero (2012) sitúan también al hospital general

como un espacio bivalente en el cual se despliegan tanto sus prácticas acordes a una tendencia hospitalocéntrica como aquellas alternativas y sustitutivas al dispositivo monovalente, en particular cuando nos referimos a las internaciones ligadas al padecimiento psíquico. A menudo [...] ambas tendencias conviven expresando de manera tácita o silenciosa sus áreas de confrontación.

Nos preguntamos si esa ambivalencia podría reproducir un “modo manicomial” de cuidar en el hospital general. Si bien en sus modos organizativos, sobre todo en la sala de internación, se mantienen rasgos de la lógica de una “institución total” —en términos de obturar que las y los usuarios sean autónomas y libres para decidir— no obstante se preserva cierta autonomía en aspectos de la vida de las personas como la elección de la vestimenta, el manejo del dinero, la decisión de alimentarse, etc. La hospitalización en el hospital general no siempre interrumpe la continuidad de la existencia de las y los pacientes, ni llega a abolir de forma irreversible su rol social como sí sucede en el manicomio.

Asimismo, las nuevas formas de organización del proceso de trabajo deberán superar uno de los problemas a los que, según Testa (1997a), se enfrentan los sistemas de salud: “la incoherencia entre las formas organizativas y los propósitos que buscan alcanzarse” (p. 129). Es por ello que cualquier propuesta transformadora del modelo de atención de la Salud Mental debe superar la simple organización del modelo asistencial y alcanzar las prácticas y concepciones sociales con miras a una acción política y cultural emancipadora.

Para finalizar este trabajo, queremos dejar planteado un interrogante que podría guiar futuras investigaciones en el campo de la atención de la salud mental en los hospitales generales: ¿Cómo formular adecuaciones entre las necesidades de salud de las y los usuarios de salud mental y un modelo de atención encauzado a satisfacerlas?

## Referencias Bibliográficas

- Ascolani, A. (2000). *La novela de occidente* (Primera edición ed.). Rosario: Arcasur.
- Augsburger, A.C. (2002) De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: El sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61-75.
- Basaglia, F. (1972) *La Institución Negada. Informe de un Hospital psiquiátrico*. (2ª Ed.) (1ª Ed argentina) Buenos aires: Ediciones Corregidor.
- Basaglia, F. (2008). La utopía de la realidad. *Revista Topia*, (52), 25-27.
- Belmartino, S. (1991). Políticas de salud en Argentina: perspectiva histórica. *Cuadernos Médico Sociales*(55), 13-33.
- Belmartino, S. (2005). Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. *Revista Salud Colectiva*, 1(2), 155-171.
- Belmartino, S. (2008). Los procesos políticos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría. Recuperado de: <http://www.Historiapolitica.com>.
- Bonazzola, P (2001). Modelo de atención y organización de servicios de salud. Fragmento del documento preparado para el Taller *La transformación del modelo de atención en el marco de la reorganización del sector salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Dirección de Capacitación. Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Cappiello, M. A. (2007). *La fundación de un sistema de salud en la provincia de Santa Fe. Lógica subyacente y etapas en su concreción*. Santa Fe. : Recuperado de: <http://www.cemupro.com.ar>.
- Castellanos, P. L. (1987). Sobre el concepto de salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico. *Cuadernos Médicos Sociales*, 42, 15-24.
- Castro, R. (2013). De cómo la sociología construye sus objetos: el carácter problemático de los “determinantes” sociales de la salud-enfermedad. *Idéias*, 4(1), 16-40.
- Cecilio, L.C.O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3), 469-478. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>
- Cecilio, L.C.O. (2001). As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atuação em Saúde. En R. Pinheiro y R.

- Mattos, *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (1ª ed., pp. 113-126). Rio de Janeiro: IMS ABRASCO. Recuperado de <https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf#page=117>
- Cecilio, L., y Merhy, E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. En R. Pinheiro y R. Mattos, *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (1ª ed., pp. 197-210). Río de Janeiro: IMS ABRASCO. Recuperado de <http://uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>
- Chiavenato, I. (2014) Introducción a la teoría general de la administración. <https://esmirnasite.files.wordpress.com/2017/07/i-admon-chiavenato.pdf>
- Cohen, H (1994). El proceso de desmanicomialización en Río Negro, en *Políticas en Salud Mental*, O. Saidón/P. Troianovski (Comp), pp. 87 a 103.
- De Souza Minayo, M. C. (2004). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Souza Minayo, M.C., Ferreira Deslandes, S., Cruz Neto, O. y Gomes, R. (1996/2007). *Investigación social: teoría, método y creatividad*. (3ª Reimpresión). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Donnangelo, C (1976) Capítulo 2: Medicina en la sociedad de clases. En *Salud y sociedad* (pp. 33-77) San Pablo
- Falcone, R. (2010). Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. *Del hospital cerrado al hospital abierto*. Recuperado de [http://psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/034\\_historia\\_2/Archivos/inv/Falcone\\_HistoriaInstit.pdf](http://psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf).
- Faraone, S., Valero, A., Rosendo, E. y Torricelli, F. (2011) Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva. Una experiencia de transformación institucional. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1 (1), 51-64.
- Faraone, S., Torricelli, F. y Valero, A. (2012). Procesos de transformación en salud mental. Desafíos y oportunidades en la construcción de trayectorias de accesibilidad en el marco de la Ley 26.657/10: Las provincias de Santa Fe y

