



## **Grupo Temático N° 10: Condiciones y medio ambiente de trabajo. Salud y calidad de vida de los trabajadores.**

**Coordinadores: Silvia Korinfeld, Julio Neffa y Andrea Suarez Maestre**

---

### **Hacia una ruptura del patrón tradicional de las prácticas de trabajo en Salud mental. Desafíos y conflictividades en la administración del personal, a la luz de la reglamentación de la Ley nacional de Salud Mental 26657. Estudio de Caso: “Cada Casa es un Mundo. Clínica del lazo”.**

**Autor/es: Raquel Rubio**

**E – mails: raquelr06@hotmail.com**

**Pertenencia institucional: CIET. facultad de Ciencia Política y RRII**

#### **Introducción:**

#### **Consideraciones generales que estructuran la producción de la ponencia.**

La ponencia intenta una aproximación reflexiva sobre las nuevas formas de organización del trabajo gestadas en las prácticas que desempeñan los trabajadores de la salud mental, integrados a equipos interdisciplinarios, abocados a la implementación de estrategias de desmanicomialización, siguiendo los principios y objetivos de la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Se entiende por desmanicomialización o *desinstitucionalización*<sup>1</sup>, al o los procesos de transformación que tienden a la desaparición de los diferentes dispositivos que encarna la lógica manicomial, como forma hegemónica de atención de los sufrimientos mentales. Ideológicamente, conlleva el propósito de desmantelar el “status quo” sobre el paciente. En este sentido, es concebida como estrategia-proceso, esencialmente por su componente político, en tanto que arremete con las relaciones de poder. Identificamos como lógicas manicomiales, aquellas que se hacen presente de manera implícita en diversas prácticas sociales, ya sean jurídicas, médicas, psicológicas, económicas, políticas. Prácticas que, contribuyen hacia la medicalización, el

---

<sup>1</sup> Término acuñado por el reformador Franco basaglia (Italia), que en pocas palabras, hace referencia a la idea de rehabilitar la subjetividad del que sufre psíquicamente, recomponiendo la sociabilidad dentro de lo posible, que implica no solo la relocalización del paciente, sino que significa esencialmente desandar el camino de la institucionalización, poniendo en marcha estrategias de externación.

silenciamiento y la exclusión social de los padecimientos subjetivos, promovidas y sostenidas en procesos de trabajo altamente alienantes. Ya que las prácticas están atravesadas por el paradigma de la “gran interrupción” expresado en la institución manicomio. Legitimador de la dinámica custodial y represiva, de cuerpos cosificados, del encierro, del disciplinamiento tutelar, y de la violación de los derechos humanos.

Es de fundamental importancia hacer estas diferenciaciones, debido a que trazan, desde el punto de vista epistemológico, político e ideológico, dos caminos opuestos, en el modo cómo concebir la problemática de la locura y sus abordajes. Situación, que pone en contexto, al trabajo mismo, como el eje central en cuestión. Suscita reflexionar sobre un saber-hacer cotidiano que nos permite comprender que lo que hacemos, es una manera de intervenir en el mundo. En su defecto, estamos señalando dos encuadres antagónicos, que definen contextos cognitivos, procesos de trabajos y prácticas, delimitadas por condiciones de trabajo particulares que, desde una perspectiva, tienden a promover dispositivos viabilizadores de subjetividad, de creatividad, de innovación, en el marco de una estructura organizacional que intenta establecer un modelo de gestión que aspira a una relación equilibrada entre trabajo autónomo con atribuciones de responsabilidad. Esta perspectiva, concibe a los trabajadores no solo como sujetos activos y partícipes de los procesos de invención y/o producción de salud, sino que también brega para que éstos puedan apropiarse creativamente de los planes y proyectos elaborados. Esta posición confronta con otra perspectiva, que tiende en un sentido inverso y de manera frecuente, pensar la no inclusión de producción de sujetos sociales, inherentes a los modelos tecnocráticos de la administración y la planificación clásica, propios de la lógica taylorista. Esta perspectiva, comprende a la organización del trabajo, como mero resultado de una definición técnica. Mientras que la otra, se emparenta con la idea de concebir a la organización del trabajo como una *relación social de trabajo*, donde el poder se ejerce decidiendo cómo debe ser realmente el trabajo. Esta mirada proporcionada por la Psicopatología del Trabajo, dice además que toda organización del trabajo tiene asignada funciones patógenas, ligados a dispositivos de control, vigilancia, jerarquías, mandos, que plantea la división de tareas por una parte y la división de los hombres por otra, generando un sufrimiento que es inherente a la naturaleza del trabajo y a la de su organización. Pero al mismo tiempo, la misma, puede reunir características proclives

a cumplir con una función estructurante, en la medida que el trabajo pueda ser fuente de placer y herramienta de transformación de algunos de los factores patógenos que la propia organización engendra. A renglón seguido y a cuentas de esto, no podemos perder de vista, las ideas de Rosa de Luxemburgo, al referirse que el modo de organizar el proceso de trabajo no solo remite a un tipo de configuración del trabajo, sino también, representa un modelo de aproximación con el medio ambiente y un sistema de dominación.

