

Perspectiva de derechos y compromiso de trabajadores de la salud mental.

Patricia Ingui.

Cita:

Patricia Ingui (2017). *Perspectiva de derechos y compromiso de trabajadores de la salud mental. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/221>

Título: Perspectiva de derechos y compromiso de trabajadores de la salud mental

Autora: Patricia Ingui

Eje temático: Estado y políticas públicas

Nombre de mesa: Políticas sociales y sociedad: lecturas sociológicas

Institución de pertenencia: Universidad Nacional del Litoral

E-mail: patringui@gmail.com

Resumen:

Se trata de una investigación sobre la vinculación entre la legislación vigente en salud mental en Santa Fe y las interpretaciones de los propios trabajadores acerca de sus prácticas en el campo de la salud mental. Se utilizaron como fuentes relatos de esos trabajadores como manera de establecer un acercamiento a la intimidad de sus prácticas atravesadas por las lógicas manicomiales y antimanicomiales, entendiendo a sus expresiones, no como un fiel reflejo de una realidad objetiva, sino como una forma de dar sentido a lo vivido y poner en orden sus experiencias.

Interesa mostrar en el recorrido de la investigación, la implicación y el posicionamiento epistemológico-metodológico asumido, cabe destacar: el planteo de acciones de intervención y de investigación para responder a lineamientos institucionales para este proyecto; el anclaje en la etnometodología, a través del reconocimiento de la indexicalidad y la reflexividad como principios que respaldan al conocimiento situado; la elección de los participantes en tanto su categoría de trabajadores diferenciada de profesionales; el entrecruzamiento entre el contexto sociopolítico, la perspectiva de derechos y dos leyes distintas (la provincial y la nacional de salud mental); la reconstrucción de categorías teóricas a partir del aporte de los conocimientos de los mismos trabajadores: compromiso psicosocial y salud colectiva.

Palabras claves: Desmanicomialización-derechos-salud mental-trabajadores

Presentación del tema

Presento las principales conclusiones de la investigación realizada para mi tesis de maestría en intervención e investigación psicosocial de la Universidad Nacional de Córdoba¹, en la que me aboqué a describir las significaciones de trabajadores de la salud mental y a recuperar sentidos construidos sobre sus prácticas en relación con la legislación vigente en salud mental, con la intención de reconocer las transformaciones relacionadas con la desmanicomialización² apoyada por una perspectiva de derechos.

Así es como la tesis recalca en el compromiso ético-político de los trabajadores respecto a la desmanicomialización, y su aporte es describir cómo éste se manifiesta en los sentidos que atraviesan las intimidades de las prácticas. El fin de los manicomios, queda plasmado como un imperativo ético, un horizonte en el que inscribir el deseo con relación a las prácticas de salud mental.

Para la investigación desarrollé un diseño metodológico cualitativo, utilicé como recurso relatos de trabajadores de salud mental³ de Santa Fe⁴, y recurrí a los aportes teóricos y metodológicos de la etnometodología para fundamentar mis decisiones. En el análisis temático de dichos relatos tomé como referencia categorías conceptuales provenientes de teorías críticas del campo disciplinar psicosocial.

En los relatos de los trabajadores busqué captar significaciones sobre sus prácticas en relación a este cambio de paradigma, aceptando a sus interpretaciones sobre los hechos, sus presupuestos y valoraciones con anclaje en un posicionamiento individual y grupal al mismo tiempo, y considerando su fuerza performativa y política,. Concibo a los relatos como la forma con que las personas logran dar sentido a lo que viven y, poner en orden sus experiencias, es decir no como verdad objetiva.

Trama conceptual

¹ La defensa de dicha tesis la realicé en abril del año 2016, en la ciudad de Córdoba.

² La primera utilización pública de la palabra “desmanicomialización” surgida en la reforma psiquiátrica en Río Negro “se dio en el ámbito de realización de las “IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud”, organizadas por la Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y la Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud (Buenos Aires, 8 al 15 de abril de 1989)” (Murekian, 2009, p. 15). Un análisis de contenido temático de documentos publicados en internet acerca de este término establece los procesos representacionales que se generan a partir de esta actividad en la red. Esto colaboró en que la palabra ganara trascendencia enmarcada en un proceso sociogenético más amplio, que involucra una diversidad de entidades y campos relacionados con la salud mental (Murekian, 2006).

