

Artículos seleccionados

Desafíos políticos y asistenciales de la nueva ley nacional de salud mental. El caso de la Provincia de Santa Fe

José María Alberdi*

Fecha de recepción: 8 de agosto de 2012
Fecha de aceptación: 8 de septiembre de 2012
Correspondencia a: José María Alberdi
Correo electrónico: jmalberdi68@hotmail.com

*. Carrera de Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario.

Resumen:

El objeto del artículo es realizar un análisis de coyuntura y un primer ejercicio de balance de la ley nacional de salud mental a un año y medio de su sanción, en primer lugar se tratara de hacer hincapié en una breve historia del presente de la misma y en ese sentido proponer un análisis de su génesis dentro de una serie de avances legislativos en el campo de los derechos humanos, pero paralelamente notar los problemas y los principales desafíos de la nueva ley de salud mental en su traducción como política pública y como política sanitaria frente a la persistencia del modelo médico hegemónico en el campo asistencial, la precariedad programática y presupuestaria de las alternativas institucionales al manicomio, la falta de apoyo real y compromiso con los cambios culturales y asistenciales de ciertos actores-corporaciones claves del campo

de la salud mental y cierta fragmentación de las experiencias y movimientos sociales de trabajadores, intelectuales y usuarios que acompañan el avance de la ciudadanía anormal de las personas con graves padecimientos mentales.

Palabras claves: Ley de salud mental - Políticas públicas - Desmanicomialización.

Resumo

O núcleo de este artigo é realizar um análise de conjuntura e uma primeira impressão inicial do balanço da lei nacional de saúde mental a um ano e meio de sua sanção, visa apresentar de forma bastante esquemática uma história do presente da mesma e nesse sentido se tratara de propor um análises de sua gênese dentro da série de avanços legislativos no campo dos direitos humanos, mais também notar os problemas e os principais desafios na sua tradução como política pública frente a persistência do modelo médico hegemônico no campo assistencial, a precariedade programática e econômica das alternativas institucionais ao manicomial, a falta de apoio real e compromisso com as mudanças dos principais atores do campo da saúde mental e certa fragmentação das experiências e movimentos sociais de trabalhadores, intelectuais e usuários que acompanham o avanço da cidadania anormal das pessoas com graves sofrimentos psíquicos.

Palavras chave Saúde mental, direito público, política desmanicomialização

El retorno de los derechos humanos al campo de la salud mental

Este artículo quiere contribuir a la proposición de un buen uso de las controversias en el espacio de problematización que propuso la Revista Debate Público, respecto de permitirnos como trabajadores sociales y trabajadores del campo de la salud mental realizar un primer análisis de los desafíos políticos y asistenciales de la traducción como política pública de la nueva ley nacional de salud mental a un año y medio aproximadamente de su sanción.

Realizando cierto ejercicio de memoria selectiva, podemos reconocer una historia larga duración que acompañó la sanción de la ley de salud mental y una historia corta duración en que el análisis de coyuntura se torna fundamental. En una his-

toria de larga duración¹ deberíamos reconocer el Plan Goldemberg en la Primavera Democrática, la Declaración de Caracas, la experiencia de Reforma en la Provincia de Río Negro, las residencias interdisciplinarias de salud mental, la sanción de la ley de salud mental 448 en la Ciudad de Buenos Aires y en una serie de provincias, experiencias de resistencia y reforma micropolíticas ensayadas por trabajadores de la salud mental en los manicomios de los 90 y experiencias de atención primaria con apoyo comunitario, fundamentalmente operando en el campo de lo público estatal y en mucha menor medida en la industria privada de la salud mental.

En una historia de corta duración², podemos reconocer, una nueva primavera democrática, ahora en versión nacional popular, coyuntura que sin duda promovió la sanción de la nueva ley de

1. Para una lectura en detalle de larga duración y cierta historia del presente de las políticas de salud mental en Argentina referencio el libro "Políticas de Salud Mental. Reformas y Contra-Reformas" (2003) de mi autoría, publicado por la Editora de la UNR. Tiempo histórico que siguiendo a Kosellek (1993) puede ser entendido a partir de dos conceptos relacionados: las de experiencia y la de expectativa. La primera expresa cómo el pasado no es lineal ni aditivo, por lo cual no habría una "experiencia cronológica mensurable". La expectativa, complementaria de la experiencia, remite al modo en el que el futuro se hace presente. Si bien la relación entre ambas nociones es de mutuo condicionamiento, una no puede deducirse totalmente de la otra: por un lado, siempre puede suceder algo distinto de lo que se espera y, por otro, el futuro no puede derivarse mecánicamente del pasado histórico.