En virtud de estas consideraciones, el desarrollo reflexivo que cursa esta ponencia, se nutre de marcos teóricos diversos, provenientes del análisis institucional (corriente francesa), de la hermenéutica y de la sociología reflexiva, de la Psicodinámica del Trabajo, del psicoanálisis, de los estudios organizacionales y de producciones elaboradas por los propios trabajadores en diferentes contextos de la vida institucional (inherentes al referente empírico que hemos seleccionado para este análisis), en el marco de jornadas de capacitación programadas y otros eventos institucionales, formales e informales. Estos aportes contribuyeron a enriquecer el proceso de entendimiento sobre la naturalización de determinada lógica de trabajo, la necesidad de interrogar la propia práctica y las nuevas modalidades referidas a la organización del trabajo que trajo aparejado la adecuación de los hospitales a la normativa jurídica-administrativa que los convirtió en Hospitales Públicos de Autogestión. A la luz de las exigencias que impuso la estrategia descentralizadora, impartida por las políticas del gobierno menemista, en su propuesta de consolidar y legitimar la reforma del Estado, emprendida en ese período, como requisitorio ineludible del mandato neoliberal ejercido por la banca crediticia de los organismos internacionales.

Bajo este encuadre introductorio, El Hospital Psiquiátrico Dr. A. I. Freyre (en adelante “La Colonia”), fundado en 1942, anclado en la zona rural de la localidad de Oliveros, a 50 Km. al norte de la ciudad de Rosario (Santa Fe), emprende en los inicios de los años 90, no solo dicha adecuación, que implica el traspaso de una personería jurídica a otra, sino que también emprendió paralelamente, un proceso de transformación de la estructura hospitalaria tradicional, orientado por los principios de la Salud Mental, incluidos en la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 promulgada en el año 1991. Esta transformación bifronte, impacta en el funcionamiento tradicional

del hospital psiquiátrico, en un pasaje que supone cambios en su dimensión organizacional en términos burocráticos-administrativos y en sus lógicas de intervención, que deberán guardar correspondencia con el funcionamiento de un hospital de salud mental interdisciplinario de puertas abiertas, orientado a profundizar la sustitución de modalidades de asistencia tradicional. Sin perder de vista sus obligaciones y responsabilidades englobadas en la ley que regula a los hospitales de autogestión.

En este orden de ideas, cabe señalar, que desde la transición democrática, se constataron diferentes programas oficiales de salud mental, con una fuerte inversión en el perfil sanitarista. La provincia de Santa Fe, al igual que otras, se suscribió a este enfoque, traducido en una propuesta basada en un modelo asistencial descentralizado, regionalizado y jerarquizado, con un destacado énfasis en el cuidado extrahospitalar primario.

El proceso de refuncionalización y la adopción de estrategias de intervención antimanicomiales, comprendidas en los instrumentos legales vigentes, impactaron e interpeló a la relación terapéutica mediada por el clásico formato institucional burocratizado. La ley provincial, les asignó a los equipos interdisciplinarios potestad en la transformación, en pos de liderar y conducir prácticas sustitutivas a la lógica manicomial. Esta perspectiva impulsó, en manos de los “consejos de administración”, figura central en el diseño de los hospitales de autogestión, la creación de nuevos reglamentos y organigramas institucionales, con pretensión de ir abandonando los formatos de organización taylorista y netamente médica de los hospitales.

Tomamos de Etkin y Schavarsterin (1999) los conceptos de identidad y de estructura para dar cuenta de la singularidad y la historicidad de las organizaciones sociales, en cuanto a la forma de acoplamiento con el medio ambiente, y como éstas contribuyen a modelar el curso mismo del proceso histórico. En virtud de esto, abordaremos la forma en que la Colonia ha ido procesando su relación con el contexto y el modo como los sujetos implicados en la praxis, se dirimen al día de hoy, en una organización del trabajo mixturado, en donde el saber-hacer transcurre entre componentes organizacionales que preservan la lógica verticalista, departamental y burocratizada, con otras que dan cuenta de experiencias más radicales de horizontalización de los organogramas, con una distribución más homogénea del poder.