- Tierra del Fuego. En A. Kornblit, A. Camarotti y G. Wald, *Salud, sociedad y derechos* (1ed., pp. 41-63). Buenos Aires: Teseo.
- Ferrandini, D. (2004). *Comentarios sobre la admisión y adscripción de personas*. (Manuscrito no publicado). Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.
- Ferrara, F. (1985) *Teoría Social y Salud*. Capítulo 1: Conceptualización del campo de la salud. Buenos Aires: Editorial Catálogos.
- Foucault, M. (2012). *Historia de la Locura en la Época Clásica I* (2ª ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, T y Merhy E (2016). El reconocimiento de una producción subjetiva del cuidado. En *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. (pp. 133-150). Buenos Aires: Lugar Editorial
- Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Medico Sociales*, (23), 1-7.
- Galende E. (1994) Modernidad: individuación y manicomios. En Osvaldo Saidón y Pablo Troianovsky (Comp). *Políticas en Salud Mental* (pp. 57-86) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (2011) Editorial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1 (1), 6-12.  
Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad.pdf>
- Giunispero, L. (1997). La atención de pacientes en crisis. *Jornadas nacionales sobre salud mental* (págs. 9-19). Rosario: La Grieta.
- Granda, Edmundo. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es).
- Grande, S (2015). Prácticas de los Psicólogos en la red de Salud Pública: sus obstáculos y referencias en relación con la formación universitaria El caso Rosario. (Tesis de Maestría). Centro de estudios interdisciplinarios-UNR. Rosario.
- Hasicic, M. S., Lattanzi, L. A., Muñoz, L. y Ferrero, G. (2016). Dispositivo de guardia en salud mental de un hospital general: posible adecuación a las

reglamentaciones vigentes. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(1), 454-464.

Ley Provincial 6.312 (1967) Santa Fe. SAMCo: Servicio para la Atención Médica de la Comunidad Recuperado de: [https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/33971/174451/file/Ley%206312\\_67.pdf](https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/33971/174451/file/Ley%206312_67.pdf)

Ley Provincial de Salud Mental 10.772 (1991) Santa Fe. Recuperado de: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>

Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) Argentina. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Massuda, A. y de Sousa Campos, G. W. (2010). El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidad de Estadual de Campinas (HC-Unicamp). *Salud colectiva*, 6(2), 163-180.

Martínez, M. (2014). Juntas Especiales de Salud Mental, en la encrucijada de la institución judicial y la locura. En *XI Congreso Argentino de Antropología Social*. Rosario. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-081/810>

Marx, C. (1974). La mercancía. En C. Marx, *El Capital. Crítica de la Economía Política* (2ª ed., pp. 3-50). La Habana: Editorial de Ciencias Sociales. Instituto Cubano del Libro.

Marx, C. (1974). El proceso del cambio. En C. Marx, *El Capital. Crítica de la Economía Política* (2ª ed., pp. 51-59). La Habana: Editorial de Ciencias Sociales. Instituto Cubano del Libro.

Marx, C. (1974). Proceso de trabajo y Proceso de valoración. En C. Marx, *El Capital. Crítica de la Economía Política* (2ª ed., pp. 139-159). La Habana: Editorial de Ciencias Sociales. Instituto Cubano del Libro.

Matus, C. (1987/2008). Los tres cinturones de Gobierno. En *Adiós Señor Presidente* (pp.31-41). Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.

Matus, C. (1987/2008). El triángulo de Gobierno. En *Adiós Señor Presidente* (pp. 51-53). Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.

Max-Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1993). Desarrollo y necesidades humanas. En Max-Neef, A. Elizalde y M. Hopenhayn, *Desarrollo a escala*

- humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones* (pp. 37-78).  
Barcelona: Icaria Editorial.
- Méndes, E. V. (1993) *Distritos Sanitarios*. Traducción de un fragmento del libro *A vigilância a saúde no distrito sanitário*. Brasilia: OPAS. Material no publicado.
- Mendes, E. V. (2013). Las situaciones de las condiciones de salud y los sistemas de atención de salud. En *Las redes de atención de salud* (2da ed., pp. 25-50). Brasilia: OPS. Recuperado de <http://www.iris.paho.org>
- Menéndez, E. L. (1984). Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antología médica crítica. *Nueva Antropología*, VI (23) 71-102. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15902307>
- Menéndez, E. (1985). Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 33, 3-34.
- Menéndez, E. L. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R, Campos Navarro. (Comp.), *La antropología médica en México* (pp. 97-114). México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1) ,185-207. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32.
- Merhy, E. E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2014). Criterios y Sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental (Guía Básica). Recuperado de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento154.pdf>
- Ministerio de Salud de Santa Fe (2008). *Lineamientos Generales. Plan Provincial de salud 2008-2011* (Material no publicado). Santa Fe, Argentina