2. Para un análisis de coyuntura pormenorizado por una serie de voces ver los artículos de Leonardo Gorbacz y Alfredo Kraut en la Revista Panorámicas de Salud Mental y el artículo. A un año de la sanción de la ley de salud mental Nacional Nro.26.657 editada en forma conjunta por Eudeba y el Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires en el 2011. La serie de artículos de esta publicación brinda una buena síntesis de temas y experiencias que abonan la discusión pública sobre el contralor y la implementación de la nueva ley de salud mental.

salud mental, y en este sentido se puede hablar de retorno de los derechos humanos al campo de la salud mental, en este aspecto y solo a manera de reseña podemos notar la articulación cooperativa de una serie de transversalidades y actores: El informe del CELS “Vidas Arrasadas”(2006) La Segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos (Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina) condensó y actualizó una serie de denuncias sobre las condiciones de vida en la mayoría de los manicomios en Argentina y encontró eco en la agenda política de un Gobierno que tenía y tiene una política activa en el terreno de los derechos humanos y de la reparación de las víctimas de la Dictadura; paralelamente no es menor la importancia en términos culturales y políticos del Congreso Anual de la Universidad de las Madres de Plaza de Mayo sobre Salud Mental y Derechos Humanos, que entre sus logros principales podemos reconocer el intercambio generacional con la experiencia de los trabajadores e intelectuales de la salud mental de los 70, así como también un intercambio muy productivo con liderazgos de la reforma psiquiátrica Brasileña, otro hecho no menor es la constitución del Doctorado en Salud Mental en la Universidad Nacional de Lanús bajo el liderazgo de Emiliano Galende y la Red Maristan, que generó un espacio dentro de la Universidad Pública de investigación y extensión sobre políticas y programas de salud mental alternativos a la psiquiatría tradicional.

Paralelamente podemos hablar de cierta alianza estratégica que permitió llevar a buen puerto la sanción de la ley, en el campo legislativo la tarea de Leonardo Gorbacz fue fundamental en el tejido de alianzas y en la producción de los consensos básicos para la sanción de la ley, en el campo del ejecutivo el liderazgo de Yago Di Nella que desde la Secretaría de Derechos Humanos de Nación paso a coordinar la recientemente creada Dirección Nacional de Salud Mental y quien batalló en el campo del oficialismo para apurar los tiempos de la sanción de la ley y en el terreno

judicial, fue central el papel de uno de los miembros de la Corte Suprema Eugenio Zaffaroni y especialmente uno de sus asesores principales Alfredo Kraut, reconocido criminólogo crítico y defensor de los derechos humanos en el campo de la salud mental. También debemos constatar en esta alianza bien sucedida, el papel estratégico que representó Hugo Cohen el Asesor Regional de la Organización Panamericana de la Salud³ en Argentina, ex participante de la experiencia de desmanicomialización en Río Negro.

Retorno de los derechos humanos al campo de la salud mental, que significó también que la semántica discursiva de la nueva ley de salud mental estuviera sostenida en sus supuestos básicos subyacente por una serie de instrumentos internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental, en especial la Declaración de Caracas, los Principios para la Protección y el mejoramiento de la atención en Salud Mental, la Convención Internacional sobre los derechos las personas con discapacidad y las recomendaciones principales de la Organización Panamericana de la Salud. Retorno de los derechos humanos que también significaba legislar a favor de un enfoque de derechos en el campo de la salud mental y de no divorciar el derecho a la asistencia del ejercicio de los principales derechos civiles, sociales y políticos, en especial de las personas con mayor padecimiento psíquico y pasibles de terminar siendo víctimas del circuito de institucionalización manicomial y paralelamente poner límites y controles al modelo médico hegemónico en el campo de la salud mental y al monopolio presente en las decisiones de internación.

También debe notarse que la sanción de la ley finalmente tuvo que esperar una coyuntura como la del 2011 en donde se sancionaron una serie de leyes progresistas al calor del debate sobre la ley de medios de comunicación y de una serie de batallas culturales ganadas por otras minorías como el caso del matrimonio igualitario, teniendo especial relevancia el papel del INADI en la

3. El papel de Hugo Cohen desde sus tareas en la OPS fue fundamental para el acompañamiento de los debates públicos generados en torno de la nueva ley de salud mental, en especial se pueden consultar una serie de publicaciones “Salud Mental y Derechos Humanos en la Argentina. Estándares Internacionales”(2009) y la redición en el 2010 del manual de la OPS “Salud Mental en la Comunidad”.

comunicación social de las nuevas legislaciones. Cabe preguntarnos que distinto a lo que se podía esperar, como fue el caso de la ley de medios y el papel de las corporaciones o el caso de la Iglesia y su posicionamiento en contra de las reivindicaciones del Colectivo Gay, el papel de confrontación de las corporaciones del sector fue menor y hasta podríamos decir "testimonial"- como refirió una de sus referentes -es una ley psiquiátrica sin psiquiatras-, nos estamos refiriendo a APSA⁴, a la Industria Farmacéutica y a la burocracia manicomial.

A manera de hipótesis consideramos que buena parte de la dirigencia "psiquiátrica" no quería ser reconocida como co-responsable de las condiciones de vida y de asistencia en los monopolios manicomiales si se enfrentaban de frente a la sanción de la ley y ser ubicados en una posición abiertamente conservadora, paralelamente consideramos estaba y esta más preocupada por su reorganización corporativa dentro del modelo médico hegemónico. Sobre todo a partir de los amplios desarrollos que esta teniendo la modernización de la psiquiatría bio-médica⁵ y su extensionismo terapéutico-DSMV incluido- con un aliado fundamental, la industria farmacéutica y los "avances" tecnológicos de la genética, en un retorno de cierto objetivismo médico al campo de la salud mental, en especial la sostenida por el modelo de prestación del subsector de obras sociales y las Clínicas y Sanatorios Privados.