Para ello, tomaremos como referencia empírica acotada, un proyecto autogestionado por los integrantes de un equipo terapéutico, del que formo parte, que luego de largos años de estar haciendo la experiencia de la *humanización* del hospital psiquiátrico, planteamos el agotamiento des esta concepción, proponiendo una ruptura del patrón tradicional de las prácticas de trabajo en Salud Mental, con decisión de abandonar el ámbito intrahospitalario-manicomial, como espacio institucional delimitante y condicionante, que iatrogenia no solo la vida de las personas por años allí alojados, sino que también recae en la subjetividad de los trabajadores y en los procesos de trabajo que se sostienen en lo cotidiano, orientados a la lógica de sustitución.

La propuesta de una forma innovada de asistencia, elaborada y concretada por el quipo terapéutico, condensa las productividades del trabajo y del saber humano a él aplicado, transcurridas en la experiencia misma del trabajo, que al decir de Rojas, es sede de una cultura tecnológica vivenciable y desentrañable colectivamente.

En esta forma innovada de asistencia que se lleva adelante, encuadrada en el proyecto “Cada Casa es un Mundo,” sostenido en la perspectiva de la Clínica del lazo, emergen prácticas regulatorias informales que pone en tensión al propio sistema de control institucional prescripto, en términos administrativos y burocráticos, como de las leyes que regulan al empleo público, ya que la experiencia incorpora saberes de oficio, formaciones disciplinares, competencias profesionales diferentes, con hábitos, tradiciones y concepciones de lo laboral también pensadas de manera desigual. En donde la institución participa, en estos dispositivos sustitutivos, estableciendo modalidades de incorporación de personal, bajo la lógica de la contraprestación.

La ponencia trata de proponer un espacio reflexivo sobre cómo pensar y regular en la actual realidad institucional, las competencias laborales y la apuesta en obra que realizan los trabajadores, para seguir garantizando el objetivo de producir salud (objeto de trabajo) en una modalidad de trabajo extrahospitalario, donde la clínica de la restitución del lazo emerge sobre la cotidianeidad como única intervención posible de subjetivación. En este contexto, es donde fácticamente la organización del trabajo, en su concepción más clásica queda obsoleta.

## **La descentralización como política contributiva a la reforma del Estado y el rol de los hospitales de autogestión.**

Desde una lectura contextualizada de los procesos sociales, y considerando que lo general se manifiesta a través de lo singular y de lo particular, y éstos, a su vez no pueden existir sin lo general, encontramos pertinente mencionar las características socio-históricas en la que se inscribe la estrategia de descentralización, sin desarrollar en profundidad los efectos que esta medida produjo, impulsada en el apogeo del ideario neoliberal de los años 90, impactando en la esfera política, económica y social. Por no formar parte de nuestro objeto de estudio específico, solo la abordaremos someramente, con fines de ampliar el nivel de comprensión de la razón de ser de los hospitales de autogestión, surcados por criterios de eficiencia y eficacia.

El llamado proceso de modernización que experimentó la Argentina en la década de los años 90, estuvo fuertemente atravesado, como ya hemos dicho, por la receta neoliberal, entendida como plan estratégicamente englobante que encarnó la más brutal reforma de los sistema de protección social, orientados a su privatización, descentralización, focalización e implementación de programas sociales de emergencia (lógica de la focopolítica)

Los procesos de cambio producidos en el campo de las políticas sociales, en el marco de un período fuertemente signado por la conflictividad social, sabemos, asienta sus raíces en los años oscuros del terrorismo de Estado. El gobierno de la última dictadura cívico-militar en el plano social, implementó (además de un plan sistemático de tortura y desaparición de personas) un ideario basado en las tendencias neoconservadoras que se hacían sentir a escala planetaria, comandadas por los organismos internacionales de asistencia crediticia. Las cuales, se caracterizaron por un marcado enfoque economicista, punto nodal que permitió, ya en la era democrática (fines de los 80 y década del 90), robustecer la estrategia política que legalmente instituyó la reforma del Estado, desvinculándolo de sus funciones o responsabilidades sociales históricamente asignadas. Con el propósito de reconvertirlo en un Estado “mínimo”, con la firme idea de tornarlo más ágil, flexible, eficiente y garante de una “mayor libertad de mercado”, acompañado de un repertorio de políticas de ajuste, constriñendo la noción de ciudadanía social. Estos cambios impactaron en la

subjetividad, ya que se instaló un nuevo modo de experimentar lo social, ligado a estándares impensados de incertidumbre y de imprevisibilidad. Se transita un período de des-colectivización, fruto también de haberle sustraído a las políticas públicas, su carácter de universalidad. Es así como, los años 90 representan el paradigma de la mayor desregulación económica y la mayor destrucción de los derechos sociales, que registra si precedentes nuestro país en su vida moderna en un proceso democrático.