- Ministerio de Salud de Santa Fe (2011). Primer informe Sala de situación del Ministerio de salud. *Análisis de situación de salud de la población de la provincia de Santa Fe*. Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar>
- Mintzberg, H. (1991). La burocracia profesional. *Diseño de organizaciones eficientes*. (pp. 159-178) Buenos Aires: El Ateneo.
- Morin, E. (2004) Epistemología de la complejidad. *Gazeta de Antropología*, 20 (2). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/7253>
- Nogueira, R. P. (1991). El proceso de producción de servicios de salud. *Educación Médica y Salud*, 25(1), 15-27. Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/9045.pdf>
- Oliveira, Alice, G. Bottaro de y Alessi, Neiry Primo. (2003). El trabajo de enfermería en salud mental: contradicciones y potencialidades actuales. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 11(3), 333-340. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300011>.
- Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra, Recuperado de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe mundial de la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: autor. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental*. Ginebra: autor. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Fomento de Salud Mental*. Ginebra: autor [http://www.who.int/mental\\_health/policy/FOMENTOdeLaSALUDMENTAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/FOMENTOdeLaSALUDMENTAL.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1990). Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América

- Latina. *Declaración Caracas*. Caracas: autor. Recuperado de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2005). Principios de Brasilia. *Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas*. Brasilia: autores. Recuperado de: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS\\_DE\\_BRASILIA.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2010). Consenso de Panamá. *Conferencia Regional de Salud Mental*. Panamá: autores. Recuperado de: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
- Pereira Potyara AP. (2016) Política social y necesidades humanas básicas. *Cuestión Urbana 1* (1), 31-38.
- Ramis Andalia, R. y Sotolongo Codina, P. (2009). Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (4), 65-77.
- Rodríguez, J. y González, R. (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.
- Rojas, M., Santimaria, L., Fevre, M. y Santimaria, G. (2014). Incidencias de la ley nacional de salud mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras. *Anuario de investigaciones*, XXI, 131-137.
- Rolnik, S. y Guattari, F. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de Sueños. Recuperado de <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Micropol%C3%ADtica-TdS.pdf>
- Rosendo, E. (2009). *Los olvidos de la salud mental en los procesos de desinstitucionalización: Antecedentes históricos, formación universitaria y abordaje social. La Ley de Salud Mental (Nº 448), un ejemplo paradigmático*. Buenos Aires: Serie de Documentos en Políticas Sociales 2008 del CIOBA.

- Rosendo, E. (2011). Desafíos en la implementación de la Ley Derecho a la Protección de la salud Mental (Ley N° 26.657). *Ponencia en IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*. Recuperado de: <http://webiigg. sociales. uba. ar/saludypoblacion/ixjornadas/principal.php>.
- Rovere, M. (1999). *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Sotolongo Codina, P. L. (2007). Tres tratamientos de la figura epistemológica clásica de la relación sujeto-objeto. *Inédito en soporte digital*.
- Sousa Campos, G. (1993). Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, (65/66), 81-93.
- Sousa Campos, G. (1997/2001). Subjetividad y administración de personal: consideraciones sobre el trabajo en equipos de salud. En G. W. S. Campos, *Gestión en salud: en defensa de la vida*. (pp. 101-142). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sousa Campos, G. (1998). Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias. *Cuadernos Médicos Sociales*, 74, 79-90.
- Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sousa Campos, G. (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte paideia en el trabajo en salud. *Salud colectiva*, 1(1), 59-67.
- Spinelli, Hugo. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental, IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología. *Salud Mental y Mundialización. Misiones: Federación de Psicólogos de la República Argentina y Colegio de Psicólogos de Misiones*.
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En N. Elichiry (comp). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 313-325). Buenos Aires: Nueva Visión.

- Testa, M. (1997a) Tendencias en planificación. En *Pensar en Salud* (pp. 90 a 96) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Testa, M. (1997a). Atención ¿primaria o primitiva? de la Salud. En *Pensar en Salud* (pp. 125-135) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Testa, M. (1997b). Análisis de instituciones hipercomplejas. En E. Merhy y R. Onoko (Comp). *Agir em saúde. Un desafio para o público* (1ed., pp. 17-70). Sao Paulo: Editora Hucitec.
- Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina Y Sociedad*, 23 (2), p 83 y sucesivas. Recuperado de [http://www.fsg.org.ar/maestria\\_pdfs/4.pdf](http://www.fsg.org.ar/maestria_pdfs/4.pdf)
- Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En Garay, O. (coord.) *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: La Ley.
- Troncoso, M. D. C., Belmartino, L. S., Bloch, C. y Luppi, I. (1986). El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en la Argentina. *Educación Médica y Salud (OPS)*, 20(4), 535-58.
- Tosta Berlinck, Manoel. (2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas. *Salud mental*, 32(4), 265-267. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000400001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400001&lng=es&tlng=es)
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M. B., Lenta, M. M. y Freire, M. (2011, agosto). *Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental*. Ponencia presentada en IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población del Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina