

El campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe. Hacia una historización de políticas públicas, sentidos y prácticas

Carla Guirado

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Universidad Nacional de Rosario
Argentina
carlitaguirado@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-7902-5435>

Mariano Gil

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Universidad Nacional de Rosario
Argentina
marianokd@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-7455-8646>

RESUMEN

El desarrollo y consolidación del campo de la salud mental en Argentina estuvo ligado a los procesos de reformas que se dieron a escala internacional vinculadas a las graves violaciones a los Derechos Humanos perpetradas en instituciones psiquiátricas. Desde mediados del siglo XX se cuestionó fuertemente el papel central del hospital psiquiátrico y la internación como única respuesta para abordar el sufrimiento subjetivo. Santa Fe fue una de las provincias pioneras en la reforma en salud mental en nuestro país, convergiendo para fines de la década de 1980 en un nuevo abordaje epistemológico, metodológico y jurídico de asistencia pública al sufrimiento psíquico que se plasmó en la Ley Provincial N° 10.772 del año 1991. En este trabajo nos proponemos, desde una perspectiva antropológica, avanzar en una sistematización del proceso de reforma en el campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe a partir de la sanción de esta ley, identificando acontecimientos y actores clave en este proceso.

PALABRAS CLAVE

salud mental, antropología, políticas públicas, Santa Fe.



The mental health field in the province of Santa Fe. Towards a historization of public policies, senses and practices

ABSTRACT

The development and consolidation of the mental health field in Argentina was linked to the processes of reforms that took place at international scale linked to serious human rights violations committed in psychiatric institutions. Since the middle of the 20th century, the central role of the psychiatric hospital and hospitalization as the only answer to address subjective suffering began to be strongly questioned. Santa Fe was one of the pioneering provinces in mental health reform in our country, converging by the late 1980s into a new epistemological, methodological and legal approach on public assistance to psychic suffering, that was materialised in the Provincial Law N° 10.772 in 1991. In this paper, from an anthropological perspective, we propose to systematize the reform process of the mental health field in the province of Santa Fe since the passing of this law, identifying the key events and actors in this process.

KEYWORDS

mental health, anthropology, public policies, Santa Fe.

FECHA DE RECIBIDO 12/07/2020

FECHA DE ACEPTADO 22/12/2020

COMO CITAR ESTE ARTICULO

Guirado, C. y Gil, M. (2021) El campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe. Hacia una historización de políticas públicas, sentidos y prácticas. Revista de la Escuela de Antropología, XXIX, pp. 1-20. DOI 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXIX.143

Introducción

Históricamente se han construido diversas representaciones sociales en torno a la locura (Foucault, 2021), promoviendo la creación y organización de determinados dispositivos, instituciones y políticas públicas. En sintonía con el modelo médico-hegemónico (Menéndez, 1988), las instituciones manicomiales han arrasado la subjetividad de las personas consideradas "locas", despojándolas de su identidad, su historia, sus derechos y sus vínculos (Goffman, 2004).



El desarrollo y consolidación del campo de la salud mental en Argentina estuvo ligado a los procesos de reformas que se dieron a escala internacional vinculadas a las graves violaciones a los Derechos Humanos (en adelante DDHH) perpetradas en instituciones psiquiátricas. Desde mediados del siglo XX se cuestionó fuertemente el papel central del hospital psiquiátrico y de la internación como única respuesta para abordar el sufrimiento subjetivo. El manicomio no es solo la institución edilicia sino que es necesario pensarlo como dispositivo (Foucault, 2014), un conjunto de prácticas y disposiciones que tienen una relación sustentada socio-culturalmente en la sociedad capitalista, controlando la (a) normalidad. El hospital psiquiátrico entonces es un dispositivo tecno-profesional que está bajo la órbita del saber/poder experto que –apelando a la privación de la libertad–, recorta al sujeto, lo aísla de su entorno y rompe los lazos sociales, da respuestas normativas en los tratamientos y aleja al sujeto de las referencias afectivas. Es importante destacar que lo manicomial se instala en el monovalente, pero no solo ahí: es un dispositivo de poder que trasciende este espacio.

En este trabajo nos proponemos, desde una perspectiva antropológica, avanzar en una sistematización del proceso de reforma en el campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe a partir de la década de 1980, identificando acontecimientos y actores clave en este proceso. Entendemos al enfoque antropológico como un enfoque de carácter relacional dialéctico, donde los núcleos problemáticos son el interés por el conocimiento de la cotidianeidad social, la recuperación de los sujetos sociales, sus representaciones y construcciones de sentido así como la dialéctica entre el trabajo de campo y el trabajo conceptual (Achilli, 2005). En ese sentido articulamos antecedentes de investigación, registros de campo consistentes en entrevistas a sujetos que han protagonizado la reforma en salud mental en



Santa Fe¹ y documentación oficial² para construir una descripción explicativa (Achilli, 2015) de este proceso. Ahora bien, este interés por la cotidianeidad y por la perspectiva de los sujetos solo puede entenderse en relación a las condiciones institucionales locales y al contexto socio-histórico en el cual se inscriben. Así, el enfoque antropológico se caracteriza por articular fenómenos de distintas escalas espacio-temporales (Rockwell, 2015). Por eso estructuramos este artículo de la siguiente manera: en primer lugar realizamos una síntesis histórico-conceptual acerca de los procesos de reforma en salud mental que se dieron en diferentes países a partir de la segunda mitad del siglo XX, estableciendo los contrapuntos con el modelo tutelar-asilar hegemónico. Luego, nos centramos en el proceso de reforma en salud mental en la provincia de Santa Fe a partir de la recuperación democrática. Por último, realizamos algunas reflexiones finales en torno a lo trabajado y las líneas de investigación posibles.

Reformas en salud mental: los procesos de desinstitucionalización

Según de Lellis (2018), hasta la modernidad el tratamiento de los sujetos considerados “locos” era una responsabilidad que recaía fundamentalmente sobre el ámbito doméstico. A partir de los siglos XVII y XVIII se consolidan y difunden en Occidente modalidades de tratamiento basadas en la coerción y el aislamiento indiferenciado de los sujetos caracterizados por su condición de excluidos (Foucault, 2021). Se desarrollaron prácticas de confinamiento institucional enmarcadas en una respuesta filantrópica.

En el siglo XIX surgen en Francia los asilos u hospicios de alienados, una herramienta asistencial específica para el tratamiento del

1 Las entrevistas fueron realizadas en diferentes etapas (2019, 2020 y 2021) a trabajadores/as de salud mental que han protagonizado los procesos de reforma y equipos que actualmente trabajan problemáticas de salud mental en la Provincia.

2 La documentación analizada, citada en las referencias bibliográficas, consta de leyes y decretos provinciales y nacionales y documentos de organismos internacionales.



padecimiento mental que consistía en instituciones donde se aislaba a quienes eran juzgados como una amenaza al orden social. Estas prácticas sentaron las bases del modelo tutelar-asilar, caracterizado por centrarse en la minusvalía e incapacidad, basarse en una delimitación de la problemática restringida a la dimensión individual y en la racionalidad científica con fuerte peso de la psiquiatría como criterio de exclusión de otras prácticas, desde una concepción patologizante (de Lellis, 2018). Así, los considerados locos o alienados eran concebidos como enfermos y potencialmente peligrosos, por lo que debían ser reclusos en instituciones específicas para ser separados del resto de la sociedad: los hospitales psiquiátricos, manicomios monovalentes o, como las definió Goffman (2004), instituciones totales.

La desinstitucionalización, como política en el campo de la salud mental, surgió en el contexto del Estado de Bienestar de la posguerra, generando formas de atención ambulatoria y comunitaria como alternativa al modelo asilar-manicomial, dando lugar a estrategias territoriales con un enfoque de DDHH (Galende, 1990, 2008; Cohen 2009; Faraone y Barcala, 2020). Uno de los procesos de reforma más relevantes fue la experiencia de la "Psiquiatría Democrática" impulsada por Franco Basaglia en el hospital psiquiátrico de Trieste, Italia. Esta propuesta contemplaba un proceso de desinstitucionalización, sentando los fundamentos para nuevas prácticas políticas alternativas al manicomio (Basaglia, 2008). Por su parte, ubicamos a la Antipsiquiatría como otro paradigma epistemológico-político diametralmente opuesto al modelo médico-psiquiátrico imperante. Dos de sus exponentes fueron David Cooper y Ronald Laing; estos autores formularon una radical crítica a los tratamientos tradicionales y a la patologización de la diferencia, partiendo de la premisa de que "la enfermedad mental solo puede entenderse desde su raíz social" (Cooper, 1986:2). En Francia también se desarrolló una experiencia alternativa dentro de la doctrina post-esquiroliana en sus dos vertientes: Psicoterapia Institucional y la Política del Sector en psiquiatría (Huertas 1991).

Estas reformas fueron impulsadas en diferentes países de Europa y



en Estados Unidos (Desviat, 2020) por movimientos que abogaban por el cierre o la transformación radical de las instituciones monovalentes, representando un parteaguas en relación a las teorías, las políticas y las prácticas vinculadas a la problemática de la exclusión de las personas con padecimientos psíquicos. Galende (2008) define a la salud mental desde un posicionamiento ético que ubica al sujeto con sufrimiento psíquico con su historia, su memoria, la dimensión conflictiva de toda experiencia humana situando a los sujetos y la comunidad como partícipes del proceso de atención. Desde este enfoque teórico y político nos resulta importante situar la salud mental dentro del campo de la salud general, como parte del proceso salud-enfermedad-cuidado, que, tal como lo señalan Stolkiner y Ardila (2012), promueve la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva. Esto implica una política integral que incluya la dimensión subjetiva, histórica y social, el paradigma de derechos y el sistema de acceso universal a la salud. Las autoras destacan la importancia de pensar una clínica ampliada que contemple prácticas horizontales, integradoras, interdisciplinarias e intersectoriales. El abordaje en salud mental comunitaria sostiene que la mayor parte de los padecimientos subjetivos afectan en el sujeto su *capacidad* social y vincular, es decir las condiciones subjetivas para vivir con los otros (Ardila y Galende, 2011).

En Latinoamérica distintos movimientos de reforma en el campo de la salud mental tuvieron su impacto en los años sesenta y setenta, particularmente en Argentina y Brasil. En Argentina se destacan experiencias pioneras como la "Experiencia Rosario" en 1958, a cargo de Enrique Pichón-Rivière y las experiencias llevadas adelante por Goldenberg en el Servicio de Psicopatología del Policlínico Evita de Lanús (Carpintero y Vainer, 2018). Durante las décadas de 1960 y 1970 el desarrollo de estas experiencias se entrelazó con el clima político de la época, y las emergentes transformaciones en este campo fueron obturadas por la irrupción de la última dictadura cívico-militar, siendo muchos profesionales perseguidos/as, desaparecidos/as, detenidos/as y/o exiliados/as (Carpintero y Vainer, 2018). Luego del retorno a la democracia,



durante los años ochenta y noventa diversas provincias impulsaron iniciativas de reforma legislativa en materia de salud mental, todas ellas orientadas a la progresiva desinstitucionalización con la creación de dispositivos sustitutivos. Junto con la provincia de Río Negro, Santa Fe fue pionera en la reforma de salud mental, convergiendo para fines de la década de 1980 en un nuevo abordaje epistemológico, metodológico y jurídico de asistencia pública al sufrimiento psíquico que se plasmó en la Ley Provincial N° 10.772 del año 1991. Estos criterios se apoyaron en las coordinadas propuestas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud desde la segunda mitad del siglo XX, como la Declaración de Alma-Ata (1978), la Carta de Ottawa (1986) y la Declaración de Caracas (1990), pronunciamientos que tienen como fundamento la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) de la Organización de las Naciones Unidas.

Los lineamientos propuestos por estos organismos internacionales y la experiencia de reforma de los servicios de atención psiquiátrica en países de Europa y América Latina, junto con las experiencias que se desarrollaron en las diversas provincias de nuestro país, representan antecedentes fundamentales en la creación de la legislación nacional. En el año 2010 se promulgó la Ley Nacional N° 26.657 Derecho a la protección de la salud mental (conocida como Ley Nacional de Salud Mental, LNSM en adelante), reglamentada en 2013 por el Decreto N° 603/13. Los contenidos de esta normativa suponen una transformación profunda de la relación del Estado con las personas con sufrimiento psíquico, apuntando a su integración socio-comunitaria desde un enfoque de DDHH. La LNSM, junto con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) y el Nuevo Código Civil y Comercial (2014), entre otras leyes, conforman un nuevo paradigma normativo, social y cultural. El foco se encuentra puesto en los usuarios y las usuarias del sistema de salud mental como sujetos de derecho, buscando restituir su dignidad y autonomía. Algunos de los puntos nodales del nuevo paradigma son la inclusión de los consumos problemáticos en el ámbito de la



salud mental, la atención interdisciplinaria e intersectorial basada en redes comunitarias, la atención ambulatoria, la restitución de vínculos a los/as usuarios/as, el mantenimiento de los lazos familiares, laborales, sociales y afectivos de los/as usuarios/as, la institucionalización de instancias vinculadas a los DDHH y el horizonte de cerrar los hospitales monovalentes en el año 2020.

Santa Fe: historización de prácticas y propuestas en salud mental

Una experiencia fundacional en nuestra provincia fue la llamada "Experiencia Rosario". Pichon-Rivière dirigió un trabajo en la comunidad (conformado por estudiantes y trabajadores/as de distintos oficios y profesiones) mediante técnicas grupales y trabajo interdisciplinario (Ulloa, 1995; Carpintero y Vainer, 2018). Estas experiencias marcaron el inicio de las prácticas clínicas plurales, dando intervención del psicoanálisis en el campo socio cultural (Ulloa, 1995, 2011). En consonancia con estas experiencias y el clima político de época, durante los años sesenta y setenta un importante grupo de profesionales comenzaron a cuestionar los modos instituidos de la práctica psicoanalítica. Posteriormente, las dictaduras militares y particularmente el terrorismo de Estado llevado adelante por el último gobierno de facto, produjeron un corte en estos procesos.

Una vez concluida la última dictadura cívico-militar en nuestro país (1976-1983), y con el retorno a la democracia en Santa Fe, comienzan a vislumbrarse indicios de transformaciones en el campo de la salud mental a través de iniciativas llevadas adelante por profesionales residentes de instituciones monovalentes que abrieron la posibilidad de comenzar a transitar el camino de la desinstitucionalización (Rosendo, 2013 en Faraone y Valero, 2013). Salazar Vargas (2017) llama a la experiencia santafesina anterior a 1991 los "tiempos sin ley", refiriendo a que las prácticas en salud mental se desarrollaban sin un marco normativo que las ampare. La Ley Nacional N° 22.914, sancionada en 1983, solamente regulaba el ingreso/egreso en establecimientos de salud



mental de las personas “deficientes mentales”, “toxicómanos” y “alcohólicos crónicos”. El Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Abelardo Irigoyen Freyre, popularmente conocido como Colonia de Oliveros, constituía uno de los monovalentes paradigmáticos del modelo asilar en la provincia. Situado en una zona rural 55 kilómetros al norte de la ciudad de Rosario, fue fundado en 1943 y llegó a albergar a 1500 pacientes en la década de 1970 (Benassi, 2014). A partir de 1984, un conjunto de trabajadores/as (médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y abogados/as) constituyen el “Comité de Admisión y Egreso”, dando lugar a un proyecto de externación de los/as pacientes/as de la Colonia. Su intencionalidad era generar una ruptura con la lógica de encierro y con el ingreso indiscriminado de pacientes a la Colonia (Benassi, 2014; Sialle, 2008). Faraone (2013, en Faraone y Valero, 2013) distingue dos momentos que implicaron la reducción de internaciones en la Colonia: por un lado, la etapa de deshospitización, desde fines de la década de 1980 hasta mediados de la siguiente; y por otro lado, la de la sustitución de lógicas manicomiales, desde 1996 hasta principios de 2010, habiendo un hito en el año 2004 cuando se crea la Dirección Provincial de Salud Mental.

Al momento del retorno a la democracia, en 1983, se encontraban en la Colonia aproximadamente 1000 personas internadas. Uno de los profesionales residentes describe así el panorama en el lugar:

Quando nosotros hacemos el trabajo en Oliveros nos encontramos con una alianza perversa, muy fuerte, de muchos años, de toda la estructura institucional, de todas las áreas de la institución, en beneficio de cada uno de los sectores, cada uno sacaba tajada beneficiándose del manicomio. Es decir que el manicomio no es un hospital, manicomio es una organización ilícita que usufructúa, una cierta cantidad de pacientes son sometidos a esa estructura de poder que indudablemente genera beneficios a quienes actúan como victimarios, y el paciente deja de serlo y aparece como víctima. El paciente y su familia (Registro de campo, entrevista a médico psiquiatra trabajador de la salud mental, 18/02/2021).

Según los relatos, el proceso de externación logró resultados



positivos, aunque no alcanzaba a quebrar la lógica manicomial imperante:

Y también hicimos prácticas y propusimos espacios para que algo de eso pudiera modificarse, y creo que se logró en gran medida. Por eso digo que la década de los ´90 vino a diluir muchísimo de lo que se hizo en esos años en Oliveros, que permitió bajar de 900 camas ocupadas a la mitad. En cuatro o cinco años se logró reducir a la mitad. Obviamente faltó mucho de hacer, pero... porque el manicomio no es solamente la reclusión. El manicomio justamente tiene que ver con el abandono. El manicomio no es patología o psicopatología, el manicomio tiene que ver con el encierro, el aislamiento, la mugre, el hambre, la miseria, el robo, la mentira, el engaño, el sometimiento del otro, la mugre (Registro de campo, entrevista a médico psiquiatra trabajador de la salud mental, 18/02/2021).

Estas actitudes y prácticas críticas de este grupo de trabajadores/as hicieron que se ganaran el mote de "*los psiquiatras zurditos de remeras y zapatillas*" (Registro de campo, entrevista a médico psiquiatra trabajador de la salud mental, 11/03/2021). Estas experiencias de colectivos de trabajadores/as se institucionalizan en el año 1991 con la sanción de la Ley Provincial N°10.772 de Salud Mental, la cual establece los pilares de una nueva lógica de asistencia en salud mental. Si bien no explicita un proceso de cierre definitivo de los monovalentes, plantea una serie de reformas tendientes a restringir los tiempos de internación y evitar el distanciamiento de los/as usuarios/as respecto de su familia, el medio social y su comunidad de pertenencia (Faraone et al, 2012). Resaltamos la importancia de la historización de estas prácticas como constitutivas del proceso en el cual se inscribe la sanción de la Ley en 1991, ya que la misma retoma los planteos de este grupo de profesionales. En ese sentido, uno de los entrevistados afirma que la década del 80 es la "*década olvidada, negada o caída de la memoria*" (Registro de campo, entrevista a médico psiquiatra trabajador de la salud mental, 11/03/2021).

Según la investigación de Faraone y Valero (2013), el proceso deshospitalizador que vivió la Colonia de Oliveros entre fines de la



década de 1980 y la primera mitad de la década de 1990 quedó atrapado en la lógica neoliberal, ya que la externación de pacientes obedeció fundamentalmente a una lógica de reducción del gasto público y se implementó sin proyectos productivos ni instituciones continentales que alojaran a estos/as usuarios/as una vez externados/as. En el año 1996 un grupo de trabajadores/as de la propia Colonia disputaron y ocuparon la dirección de la misma, y conformaron el Colectivo de Gestión de la Colonia Oliveros, desde el cual instituyeron un proyecto que denominaron de "sustitución de lógicas manicomiales" (Faraone, 2013, en Faraone y Valero, 2013). De esta forma, la "Experiencia Oliveros" se constituyó en la bisagra que dio direccionalidad al proceso desinstitucionalizador que se desarrolló en la provincia de Santa Fe a partir de la segunda mitad de la década de 1990.

En el año 2004 este grupo asumió la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe (DPSM, en adelante), recientemente creada en el marco del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social. Se trató de un punto de inflexión que amplió los procesos desinstitucionalizadores en toda la provincia y ubicó a la Colonia como un engranaje en la construcción colectiva de una "clínica política en salud mental", tal como este grupo definió sus prácticas. A partir de ese año se implementó, desde la DPSM, un programa de desinstitucionalización al que los propios actores denominaron de "sustitución de lógicas manicomiales", del mismo modo en que este conjunto de trabajadores/as había nombrado a la experiencia en la Colonia de Oliveros. En ese sentido, puede pensarse que la Colonia fue como un "semillero de profesionales de salud mental para esta provincia" (Registro de campo, entrevista a médico psiquiatra trabajador de la salud mental, 11/03/2021).

Rosendo y Faraone (2013, en Faraone y Valero, 2013) señalan dos hitos que influyeron fuertemente en la creación de la DPSM: la crisis de 2001 y la inundación de la ciudad de Santa Fe en el año 2003³.

³ A fines de abril de 2003, como consecuencia del desborde del río Salado, se produjo en la ciudad de Santa Fe una inundación que dejó como saldo, según fuentes oficiales, al menos 23 muertos, 128.000 personas afectadas y una pérdida económica aproximada de 2.000 millones de dólares (Bordenabe et al, 2003 en Faraone y Valero, 2013).



Al calor de la crisis, se constituyó el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental, que implicó la manifestación concreta de nuevas formas de acción colectiva que, por un lado, ponían en escena el agotamiento de un régimen institucional y, por otro, planteaban la posibilidad de sumar a las demandas sociales una demanda históricamente silenciada: la de los derechos vulnerados de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental.

La inundación generó profundas marcas en vastos sectores sociales que se expresaron en un aumento en la demanda de equipos abocados a las problemáticas de salud mental:

En Santa Fe hubo una movida enorme, se venía trabajando, pero la inundación hizo como un quiebre ¿Por qué? La famosa frase de Reutemann [Carlos Alberto, ex gobernador de la provincia de Santa Fe por el Partido Justicialista en los períodos 1991-1995 y 1999-2003], "*llamen a los psicólogos*", como si nosotros fuéramos... "*llamen a los psicólogos*", en el año 2003 hubo una enorme incorporación de agentes de salud mental, con eso cuento a psicólogos y trabajadores sociales dentro del Estado que no había (Registro de campo, entrevista grupal a equipo de trabajadores/as provinciales⁴, testimonio de una psicóloga, 26/07/2019).

En ese sentido el colectivo de trabajadores/as aprovechó la situación para legitimar su práctica y poder institucionalizar su trabajo:

Lo que pasa que cuando pasa, es verdad lo que dice L, cuando pasa la inundación también volvemos a la lógica de la administración pública. Ahí se necesita...bueno, y Castaño [Gustavo, ex director de la Colonia de Oliveros y posteriormente ex Director Provincial de Salud Mental a partir de 2004] ve la posibilidad...dice "*bueno, dame 70 cargos*", y dentro de esos 70 cargos metió gente acá, gente en Rosario, y agarró como un envío. Después estuvo la Ley nueva, ya ahí lo que vos decís, lo llamativo fue que...o lo llamativo...todo el grupo que venía con Obeid [Jorge, ex gobernador de la provincia de Santa Fe por el Partido Justicialista en los períodos 1995-1999 y 2003-2007] y que venía con haber formado la Dirección siguió con Binner

⁴ Equipo constituido por psicólogos/as, trabajadores/as sociales y abogados/as.



[Hermes, ex gobernador de la provincia de Santa Fe por el Partido Socialista en el período 2007-2011], y siguió los cuatro años con Binner. Todo el grupo. No es que cambiaron (Registro de campo, entrevista grupal a equipo de trabajadores/as, testimonio de un abogado, 26/07/2019).

Según los relatos la inundación provocó una agudización en las problemáticas de salud mental de vastos sectores de la población que aún hoy se constituye en una marca, donde muchos sujetos refieren a esta catástrofe socio-ambiental como un hito relacionado al aumento de su padecimiento psíquico.

Si bien la Ley Provincial fue sancionada en 1991, recién en el año 2007 se reglamentaron 13 de los 29 artículos de la misma, en las postrimerías del gobierno de Jorge Obeid y ante un inminente cambio de signo político en la gobernación, ya que el socialista Hermes Binner había ganado las elecciones de aquel año y asumiría el 10 de diciembre. Si bien el proceso de escritura de la reglamentación se venía desarrollando desde el año 2003, los/as trabajadores/as entrevistados/as refieren que había *enormes resistencias* al mismo. Por eso, señalan que con la efectivización de la reglamentación se *había ganado una batalla* (Registro de campo, entrevista grupal a trabajadores/as provinciales, 26/07/2019). Según estos relatos la reglamentación estuvo vinculada a la acumulación política del colectivo de trabajadores/as, con una serie de hitos tales como la creación de la DPSM y el cierre del "corralito psiquiátrico" de Coronda⁵.

La tardía reglamentación y el particular momento en el cual se dio no estuvieron desvinculados de la particular situación política que se vivía en la provincia, con un cambio de signo político inminente:

C: Sí, hay varias versiones. Pero quizás...el orden jurídico
5 El "Corralito de Coronda" era un dispositivo creado en 1985 como resultado del rechazo de las instituciones de salud a la asistencia de los "locos peligrosos". Consistió en un espacio dentro de la cárcel de Coronda destinado a detenidos con proceso penal en curso, personas con padecimiento psíquico en cumplimiento de una pena o que habían sido declarados inimputables. En este dispositivo se intersectaban el sistema penal y el sistema de salud y se caracterizaba por el ejercicio de la violencia institucional hacia los detenidos con padecimiento psíquico. Entre los años 2005 y 2008 la DPSM desarrolló un paulatino proceso de cierre y sustitución de este dispositivo (Faraone y Valero, 2013).



establecido que no es fácil mover cuestiones jurídicas, ¿no? Vos sabés distinto a otras áreas, otras disciplinas, es más movable, más dinámico. Eso por un lado. Las posiciones políticas también, ideológicas. Los gobiernos de turno también. Entonces bueno también vamos...el corpus de ciertos grupos psiquiátricos

también, por supuesto, todo eso eran...cuestionaban al modo clásico. Quizás eso...y a mí me parece que lo firman como un hecho [risas] a última instancia, qué raro, no es casual, cuando ya se iba el gobierno lo firma. (...)

Entrevistador: Claro. Los últimos meses.

C: ¿Vanidades? ¿Vanidades humanas? “*No, no, me voy y firmo y esto*”. Porque el gobierno que venía, que era otro tinte político, podría haber dicho “*pero, ¿cómo esta Ley está acá y no la firmaron, no la reglamentaron?*”. Pero igual, pero igual la usamos nosotros. La usamos bastante, la usamos bastante. (Registro de campo, entrevista a médico psiquiatra, trabajador de la salud mental, 11/03/2021).

En ese sentido podemos afirmar que la capacidad de agencia del colectivo de trabajadores/as posibilitó tanto las reformas en salud mental que dieron origen a la Ley Provincial, como el proceso de trabajo que desembocó en su implementación, en un proceso no lineal signado por tensiones y conflictos que se expresan en el enorme hiato temporal de casi 16 años que aconteció entre la sanción de la Ley y su reglamentación.

Esta gestión de la DPSM que se inició en el año 2004 llevó adelante el Programa de “*Sustitución de lógicas manicomiales*” retomando la denominación que los/as mismos/as trabajadores/as de la Colonia habían utilizado para definir sus prácticas. En este contexto se retomó el impulso para desarrollar un sistema de salud basado en la atención primaria, centrándose en la prevención y la promoción de la salud, proceso no exento de contradicciones y resistencias.

La reglamentación de la Ley Provincial establece la progresiva y gradual sustitución de los hospitales psiquiátricos y tiene como objetivo la erradicación de las lógicas y prácticas manicomiales, de la medicalización de los padecimientos subjetivos, de la internación por tiempo indeterminado, del aislamiento social,



del silenciamiento, y de la ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas. También establece la creación de dispositivos sustitutivos intra y extra institucionales, refiriendo a todos aquellos dispositivos institucionales y comunitarios, clínicos, productivos, educativos y culturales que se orienten al sostenimiento de prácticas de asistencia al sufrimiento psíquico. Explicita que estas estrategias no deben ser expulsivas ni generar exclusión o encierro, no pueden atentar contra los DDHH y deben permitir el desarrollo de las capacidades de los/as usuarios/as y su inclusión en el ámbito comunitario.

Actualmente funcionan múltiples dispositivos que tienen como marco normativo tanto la Ley santafesina N° 10.772 como la LNSM, leyes que hacen foco en los/as usuarios/as del sistema de salud mental como sujetos de derecho, buscando restituir dignidad, autonomía y lazos sociales, preceptos fundamentales en un abordaje acorde a los DDHH, y a la salud mental con base en la comunidad.

En una entrevista realizada con una ex directora de la DPSM, nos cuenta que desde 2004 se comenzaron a constituir los equipos interdisciplinarios en salud mental con profesionales de distintas disciplinas y una fuerte presencia en la atención primaria de la salud incorporándose psicólogos/as y trabajadores/as sociales que actualmente son miembros de los equipos interdisciplinarios de APS en la ciudad de Rosario:

Hay cinco equipos dispuestos en toda la ciudad (...). Un increíble trabajo realizado durante la gestión del doctor Castaño fue la función de Operador, de donde se tomaron candidatos de cada centro de salud, cada Centro de Salud candidateaba unos y después nosotros después los entrevistábamos a esos vecinos y salieron maravillosos, son unos genios... (Registro de campo, entrevista a ex Directora Provincial de Salud Mental, psicóloga, 20/02/20).