En este contexto, la ley de “flexibilización laboral”, a contramano de sus prerrogativas “de más y mejor empleo para todos”, fabricó el mayor índice de desocupación y de generación de ocupaciones precarias e inestables volcados en una escala de medición impensada.

Sonia Drive (1994), ha señalado en su vasta producción, la íntima relación entre el neoliberalismo y el desarrollo de las políticas sociales implementadas en esos años, atravesadas por la lógica de la eficiencia y eficacia, que asume el Mercado sobre el Estado, donde lo individual prevalece sobre lo colectivo, comandado por la lógica de la competitividad. Por lo que la reforma del Estado, no opera solo como una mera modernización administrativa, sino que instala un cambio radical en las interacciones entre los diferentes actores económicos, políticos y sociales.

En este proceso de *redireccionamiento* del rol del Estado, la estrategia de *descentralización* se va a constituir, como señala Isuani (1990), en el modo que permite aumentar la eficiencia y la eficacia del gasto, ya que aproxima problemas y gestión. Otras argumentaciones señalan su capacidad de aumentar las posibilidades de interacción, en el nivel local, de los recursos públicos y de los no gubernamentales para el financiamiento de las actividades sociales, ampliando la utilización de formas alternativas de producción y operación de servicios, más fácilmente organizados en las distintas esferas de la vida social.

En el marco de estos grandes cambios, distintos programas oficiales en salud mental, como política específica del sector salud, trasuntan un renovado perfil sanitarista, perfilados a redefinir modos alternativos para el abordaje de la locura, recuperando la perspectiva de la desmanicomialización, heredada de la experiencia Italiana dirigida por el reformador Franco Basaglia a fines de los años 60 y de la experiencia brasilera en manos de un movimiento de trabajadores que sobre los umbrales de los años 70 impulsó el proyecto “por una sociedad sin manicomio”. La

impronta de la desmanicomialización, en nuestra sociedad, debió encuadrarse al ritmo de los cambios políticos-administrativos que sobrellevaron los diferentes efectores monovalentes, diseminados por el territorio nacional. Transformación delimitada por los objetivos de una política de descentralización de la administración de la Salud, que cabe recordar, se inicia en el año 1978 con una transferencia gradual de los hospitales en manos del poder central a las provincias. Esta política, alcanza su mayor expresividad a principios del año 1993, con el Decreto N° 578, el cual sanciona la plataforma normativa que le dio cuerpo a la figura del Hospital Público de Autogestión (en adelante HPA). Figura jurídica a la que todos los hospitales debieron adecuarse. Posteriormente, este decreto fue reemplazado en el año 2000 por el Decreto N° 939/00, cambiando la figura legal del Registro de HPA por el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

Podemos decir a grandes rasgos que, tanto la propuesta de desmanicomialización, como las estrategias de descentralización, concebidas por el neoliberalismo, significó en el primer caso, que la promoción del cierre de los manicomios estuviera vinculado a estrategias privatistas, con el fin de reducir el gasto público, más que proponer y sostener acciones progresistas en el campo de la salud mental. En el segundo caso, la crítica que se le realiza al discurso neoliberal, es asociar a la descentralización a motivos excluyentemente fiscales y a una política de desentendimiento por parte del Estado en la transferencia de recursos. En este contexto, el funcionamiento del hospital de autogestión recibe la crítica de estar íntimamente ligado a criterios privatistas, prevaleciendo una lógica de autofinanciamiento, a la par de retóricas que aluden a la planificación participativa y a procesos de democratización de la gestión hospitalaria.

En el caso particular de la provincia de Santa Fe, ya en el año 1991 se sanciona con fuerza de ley N° 10.608, las pautas normativas que le asignan entidad jurídica a las formas organizativas vigentes, en torno al componente autogestionario. En este nuevo formato el hospital actuará con la plena capacidad de las personas jurídicas, para adquirir derechos y contraer obligaciones, pudiendo actuar pública y privadamente. Al mismo tiempo y de manera particular, destacaremos el art. 3 que establece que cada establecimiento sanitario estará conducido por un Consejo de Administración, conformado por diferentes representantes: del Estado, del personal, del



cuerpo de profesionales, de la comunidad, de la cooperadora. En este contexto, éste podrá administrar y disponer de fondos, aplicar las leyes nacionales y provinciales pertinentes, ejecutar la política de salud conforme a las pautas emanadas del Ministerio de Salud Pública y entre sus múltiples atribuciones resaltamos su potestad de someter a consideración del Ministerio de Salud Pública, los programas operativos que se piensen y ejecuten en el hospital a su cargo; como tomar conocimiento de las normas técnicas y disponer la consideración y aprobación de programas, proyectos, reglamentos y normas administrativas que se elaboren en el propio establecimiento.