³ La decisión de que los sujetos participantes reciban la nominación de trabajadores establece una diferencia con la de profesionales a propósito de un reconocimiento de su compromiso militante con el paradigma de derechos y con concepciones de la salud no convencionales.

⁴ Santa Fe es la ciudad donde resido, allí desarrollo mis actividades en docencia universitaria, investigación y extensión, desde las que participo en la formación de futuros profesionales de la salud. Esta observación es importante a la hora de esclarecer mi implicación con el tema y con la perspectiva asumida. A su vez, que realizara la investigación en el ámbito santafesino me permitió abarcar en intersección y clave comparativa la legislación vigente provincial y nacional. La ley provincial de salud mental (LPSM) se sanciona en 1991, y se anticipa a la ley nacional de salud mental (LNSM) sancionada en el 2010.

La problemática tratada se inscribe en un marco más amplio que contempla: las luchas por la construcción de ciudadanía, el reconocimiento y respeto de los derechos, la inclusión de personas con vulnerabilidad social y las críticas al sistema que genera esa exclusión, así como las propuestas y acciones emancipatorias ligadas a cambios en las políticas sociales y la salud pública. Un estudio de la cuestión remite al campo de las producciones teóricas sobre dichos procesos.

Las lógicas manicomiales y antimanicomiales forman parte de una construcción histórico-social que deja oculta su invención, adquiriendo así sentidos naturalizados. Ambos sentidos no están constreñidos a un objeto, un edificio, a ciertas reglamentaciones, a la legislación. El principio y fin del manicomio excede a las construcciones arquitectónicas y el funcionamiento institucional que lo identifica (Goffman, 1972; Basaglia, 1972; Galende y Kraut, 2006; MDRI y CELS, 2007; Stolkiner, A. y Garbus, P. 2008; Galende, E., 2008; Faraone y Valero, 2013).

La legislación vigente en salud mental, con toda su importancia simbólica y material, no sería suficiente para erradicar las prácticas manicomiales. Los sentidos manicomiales no se reproducen exclusivamente entre muros, sino que se replican en sentidos y prácticas cotidianas que atraviesan diferentes momentos y espacios e involucran a una multiplicidad de actores (Cohen et al., 1994)

Respecto a fundamentar algunas decisiones metodológicas cabe señalar que la afiliación teórica a la etnometodología⁵, se establece a partir de la recuperación de los postulados de “indexicalidad” y “reflexividad”, estos principios son contribuciones a la investigación social que permiten trabajar en la recomposición del universo cultural de los actores y cuyo anclaje es la concepción de performatividad del lenguaje (con raíz en los “actos del habla” de Austin). Refiero a la “indexicalidad”⁶ como la capacidad de los actores de producir significaciones en y sobre su contexto, en el sentido de una valoración de sus saberes prácticos y constitutivos de su cotidianeidad. En relación a la “reflexividad”⁷

⁵ Remito a la microsociología, especialmente a partir de sus aportes al método etnográfico (Guber, 2001) reconociéndola como tradición teórica para estudios acerca de las significaciones de los actores en disciplinas como la sociología, antropología y psicología.

⁶ Concepto semiótico que distintos autores coinciden en destacar como el aporte conceptual más importante de Peirce. Su potencial metodológico es su aplicación a la interpretación de interpretaciones (entrevistas, relatos). La importancia que tiene es asumir que los “signos” que intentamos interpretar, no son “entidades empíricas”, cosas que puedan portar una verdad sobre el mundo. Son, en sentido estricto, pistas, huellas, que nos dan señales a seguir un poco a tientas, conjeturando su proveniencia. Como aclaración viene bien recuperar el origen de su significado: “proviene de la fisiognomía árabe, una antigua práctica basada en la *firāsa* árabe, una noción compleja, que significaba, en general, la capacidad de dar el salto de lo conocido a lo desconocido por inferencia (a base de indicios, pistas)” (Ginzburg, citado por Eco 1989, p. 154). “... La interpretación de indicios se apoya en un cierto modo de tratar con lo que resulta inaccesible a la observación directa” (Muñoz, s.f., p. 226).

⁷ Puntualizo la definición de Guber (2001) sobre reflexividad “Describir una situación es, pues, construirla y definirla” (p.17). Al hablar de reflexividad entendemos que las actividades realizadas para producir y manejar las situaciones de la vida cotidiana se emparentan con los procedimientos empleados para describir esas situaciones. En el campo psicosocial existen estudios que permiten retomar este concepto, vinculado con la herencia del giro lingüístico y la función performativa del lenguaje, para comprender la

(Guber (2001) tomo la idea de que describir una situación es construirla y definirla, así se plasma la íntima conexión entre la comprensión y la expresión de dicha comprensión.

Entonces, el relato es el soporte y vehículo de esta intimidad. La reflexividad supone que las actividades realizadas para producir y manejar las situaciones de la vida cotidiana se emparentan con los procedimientos empleados para describir esas situaciones. Un relato no solo transmite información, sino también el contexto en donde ésta se produce, lo que permite al sujeto una comprensión de sus propias acciones dentro de ese contexto transformándolo en inteligible.

Guber (2001) resalta que la reflexividad es un atributo tanto del investigador como del sujeto investigado. En el investigador, es una herramienta para la conciencia acerca de sus condicionamientos –sociales y epistemológicos– al realizar la investigación. Así, el relato representa simultáneamente un recurso de investigación y un modo de intervención en sí mismo.

Decidí trabajar con relatos de trabajadores de salud mental⁸ con la pretensión de identificar sus saberes y reflexiones acerca de los acuerdos, tensiones y posicionamientos asumidos respecto a la desmanicomialización. Mi interés por las significaciones producidas por estos actores se impulsó en ver la manera en que ellos fundamentaron o asumieron decisiones comprometidas con sus prácticas y con las lógicas que las atraviesan; también, en abordar su reconocimiento de las condiciones laborales y el impacto de ellas en sus intervenciones; así como sus posicionamientos epistémicos o ideológicos puestos en juego en sus modalidades de abordaje. Bajo el supuesto de que estas perspectivas podrían sumar a un debate acerca de los alcances y límites de la legislación vigente, así como establecer referencias para revisar las prácticas de los trabajadores de la salud y fortalecer sus propuestas autónomas.

Ubicación de la problemática en una trama sociopolítica

fundamentación de sus estrategias metodológicas, este podría ser el caso de la incorporación de narrativas en investigaciones tanto de orientación socioconstructivista, como desde la crítica posfeminista.

⁸ Los testimonios incluidos corresponden a trabajadores de la salud mental con determinadas particularidades a la hora de pensar su implicación con el tema. En el caso de los terapeutas ocupacionales y psicólogos, se trata de profesionales que cumplen doble función; por un lado, trabajan –o han trabajado en los últimos diez años, al momento de realizar la tesis– en el ámbito público de la salud, algunos de ellos se han desempeñado paralelamente en el ámbito privado, dentro de la jurisdicción de la ciudad capital de Santa Fe; y por otro lado, son partícipes activos en la formación de otros profesionales, ya que cumplen distintas funciones en actividades académicas de tutorías, enseñanza, investigación y extensión en la universidad pública de la ciudad. El período marcado por los diez años últimos de trabajo está en correspondencia con el tiempo que marcan las normativas. La LPSM de Santa Fe N° 10772/91, fue promulgada en 1991 y reglamentada en 2007, mientras que la LNSM N° 26.657, fue promulgada en 2010 y reglamentada en 2013. Lo que abarca un período de más de veinte años anterior al momento de realizar la investigación durante 2013 y 2014. Acoté ese período al tiempo en que conviven la LPSM junto a la LNSM, lo que quedó como un recorte de diez años, para la tesis.

Al desandar los vaivenes de las políticas públicas de salud en el territorio santafesino⁹ se desplegó la diversidad de acciones estratégicas, intereses y actores a tener en cuenta. Algunas de las cuestiones notables son las fluctuantes presencias y ausencias de las dependencias estatales del área de salud mental, muy variables de acuerdo a cada gestión de gobierno, al protagonismo de algunos agentes y al modo en que los modelos y lineamientos se transponían en acciones. La lectura crítica y las reflexiones desde algunos testimonios de trabajadores hacen pensar en el valor o relevancia que adquiere la salud, y en particular la salud mental, desde cada gestión estatal según su posicionamiento respecto a lo público.