En el 2007 empezaron a funcionar la mayoría de los dispositivos, *cuando entraron los primeros psicólogos en APS nos contaban lo que estaba sucediendo en los barrios y así nació (el plan) para*



la externación de los pacientes del Agudo⁶ y de la Colonia y después se vio que había otras necesidades también (Registro de campo, entrevista a ex Directora Provincial de Salud Mental, psicóloga, 20/02/20). Ella afirma que el plan de externación de los hospitales monovalentes antes mencionados empezó hace mucho tiempo, con un plan de transformación. Nos comenta que todos los dispositivos creados por la DPSM *fueron en pos de desmanicomializar, de no internar y crear diferentes dispositivos como para atenderse luego en su internación* (Registro de campo, entrevista a ex Directora Provincial de Salud Mental, psicóloga, 20/02/20). Estos relatos narran experiencias concretas de los principios y fundamentos de la salud mental, los vínculos con la comunidad, el territorio y la restitución de derechos. En relación a la desinstitucionalización, la entrevistada destaca que las Redes de Salud Mental son imprescindibles. Nos transmite lo difícil de querer transformar las lógicas manicomiales, es decir aquellas prácticas y lógicas que apelan al encierro como única estrategia de abordaje de situaciones socio-subjetivas complejas:

Sabemos que las lógicas son difíciles de cambiar, nosotros constantemente tenemos que imponer lógicas desmanicomializantes pero siempre queda ese núcleo (...). Además las instituciones tienden a reproducir esas lógicas instituidas, y aquello condiciona las prácticas y los modos de vinculación [y] agrega que una de las cuestiones que tienen los dispositivos nuestros es que son móviles, dinámicos, flexibles, pero que tienen que acoplarse a estructuras rígidas viste, pero son instituyentes, son como yo siempre digo, venimos a movilizar, a inquietar. (Registro de campo, entrevista a ex Directora Provincial de Salud Mental, psicóloga, 20/02/20).

Estas expresiones dejan en evidencia la coexistencia de dos paradigmas en pugna, porque a pesar del marco normativo vigente aún conviven el paradigma tutelar-asilar con el paradigma de derechos que apunta a abordar los padecimientos subjetivos de

⁶ Se refiere al Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila, una institución de salud mental con origen monovalente emplazada en la ciudad de Rosario y que también atravesó un proceso de reforma de acuerdo a los lineamientos de la Dirección Provincial de Salud Mental.



modo integral y en comunidad.

Reflexiones finales

Teniendo en cuenta el proceso de investigación desarrollado hasta el momento, nos interrogamos acerca de las reformas y políticas públicas en el campo de la salud mental en Santa Fe. Consideramos a la investigación en salud/salud mental como instancia necesaria para la problematización y construcción de políticas públicas. A partir de las entrevistas, el análisis de documentos y la búsqueda bibliográfica reconstruimos e historizamos los procesos de reformas y el accionar de los movimientos de trabajadores/as que llevaron adelante prácticas políticas desinstitucionalizadoras. Podemos señalar que coexisten modelos de abordaje para los padecimientos subjetivos, modelos que responden a marcos teóricos, epistemológicos y políticos contrapuestos, a pesar del marco normativo vigente. La Ley Provincial y la LNSM, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Código Civil y Comercial –entre otras leyes que amplían derechos y presumen capacidades–, no hacen que se transformen las prácticas y lógicas instituidas; lo que sí brindan es el marco normativo, un sustento de exigibilidad.

Este marco legal conforma un nuevo paradigma en lo normativo, social y cultural, significa una transformación enorme al poner el foco principal en el sujeto y sus derechos. Implica una toma de posición ético-política, el respeto a la voluntad de los/las usuarios/as y las prácticas profesionales, una toma de posición clínica, de intervenciones y la creación de nuevos y múltiples dispositivos que apuntan a generar autonomía y dignidad; implica también una deconstrucción/reconstrucción profesional-institucional. Para esto es necesario construir estrategias clínicas e institucionales que apunten a la autonomía, combatir los prejuicios y estereotipos, deconstruir las lógicas manicomiales presentes en nuestra vida cotidiana. Implica una artesanía de diseñar junto a cada usuario/a estrategias singulares, soportes que acompañan procesos, y para ello son fundamentales las redes extra-muros. Es decir, el fin de



las lógicas manicomiales es mucho más amplio que el cierre del monovalente, requiere desandar lógicas cotidianas, se necesitan nuevos modos de intervención y abordaje, dispositivos ambulatorios y comunitarios acorde a distintas necesidades, padecimientos y territorios, y una asignación presupuestaria acorde. El proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado nos convoca a la investigación e intervención pensada desde el encuentro de distintos campos disciplinares. Es preciso entonces un abordaje interdisciplinario, intersectorial y comunitario. En el proceso de deconstrucción de la maquinaria manicomial es menester pensar los soportes de una externación sustentable, es necesario pensar en la reconstrucción/ construcción de los lazos con el afuera, armar la cartografía de las

redes que contemplen cuidados y fortalezcan vínculos.

En este trabajo hemos desarrollado una breve sistematización del proceso de reforma en el campo de la salud mental en la provincia de Santa Fe identificando el accionar de los colectivos de trabajadoras y trabajadores como actores clave en este proceso. Entendemos que recuperar estas experiencias contribuye a la construcción de un conocimiento crítico que apunta a historizar estas prácticas. Una posible línea de indagación futura podría ser el análisis de los procesos de implementación concretos del marco normativo, teniendo en cuenta las perspectivas de trabajadores/as, usuarios/as y

funcionarios/as.

Referencias bibliográficas

- ACHILLI, E. (2005) *Investigar en antropología social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario, Laborde Libros Editor.
- ACHILLI, E. (2015) Hacer antropología: los desafíos del análisis a distintas escalas. *Boletín de Antropología y Educación*, Año 6, Nro. 9, pp. 103-107.
- ARDILA, S. y GALENDE, E. (2011) El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1, pp. 39-50.
- BASAGLIA, F. (2008) *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires, Topía Editorial.
- BENASSI, E. (2014) Ley Nacional de Salud Mental: aportes y desafíos en el marco de la experiencia de la Sala



- de Tránsito de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. Ponencia presentada en el XI CAAS, FHumyAr-UNR, Rosario, 23 al 26 de Julio.
- CARPINTERO, E. y VAINER, A. (2018) *Las huellas de la memoria –Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los ´60 y ´70 (1957-1983). Tomo I.* Buenos Aires, Topía Editorial.
- COHEN, H. (2009) La creación de los sistemas de salud mental basados en la comunidad, en el contexto de experiencias exitosas en las Américas. En: COHEN, H. (coord.) *Salud Mental y derechos humanos. Vigencia de estándares internacionales*, Buenos Aires, OPS/OMS.
- COOPER, D. (1986) *La gramática de la vida*, Barcelona, Planeta Agostini.
- de LELLIS, M. (2018) El movimiento de Salud Mental: una aproximación histórica y crítica. Material de Cátedra. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- DESVIAT, M. (2020) Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educación Social. Revista d’Intervenció Socioeducativa*, 75, pp. 17-45.
- FARAONE, S. y BARCALA A. (2020) *A diez años de la sanción de la ley de salud mental mental. Coordinada para una cartografía posible.* Buenos Aires, Teseo.
- FARAONE, S. y VALERO, A. (comps.) (2013) *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales.* Buenos Aires, Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- FARAONE, S., VALERO, A., TORRICELLI, F., ROSENDO, E., MÉNDEZ, M., GELLER, Y. (2012) Accesibilidad y Derechos Humanos: análisis de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego. *Rev Argent Salud Pública*, Vol 3, N° 12, pp. 23-33.
- FOUCAULT, M. (2014) *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión.* Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- FOUCAULT, M. (2021) *Historia de la locura en la época clásica. Tomo I.* Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- HUERTAS, R. (1991) Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp Neuropsiq*, Vol. XI, N° 37.
- GALENDE, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental.* Buenos Aires, Paidós.
- GALENDE, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental.* Buenos Aires, Editorial Lugar.
- GOFFMAN, E. (2004) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Buenos Aires, Siglo Veintiuno.
- MENÉNDEZ, E. (1988) Modelo médico hegemónico y atención primaria. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de APS, Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo.
- ROCKWELL, E. (2015) *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos.* Buenos Aires, Paidós.



- SALAZAR VARGAS, W. (2017) Emergencias en reformas y i¿transformaciones?! Institucionales. Manicomio, Hospital, Territorios, RISaM, Leyes. Reflexiones del siglo XX y (al) siglo XXI. Ponencia presentada en el XI Congreso de la Asociación Argentina de Salud Mental, Buenos Aires, 30, 31 de agosto y 1 de septiembre.
- SIALLE, C. (2008) *Desmanicomialización en Santa Fe: la Colonia de Oliveros 1984-1989*. Rosario, UNR Editora.
- STOLKINER, A. y ARDILA, S. (2012) Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericanas. *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría*, 102, pp. 57-67.
- ULLOA, F. (1995) *La novela clínica psicoanalítica. Historia de una práctica*. Buenos Aires, Paidós.
- ULLOA, F. (2011) *Salud elemental con toda la mar detrás*, Buenos Aires, Libros Zorzal.
- Naciones Unidas, resolución 217 A (III). París, 10 de diciembre de 1948.
- Decreto Provincial 2155/2007. Aprueba la reglamentación de la Ley N° 10.772. Atención Salud Mental. Publicado en el Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe, 28 de septiembre de 2007.
- Ley Nacional N° 22.914 Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos. Publicada en el Boletín Oficial del 20 de septiembre de 1983.
- Ley Nacional N° 26.994 Código Civil y Comercial de la Nación. Publicada en el Boletín Oficial del 08 de octubre de 2014.
- Ley Nacional N°26.378 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. Publicada en el Boletín Oficial el 6 de Junio de 2008. Jerarquía Constitucional Ley 27.044 publicado en Boletín Oficial el 11 de diciembre de 2014.
- Ley Nacional N° 26.657 Derecho a la protección de la salud mental. Publicada en el Boletín Oficial el 2 de diciembre 2 de 2010. Decreto reglamentario 603/2013, publicado en el Boletín Oficial el 29 de mayo de 2013.
- Ley Provincial N°10.772 Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. Publicada en el Boletín Oficial el 26 de diciembre de 1991.
- Fuentes Documentales**
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. OMS. Canadá 17-21 de noviembre de 1986.
- Declaración de Alma-Ata. OPS/OMS, URSS 6-12 de septiembre de 1978.
- Declaración de Caracas. OPS/OMS, Venezuela 14 de noviembre de 1990.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las