### **La “Colonia de Oliveros” y sus cambios en las formas de gestión en un proceso de sustitución de las lógicas manicomiales. Las influencias del modelo anti-taylor.**

Stafford Beer (1988), en su prólogo del libro *Identidad de las Organizaciones*, de los autores J. Etkin y L. Schvarstein, refiere que: en el funcionamiento de las organizaciones coexisten dimensiones de orden político, social, antropológico y administrativo. En esa coexistencia interaccionan, pero también presentan sus propias leyes de regularidad, a las que se las puede identificar como “dominios” de la organización. Por lo tanto, se deduce que el comportamiento organizacional sólo será inteligible en su integralidad, totalizando el conjunto de esas dimensiones y comprendiendo que cada una de ellas, puede cambiar su poder de enmarcar a las restantes. A esta reenmarcación, Etkin y Schvarstein, la caracterizan como el cambio en la racionalidad dominante en la organización.

Partimos de este trazado conceptual, por considerarlo pertinente para quienes trabajamos en y con las organizaciones sociales. Y en este caso particular, para enriquecer el proceso de comprensión sobre los cambios que La Colonia viene experimentando en su amplio espectro organizacional, contextualizado desde el momento que conforma su primer “Consejo de Administración” en el año 1993. Con un rasgo de identidad propio, que le van a imprimir un grupo de profesionales, que en los inicios de esa década, se incorporaron al hospital por primera vez, para desandar el camino de la institucionalización, poniendo en marcha estrategias de externación y prácticas sustitutivas a la lógica manicomial. Donde el instrumento jurídico de la Ley

Provincial de Salud Mental (1991) significará un vector importante en la regulación y legitimación de las prácticas emprendidas.

Estos cambios configuraron un espacio de cuestionamiento de la organización tayloriana del trabajo, basada en procesos de trabajo parcelados, centrada en la tradición autoritaria y burocrática de la teoría general de la administración, dividiendo por un lado a aquellos que ejecutan tareas programadas y otros que gobiernan la organización, adjudicándose la propiedad de elaborar concepciones “científicas” sobre los procesos de trabajo. Los aportes del pensamiento gramsciano, nos advierte que esta concepción, como otras corrientes de corte gerencial, esconden la esperanza de administrar personas como si ellas fuesen instrumentos, cosas, recursos, destituidos de su voluntad y proyectos propios. En esta misma línea, Gastón Souza Campos (1997) expresa: “...*Es decir, encontró que se buscara disciplinar al trabajador, quebrarle el orgullo, la autonomía y la iniciativa crítica, es decir, algunos intentaban la domesticación de los comportamientos de los trabajadores, otros más ambiciosos y con pensamientos más estratégicos inventaron modos para modificar la subjetividad de los sujetos, “ganarles el alma”.*”

En contraposición a esta postura, La Colonia, se embarcó en la experimentación de nuevas formas de dirigir la organización, partiendo de la idea principal de concebir a la locura como producción cultural. Con un discurso direccionado a la producción de invención de salud, propone un rediseño del organigrama, resignificando los servicios de salud que presta. Parte del diagnóstico de reconocer los antiguos departamentos o secciones organizadas según profesiones (jerarquías, verticalidad), proponiendo Unidades que reflejen las lógicas específicas de cada proceso de trabajo. El modelo de gestión adoptado, que en parte bastante le debe al cúmulo de saberes del Movimiento Sanitario Brasileiro, del Movimiento Renovador de la Salud Mental, encuentra afinidades con los argumentos que definen a un tipo de gestión colegida y democrática, con una organización centrada en los equipos de salud, planteando una distribución más horizontal del ejercicio del poder.

El proyecto de transformar el hospital, expresado esencialmente en la refuncionalización de su estructura asilar, y en al *humanización* del manicomio, fue configurando lo que se conoce como la “experiencia Oliveros”. Principios y metas que han atravesado a todos los Consejos de Administración. Reconociendo que las

diferentes gestiones, con sus particularidades, con mayor o menor aval político, han mantenido en su discursividad, la centralidad en el fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios y de las acciones impulsoras de dispositivos de sustitución de lógicas manicomiales. Coherente con la ley 10.772, respecto de asegurar legislativamente los cambios necesarios a la implementación de un modelo asistencial alternativo a la depositación manicomial. En este marco, los equipos interdisciplinarios de cada unidad de producción, han gozado de (relativa) potestad en la transformación, ya que se los viene pensando como instrumento de gestión, abocados a viabilizar externaciones y al diseño e implementación de Servicios Sustitutivos.