En los 90, las orientaciones de las políticas neoliberales influyeron en iniciativas y estilos de intervención, lo que fundamenta las interpretaciones y resistencias de parte de los trabajadores hacia la ley provincial de salud mental (LPSM) sancionada en ese período. En Santa Fe, las estrategias de promoción de la salud y los modelos basados en atención primaria de la salud (APS) son directivas que pueden identificarse a lo largo del tiempo, pero con variaciones de acuerdo a la gestión de gobierno, su orientación ideológica y al rumbo que marcaban los acuerdos nacionales e internacionales, lo que impregna la relación entre la perspectiva de derechos y la legislación vigente que se expresa acabadamente en la ley nacional de salud mental (LNSM), esta es más reciente que la LPSM.

A partir de las reflexiones de los trabajadores sobre sus prácticas surge una oportunidad de establecer entrecruzamientos entre el marco normativo legal como habilitante, la modalidad APS como organización estratégica y la postura teórica, en donde se recorta la categoría de “salud colectiva”, como respaldo técnico. La legislación vigente y las políticas en salud mental son consonantes con una concepción de “salud colectiva” que involucra el sentido político de las prácticas en salud al mismo tiempo que permite establecer su proyección en la definición y formulación de políticas públicas con un compromiso ético hacia la promoción de la “salud emancipatoria”, ligada a la construcción colectiva de valores, conocimientos y habilidades para *cuidar* de la salud en forma conjunta entre profesionales y miembros de la comunidad. Esta conceptualización puede reconocerse como fundamento teórico en determinadas prácticas dentro de los relatos.

Resultados del análisis de los relatos

⁹ En cuanto a la dimensión temporal, se considera el período que abarca la sanción de ambas leyes (1991-2010), teniendo en cuenta las aclaraciones de la cita anterior.

A través de los testimonios de los trabajadores surge un reconocimiento de lo que la legislación vigente ampara, posibilita y habilita. El avance respecto a los derechos de las personas con padecimiento mental no resiste oposición. Al respecto, corresponde ubicar un marco normativo legal que implica el siguiente orden jerárquico: 1) un rango constitucional, con hincapié en los artículos que refieren a los derechos a la vida, la salud y la integridad; 2) las convenciones de jurisdicción nacional como la que atañe a la discapacidad, donde destaca la promoción de la autonomía; 3) las leyes nacionales –incluye la LNSM–, como las de protección de los derechos de los pacientes, las referencias a la historia clínica, respeto a la intimidad y el consentimiento informado, y de manera más amplia se vincula con las siguientes leyes: integral de niñez y adolescencia, las de género –matrimonio igualitario, identidad, violencia, derechos sexuales y reproductivos– y la de consumo problemático de sustancias 4) en el plano provincial, la LPSM, su decreto reglamentario, las ordenanzas municipales, las regulaciones de organismos administrativos (reglamentos de los hospitales o resoluciones ministeriales) y, por último, se encuentran las prácticas concretas de los trabajadores de la salud. Cabe agregar la serie normativa del derecho internacional, que pauta el desarrollo de políticas públicas.

La legislación vigente en salud mental incorpora un cambio de paradigma. La LNSM adopta la perspectiva de los DD. HH. respecto a las personas con padecimiento mental. El desarrollo de la investigación aborda esto en clave comparativa respecto a la LPSM donde ese paradigma no aparece claramente. La LNSM estipula una serie de inclusiones que configuran esa variación: *a)* la persona con padecimiento psíquico como rectificación del *enfermo mental*; *b)* cambios que se introducen en la concepción misma de salud mental y *c)* incidencias en las modalidades de abordaje.

Si bien es cierto que antes de la ley funcionaban dispositivos sustitutivos y alternativos, que intentaban propulsar un cambio desde el punto de vista de la lógica manicomial, y que en algunos casos también propiciaban una salida física del manicomio, acompañando una externación (ya estipulado en la LPSM), el marco vigente a nivel nacional otorga legitimidad a lo realizado por los trabajadores de la salud en la erradicación de lógicas manicomiales, a las transformaciones de los hospitales y a la producción de nuevas concepciones.