A pesar de emprender un enfoque procesual, en el modo de organizar el trabajo para producir salud, alejado de la mirada tecnocrática, La Colonia, se evidencia recortada por un mix de lógicas, que combinan departamentos, divisiones, secciones montadas según profesiones, tareas, oficios. Donde el trabajo se organiza basado en separaciones estancas, duraciones, supervisiones, contenido diferenciados de tareas, turnos, descansos, urgencias, cargas laborales, riesgos, exigencias y afiliaciones gremiales diversas. Una suerte de neo-taylorismo, reflejado en un intento de sostener una gestión colectiva, en algunos espacios, fluctuando los modos y espacios en construcción, con situaciones críticas y mesetas a atravesar, que no excluye el importante grado de alienación y de burocratización que se registran entre los empleados públicos. La lógica autogestionaria, participativa y democratizante, convive con fuertes elementos corporativos en la forma de participación de los profesionales y del personal en general.

Entendemos que este contexto compela a discutir y revisar los presupuestos que le asignan significado al término autogestión. Ya que como hipotetiza Paulo Albuquerque (2014:384):

*“La autogestión como praxis colectiva no produce una acción efectiva y modificadora de la realidad, cuando es solamente una concepción, cuyo producto es información técnica que tiene por propósito maximizar la racionalidad organizacional; cuando reducida de su dimensión socio-política es una acción puntual más o menos emotiva, acaso sin objetivos definidos de transformación cualitativa de la realidad, por ser puro ejercicio organizativo “más o menos eficiente”.*

**Hacia una ruptura de la forma tradicional de la organización del trabajo en prácticas de salud mental, asociadas a estrategias de desmanicomialización. El impulso del componente autogestionario. Referente empírico: “Cada casa es un Mundo. La clínica del lazo”**

La meta de la transformación del hospital psiquiátrico comprendidas en la Ley de Salud Mental Provincial, amplía su horizonte, con la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, aprobada en diciembre de 2010. Instituida como política pública y fuertemente implicada con los Derechos Humanos, va más allá de la explicitación de un repertorio de principios, ya que interpretamos, propone llevar adelante la necesaria ruptura de la relación social de dominación que ejerce la institución manicomio. Y para ello, hay que entrometerse en la desarticulación de la lógica manicomial, que suele subsistir y perdurar como paradigma de atención y abordaje del problema de la locura, aún cuando la estructura panóptica y represiva del manicomio curse procesos de transformación, o vaya en vías de su eliminación. En este caso, coincidimos con Agustina Barukel (2012) cuando dice: “...es necesario el quiebre, no alcanza con una “humanización” de los servicios de salud”, en el sentido de mejoramiento, de maquillaje, sin trastocamiento de fondo de las prácticas en salud mental. Si una ley, pretendiera limitarse a ello, la pasteurización del Hospital General, decía Foucault – no es una ley desmanicomializadora.

En franca adhesión a estos principios y objetivos, y entendiendo que ese quiebre no se produce por decreto, las prácticas asumidas por el equipo terapéutico del que formo parte, con largos años de trabajo en La Colonia de Oliveros, haciendo la experiencia de la desmanicomialización, involucrado con la política institucional de transformación-refuncionalización, plantea el agotamiento del enfoque centrado en la humanización, en el sentido de no seguir promoviendo dispositivos sustitutivos ligados a una práctica intra-hospitalaria. Es el límite, que el equipo identifica, en una batalla cultural por la desinstitucionalización.

En el marco de ciertas controversias de orden organizacional y de disputas de posiciones (políticas, profesionales, económicas, gremiales,) por cómo seguir sosteniendo el proyecto institucional, el quipo emprende un proyecto propio, avalado en

su propia experiencia de estrategias de externación. En correlato con una plataforma legislativa que le da sustento jurídico y legitimidad, para la habilitación de nuevos espacios terapéuticos no manicomiales, instalados fuera de la institución, dirigidos en este caso, a la población de pacientes crónicos de la sala 8 del hospital.

Consiste en un proyecto orientado a intervenciones implicadas en diferentes contextos cotidianos, donde sujetos distintos sobrellevan la experiencia de reinscribirse socialmente. Con la pesada carga-marcas que les deja tantos años de alojamiento psiquiátrico. Para ello, hemos evaluado como esencial, una intervención que pueda dar cuenta de la singularidad de cada caso, asociado al enfoque de “vida cotidiana”, como ese espacio que elabora y alimenta simbolizaciones naturalmente, sin esfuerzo y sin atención. Plantear una práctica en este sentido, suscita despojarnos de las formas clásicas de registro, de evaluaciones y evoluciones, que tienden generalmente a homogenizar poblaciones, utilizando categorías estables.

Desde este lugar, el equipo, abandona su forma habitual de intervenir puertas adentro de un pabellón, reconvirtiéndose en el marco de una función diferenciada, en tanto se nombra y opera como un equipo terapéutico de referencia, integrado a un “sistema de apoyo”, en donde también es previsible que intervengan otros, que acompañen con distintos saberes, conocimientos y oficio, según lo requiera cada caso, privilegiando el espacio microsocioal.

La opción irrenunciable de privilegiar el ámbito extra hospitalario, emerge como una co-producción transferencialmente lograda en un intenso trabajo clínico, que se reinventa en una *praxis* que habilita un tipo de asistencia terapéutica y sociocultural, fundante de un dispositivo de salud desplegado en un lugar de convivencia familiar, el cual responde a los modos sociales de estructuración de una casa. Allí, la asistencia se organiza en un modalidad de trabajo, que se entromete en el espacio de lo cotidiano, configurado por la singularidad de un sujeto que, a parte de su padecimiento psíquico, carga consigo las grandes marcas de la iatrogenia institucional que le provocó el manicomio. Esto configura un nuevo contexto de trabajo y de funciones, que confronta con “lo manicomial”, pero en el tramado social, fuera del hospital, atendiendo los distintos estatutos del sujeto, sin perder de vista una direccionalidad clínica. La cual, se resignifica cursando la experiencia, ya que la misma, pone en tensión algunos

postulados clásicos que la rigen como disciplina. Esto conlleva además, la responsabilidad ética de revisar críticamente nuestras propias prácticas.

La experiencia extra-hospitalaria, que el equipo viene sosteniendo desde el año 2011, a la cual hemos denominado “Cada Casa es un Mundo. La clínica del lazo”, es compatible a los enunciados del art. 11 del Cap. V de la Ley Nacional de Salud Mental, que plantea la inclusión social, como derecho humano fundamental, expresable en dispositivos orientados a “*acciones de inclusión*”, a la “*atención domiciliaria supervisada*” y a la implementación de “*casas de convivencia*”

El proyecto autogestionado, evidencia la posibilidad de co-construir un lugar provocador de “rupturas biográficas”, respecto del estigma que produce cargar con una identidad psiquiátrica y se organiza sobre un abordaje terapéutico-no tradicional, que contempla, como ya hemos dicho, un “sistema de apoyo”, conformado por soportes de acompañamientos diversos, (institucionales, profesionales), personalizados o grupales, a tiempo completo o parciales, con horarios continuos o discontinuos. Dicho abordaje se estructura sobre una reciprocidad relacional y, de intercambios culturales, sociales, imaginarios y simbólicos, que contienen los espacios de socialización, inherentes a la vida cotidiana. Este contexto, marca una territorialidad delimitada por lo familiar, la vecindad, la urbanidad, lo comunal.

Sostener este proceso de trabajo, supone una intervención, una práctica que dialoga con lo social, concibiendo al trabajo como una práctica eminentemente política. Ya que, en el intento de “ir al rescate del hacer”, se juega una producción deseante. Como modo de rebeldía, frente a la alienación y a los efectos siniestros que provoca el manicomio en las subjetividades, tanto de los trabajadores como de los asistidos. Es una práctica, clínica-política, o viceversa, en cuanto trabaja en la restitución de una subjetividad, que da lugar a una recomposición identitaria, en donde tiene lugar la historia de vida del sujeto, los acontecimientos significativos y su dimensión en el presente.

En este sentido, vale la pena recordar y citar a Castoriadis (1986) cuando dice: “...se denomina praxis a ese hacer en el cual el otro o los otros son vistos como seres autónomos y considerados como agente esencial de su propia autonomía. La verdadera política, la verdadera pedagogía, la verdadera medicina, si algún día llegaran a existir pertenecen a la praxis”...”ella se apoya en un saber, pero éste es

*siempre fragmentado y provisorio. Es fragmentario, porque no puede haber teoría exhaustiva del hombre y de la historia; es provisorio, porque la propia praxis hace surgir constantemente un nuevo saber”. Esto consiste en su mayor lucidez.*

La experiencia emprendida, desliza la re-interpretación del aprendizaje organizacional, en un contexto al que Vigotsky, citado por Rojas (1999:78) define como “zona de desarrollo”, afirmando (presumiendo) que lo característico de una organización, el razonamiento propio de la racionalidad objetiva, se sustenta en una actividad colectiva basada en el saber de lo que ella sabe de sí y dispone sobre sí misma, es consecuencia de la interacción entre un conjunto de prácticas implícitas en su experiencia y el entorno más directo.