Aun así, los actores que participan de esos dispositivos coinciden en que es un marco de amparo importante pero que lo que se necesita es mayor agilidad en el establecimiento de convenios y en el avance sobre medidas administrativas que faciliten la gestión de esos servicios. La buena voluntad de los actores parece estar por delante de las políticas ministeriales. Existe un reconocimiento burocrático

o práctico de esos dispositivos pero *sin una gestión política* que los sostenga lo que termina provocando restricciones sobre las prácticas¹⁰.

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

La ley parece ser un avance para legitimar las prácticas de trabajadores de salud mental orientadas a sustituir las lógicas manicomiales, mientras que los retrocesos se identifican en los corrimientos del Estado para asegurar la operatividad de esta ley, así como en la reproducción cultural de paradigmas que se contradicen con el de derechos, que caracteriza a estas leyes como de vanguardia. Los testimonios dejan al descubierto esas tiranteces¹¹. Insisten en señalar en la necesidad de que el Estado facilite las condiciones e intervenga como garante de los acuerdos entre los distintos actores, y que esto no quede librado a la buena voluntad de los mismos. El compromiso ético de los trabajadores se expresa en cada decisión que asumen dentro de la diversidad de situaciones cotidianas, en su

¹⁰ Bosquejos de algunas cuestiones que emergen al caminar en el *terreno* y hallar sus *irregularidades*: escasez de recursos para hacer efectivas propuestas transformadoras (casas de medio camino, por ejemplo) y la demorada gestión para la nomenclatura de prácticas en salud no tradicionales (por ejemplo, artísticas). Las iniciativas extra-institucionales reclaman a la gestión política su reconocimiento, lo que aparece desfasado con respecto a un impulso por la participación social. También, profesionales que se resisten a dejar el modelo médico hegemónico, mientras que, en los efectores es difusa la coordinación y los acuerdos entre sectores, por ejemplo, entre policía y poder judicial para decidir cómo proceder ante una situación de riesgo.

¹¹ Un ejemplo es la situación planteada por la abogada Mussi ante las internaciones involuntarias, punto en el que focaliza su interés: “Como se trata de una medida que, aunque necesaria, resulta restrictiva de la libertad de las personas, la ley establece un procedimiento específico para las internaciones involuntarias, con miras a salvaguardar los derechos de quienes se encuentran en esta situación, así como evitar o poner coto a posibles abusos y restringir a lo estrictamente necesario este cercenamiento de derechos. En función de esto, impone a los equipos la obligación de notificar al juez, por una parte, para que el mismo autorice o deniegue la internación, de acuerdo a si están dadas o no las causales previstas por la ley para que la misma proceda (ver artículo 21 Ley 26657), y por la otra, al órgano de revisión –instancia de contralor aún no conformada en nuestra jurisdicción–.

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

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

participación en espacios de discusión sobre las prácticas y en la problematización de sus propias prácticas.

En síntesis, hay coincidencias en reconocer la importancia de la vigencia del marco normativo legal para que se den cambios; si bien no se encuentra quien cuestione la relevancia de las leyes o de las gestiones del Estado que favoreció la promulgación de la LNSM, sí quienes marcaron vacíos, lagunas o ineficiencias, fragilidades y diferencias¹²; los sentidos de lo manicomial-antimanicomial en las prácticas permiten ver el compromiso ético-político de los trabajadores en sus decisiones cotidianas dentro de y atravesando los muros, así como los matices, avances y retrocesos dentro del campo en que estas prácticas se desarrollan.

Mi propuesta se sostiene en el propósito de que la perspectiva subjetiva de los trabajadores de salud mental se constituya en un aporte para pensar los alcances efectivos y también los límites de la ley, tanto las transformaciones, como los obstáculos y las fragilidades. La legislación es un logro relevante para promover cambios, pero lo que aquí interesa conocer y abordar son otras dimensiones que pueden hacer posible o no esas transformaciones o generar otras; en este sentido, se suman los conocimientos producidos por los propios trabajadores acerca de los sentidos manicomial o antimanicomial de las prácticas.