Al mismo tiempo, la misma se expresa como un “pequeño salto” en un proceso de ruptura, que provoca una zona inédita de trabajo, entendida como innovación que se da en la continuidad del proceso de trabajo mismo, producto de la interacción y comunicación entre pares de trabajadores. Esta interacción construye un saber colectivo, que funda lo que Lave y Wenger entienden como “comunidad de prácticas”. Este concepto significa una organización sociocultural del espacio del aprendizaje y la innovación que toma la forma de lugares de actividad en común y de circulación de habilidades y/o saberes.

Es una experiencia delatora de un saber experiencial acumulado, que se encuentra con la apuesta en obra produciéndose, a través de distintos tipos de formación, de conocimientos, de competencias que portan los sujetos que la integran, en donde la valoración, calificación y competencias que se producen se difunden entre los mismos trabajadores. Rojas (1999) refiere que en el esquema Roelens, la obra es el fin de la experiencia, instaura una nueva manera de actuar, manifestada en una formación que tiende a socializarse.

Nuestro proyecto bien puede encontrar afinidad argumentativa y operativa con esta visión, asociándolo a la noción de obra, en cuanto a que representa una manera de proceder novedosa, dice de un estilo en una práctica, de todos los hallazgos que permiten el balance entre el antes y el después de la experiencia. Igualmente está impregnada de un contenido contra-hegemónico, ya que propone otros fundamentos para pensar otras formas de organizar las relaciones sociales de trabajo, insertas en procesos de asunción de autonomía y libertad. En este sentido le reconocemos al

proyecto su componente autogestionario, al poder operar como herramienta capaz de romper con lógicas alienantes, revalorizando la cooperación entre personas, fundada en la reciprocidad, en la confianza, en la pluralidad y en el respeto al otro. Como individuo autónomo y capaz de tomar decisiones. Por supuesto es una concepción alejada de la perspectiva neoliberal que poco significa en términos de democratización de los espacios de trabajo, que presentada como técnica de administración, su objeto favorito es mejorar considerablemente la competitividad.

Actualmente, el equipo junto con otros referentes que coordinan otros dispositivos similares, se encuentran discutiendo ministerialmente, los modos de una institucionalidad que le otorgue mayor visibilidad y reconocimiento, que reclama resignificar la relación con el empleo público, a partir que al interior de estas experiencias, la organización del trabajo tradicional sufre mutaciones, encuadra en las lógicas argumentadas en este trabajo. Reconocemos, que en la forma de asistencia propuesta y llevada a cabo en el marco del proyecto presentado, emergen prácticas regulatorias informales que ponen en tensión al propio sistema de control institucional prescripto, en términos administrativos y burocráticos y de las leyes que regulan la administración del personal, en sus formas de incorporación, de sanción, de control, a la luz de los deberes y obligaciones, a lo que los trabajadores están formalmente sometidos.

#### Referencia Bibliográfica:

ALBUQUERQUE, Paulo Peixoto (2014). Elementos para pensar el concepto de autogestión. *“Economía Social y Solidaria: praxis, vivencias e intenciones”*. Schujman, Mario S. et.al. 1ª ed. Rosario, Ediciones del Revés.

BELMARTINO,S; LEVIN, S y REPETTO F. (2001) *“Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso”*. Sociales. Revista Latinoamérica de política social. Vol. Nº 5. HomoSapiens. Rosario, Argentina.

CARPINTERO, E; VAINER, BARROCO. “Desmanicomializar”: pasado y presente de los manicomios. (2007) . Revista Topía. Año XXVII, Nº 49. Buenos Aires.





CROJETHOVIC, M.; ARIOVICH, A. La autogestión Hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. el caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas. (2008). Papeles de trabajo. Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad nacional de General San Martín. ISSN: 1851-2577. Año 2, N° 4.

DEJOURS, C. (1998) “De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo” En Dessors, D y Guiho-Baylly (comp). Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina.

DRIVE, Sonia. (1994). “Neoliberalismo y Políticas Sociales: reflexiones a partir de las experiencias latinoamericanas.”. Desarrollo Económico, vol, 34. Buenos Aires, Argentina.

ETKIN, J.; SCHVARSTERIN, L. (1989). “Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio”. Buenos Aires, Barcelona, México. PAIDOS.

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26657

PROYECTO INSTITUCIONAL (1999). Colonia Psiquiátrica de Oliveros. Documento interno. Oliveros (Santa Fe).

ROJAS, Eduardo. (1999) “El saber obrero y la innovación en la empresa moderna: las competencias y las calificaciones laborales”. Montevideo, Cinterfor