El enfoque psicosocial como campo interdisciplinar

Abordar el compromiso de los trabajadores incorpora una perspectiva ética a partir de la conceptualización de una subjetividad que se constituye en la resistencia y en la producción de poder en el sentido de libertad. Desde una interpretación psicosocial posible de los relatos, describo ese compromiso con las siguientes categorías emergentes: sostener la decisión con el cuerpo, disponer recursos y tareas por procurarlos, desafiar y resistir a la/s autoridad/es (en su diversidad), y generar demandas y construir respuestas en un nosotros para la salud mental dentro de *relaciones de cuidado*.

La ubicación de un sentido estratégico de las prácticas, que identifico con *sostener la decisión*, expresión que emerge de los testimonios de los trabajadores, es la forma más elocuente para nombrar el compromiso psicosocial como *subjetivante*. Para significar lo estratégico tomo la expresión de

¹² Acerca de los límites y el voluntarismo del movimiento psi contra el orden psiquiátrico (Alberdi, 2006) citamos a Castel (1984): “(...) A falta de una revisión de esta situación, el desprecio de las actuaciones de la *vieja* política induce una forma sutil de psicologismo por la cual el sujeto se ha convertido en el último objetivo legítimo de un proceso de transformación completamente banalizado que se jacta todavía, no se sabe bien por qué, de las virtudes del progresismo. La desconfianza respecto de los poderes centrales, de las organizaciones estructuradas, desemboca en la apología de la sociabilidad convencional en la que los problemas de la vida cotidiana se autogestionen en un marco asociacionista que hace de los militantes reconvertidos los herederos de las viejas damas de beneficencia...” (p.14, la cursiva es del original).

prácticas de libertad, a partir del concepto de “relaciones de poder” de Foucault (1988), el que sitúo en relación al de *resistencia* o “apoderamiento” (Chapelo Mendoza, 2007) proveniente de la *epidemiología crítica latinoamericana* la que confronta con los modelos convencionales de la salud (Breihl, 2011 y 2013).

Así los *emergentes* de los relatos permiten conocer cómo desde la intimidad de las prácticas se hace presente el compromiso psicosocial de los trabajadores. Donde se sintetizan las distinciones realizadas a través del análisis sobre los aspectos técnicos y estratégicos (modalidades y lineamientos), los posicionamientos ideológicos y políticos (cambio de paradigma), el “pensamiento mestizo”¹³ para identificar la imposibilidad de una diferenciación tajante entre prácticas manicomiales-antimanicomiales (vulnerabilidades y resistencias), lo que no significa renunciar a un análisis genealógico que permite distinguir los orígenes y desarrollos de una y otra lógica.

En relación a la perspectiva asumida en esta tesis, pensar en las vinculaciones entre las políticas de salud mental y los actores involucrados pone el acento en considerar la mirada de los trabajadores respecto a las condiciones de aplicabilidad, origen, sentido y finalidad de las leyes y, a su vez, los sentidos que intervienen en la regulación de las prácticas junto a lo jurídico-administrativo.

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

Siguiendo con las contribuciones de Spinelli (2010), las ambigüedades en el campo de la salud mental pueden ser pensadas desde la figura del “triángulo de gobierno”, con sus vértices: “proyecto político” (problemas a abordar), “capacidades de gobierno” (habilidad para la gestión) y “governabilidad” (consenso de actores) (Mattus citado en Spinelli, 2010, p. 288). En este triángulo el desarrollo dispar de los vértices, generalmente no coinciden con la de un equilátero. Estas conceptualizaciones que permiten problematizar a la salud pública y ofrecen un guía en la búsqueda de soluciones para sus conflictos y deficiencias, ponen en valor los conocimientos producidos por los

¹³ El concepto “pensamiento mestizo” pertenece al historiador francés Serge Gruzinski (2000) quien publicó un texto homónimo.

trabajadores de la salud sobre sus prácticas, así Spinelli (2010) valoriza el trabajo intelectual de los mismos como un aporte clave a las transformaciones en las políticas de salud.

A modo de cierre cito un fragmento del relato de una trabajadora de la salud participante de la investigación: “El punto no es entonces gestionar para que tal o cual cosa no suceda, ni para que acontezca tal o cual otra, sino gestionar para que una *experiencia subjetivante* tenga lugar, para *habilitar nuevas posiciones* frente a la problemática abordada” (Martínez, 2011; la cursiva es mía)¹⁴.

Referencias bibliográficas

Alberdi, J. (2006) “El estado pavoroso de la locura en la Argentina” en *Cátedra paralela*, 3, 37-47. Recuperado de http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00033f001t1.pdf

Badiou, A. (2000) “Movimiento social y representación política”. *Acontecimiento*, (19-20). Conferencia del día 24 de abril del 2000. Recuperado de www.grupoacontecimiento.com.ar.

Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Barcelona: Barral Editores.

Breihl, J. (2011). “Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud”. Capítulo de libro publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). (Fue presentado en reunión del Movimiento por la Salud de los Pueblos en Rio de Janeiro durante Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador). Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>

Breihl, J. (2013) “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Salud Pública*, 31, (1), 13-27. Universidad de Antioquía.

Castel, R. (1984) *La gestión de los riesgos*. Barcelona: Anagrama.

Cohen, H. et al (1994) *Políticas en Salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Chapelo Mendoza, M. (2007) “Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria”. En: Jarillo Soto, E. y Guinsberg, E. (Ed.). *Temas y desafíos en salud colectiva* (345-373). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Eco, H. y Sebeok, T. (1989) *El signo de los tres*. Barcelona: Lumen.

Faraone S. y Valero A. (2013) *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

¹⁴ Este fragmento fue extraído de un escrito inédito relevado en la búsqueda de contactos y documentos para la tesis, cuya autora en ese momento era psicóloga de un centro de salud de Santa Fe.

Foucault, M. (1988). "El Sujeto y el Poder" en Dreyfus, H y Rabinow, P. *Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. UNAM. México.

Galende, E. y Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Galende, E. (2008). "Desmanicomialización institucional y subjetiva". *Psicoanálisis*, 30(2/3), 395-427. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Conferencia-E.-Galende.pdf>

Goffman, E. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gruzinski, S. (2000). *El pensamiento mestizo*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo editorial norma.

Martínez, V. (2011) *La prevención del consumo excesivo de alcohol en adolescentes de escuelas medias de la ciudad de Santa Fe*. Manuscrito no publicado, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Mental disability rights international (MDRI) y Centro de estudios legales y sociales (CELS) (2007). *Vidas Arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Washington, D.C.: MDRI y Bs. As. : CELS.

Muñoz. C. (s.f.) *Lecturas del cuerpo-del-paciente*. Paraná: EDUNER. En prensa.

Murekian, N. G. (2006). *La desmanicomialización en los media: Representaciones sociales y construcción de la reforma psiquiátrica*. Ponencia en: Simposium Communautés, public et média face à la "folie". 8th International Conference on Social Representations, Social Representations: Media and Society (Rome, Italy. August 28th - September 1st 2006). Recuperado de http://www.slidefinder.net/8/8thICSR_226_Murekian310806/893340

Mussi, C. (2014). *La salud mental desde una perspectiva de derechos. Implicancias en las prácticas de los trabajadores de la salud*. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional del Litoral en Santa Fe, Argentina.

Stolkiner, A. y Garbus, P. (2008) "Ética y prácticas en Salud Mental". En: Fridman, P. y Fantin, J. C. (Comp). *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. En prensa.

Spinelli, H. (2010). "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293. Buenos Aires: Lugar editorial. Recuperado de <https://www.dropbox.com/s/16fyn20z2zlic49/Las%20dimensiones%20del%20campo%20SPINELLI%5B1%5D.pdf?dl=0>

Otras fuentes: Documentos correspondientes al marco normativo-legal.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada el 2 de diciembre de 2010 y reglamentada el 28 de Mayo de 2013, Decreto Reglamentario 603/2013, Boletín oficial, Argentina.

Ley Provincial de Salud Mental de Santa Fe N° 10772/91, promulgada el 26 de diciembre de 1991 y reglamentada el 29 de noviembre de 2007, Decreto Reglamentario N° 2155/2007, boletín oficial, Provincia de Santa Fe, Argentina.

Plan Estratégico Provincial Santa Fe. Visión 2030 /Antonio Bonfatti y Rubén Galassi –1a ed.–
Santa Fe: Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado de la Provincia de Santa Fe, 2012.