Los problemas de la traducción de la ley como política pública y el Caso Santa Fe

Los desafíos políticos y asistenciales que la ley con su sanción abría eran numerosos, el programa ideológico de la nueva ley nacional de salud mental, que planteaba por ejemplo poner una serie de presupuestos al servicio del reconocimiento y de la rehabilitación de los derechos civiles,

sociales y políticos de las personas internadas en los manicomios, se confrontaba y se confronta con una serie de barreras estructurales, políticas culturales, económicas y asistenciales, que para el avance de los contenidos fuertes de la ley exigirá un largo trabajo de los principales liderazgos políticos, intelectuales y asistenciales y la construcción gradual de capacidades estatales en el terreno institucional, en la dimensión organizacional y en la promoción de una masa crítica de trabajadores de la salud mental sintonizado con las principales necesidades de los usuarios y usuarias con graves padecimientos psíquicos.

Revisemos brevemente los principales mandatos de la ley de salud mental; en primer lugar que la protección y la asistencia en salud mental debe asegurar estándares básicos de derechos humanos, que participa de una lectura compleja de la salud mental y no la reduce a las concepciones tradicionales de la psiquiatría, que censura el uso de los diagnósticos médicos como formas de discriminación velada e invalidación e incapacidad social, que los derechos planteados por la presente ley incluyen a los ciudadanos con uso problemático de drogas; en segundo lugar, sitúa claramente que esta ley exige cambios y reformas estructurales de las instituciones públicas y privadas que prestan servicios en el campo de la salud mental; en tercer lugar: explicita claramente los derechos de los usuarios y usuarias a una atención sanitaria y social integral y humanizada, plantea toda una batería de medidas de contralor legal de las internaciones para evitar la iatrogenia institucional, el confinamiento y la segregación de las personas locas, pone en crisis el absolutismo de la psiquiatría y democratiza interdisciplinariamente la gestión y la asistencia en el caso de la salud mental, promueve un trabajo intersectorial con áreas de desarrollo social, trabajo, educación con el objeto de implementar servicios de inclusión social y laboral, que jerarquiza

4. Para leer el silencio de radio de la Asociación Argentina de Psiquiatría, consultar la pagina institucional en donde no hay prácticamente planteos oficiales e institucionales respecto de la nueva ley de salud mental, es significativo que estén como parte de la información de consulta toda una serie de Declaraciones Internacionales (Caracas, Helsinki, Caracas) de Derechos Humanos y salud mental pero no se pueda consultar la nueva ley de salud mental.

5. Hegemonía de la psiquiatría modernizada (y no anacrónica) soportada en lo que podríamos denominar pluralismo de mercado, como refiere el antropólogo social Eduardo Menéndez "...Este proceso lo podemos observar en uno de los campos menos legitimados del saber biomédico, que actualmente se caracteriza por una actitud profesional ecléctica según la cual y en función del objetivo terapéutico, la psiquiatría utilizaría todas aquellas estrategias y orientaciones biomédicas que demuestran cierto grado de eficacia, pasando por lo tanto a segundo plano la fundamentación teórica de las características diferenciales de cada una de ellas. El pragmatismo psiquiátrico expresado especialmente a partir del RSM III R, se impondrá cada vez más..." (2009:33).

como servicios estratégicos para sustituir la asistencia manicomial a los servicios de salud mental de Hospitales Generales y al fortalecimiento de la atención primaria; en cuarto lugar: y dentro de la tradición garantista crea en el Ministerio Público de Defensa un órgano de revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los servicios de salud mental y poner definitivamente en la picota la continuidad locura-peligrosidad.

Este breve ejercicio de síntesis nos informa también sobre las barreras estructurales al avance de la implementación⁶ de la ley de salud mental, una de las principales es que la autoridad de aplicación, el Ministerio de Salud y la Dirección Nacional de Salud Mental no tiene capacidad de gobierno y ni estructura para llevar adelante por lo menos por el momento el sentido fuerte de estas reformas. Viejos estudiosos de la política pública, sabemos en detalle la existencia de tres subsistemas, la salud pública, el subsistema de obras sociales y el sistema privado de salud; si podemos reconocer alguna intervención del Ministerio de Salud Nacional en el Sistema Público, este depende centralmente de la gestión y presupuestos de los Ministerios de Salud Provinciales⁷, en cambio en el sistema privado en convenio con el sistema de seguridad social, auditar y generar un modelo alternativo de prestaciones con cierto apoyo sindical exigiría una fuerte inversión en capacidades estatales en la construcción de una tecnocracia amiga de las reformas que controle y proponga alternativas asistenciales al modelo médico hegemónico presente en los sanatorios y clínicas privadas que no es menor en términos de importancia, porque esta a cargo de la población integrada al sistema de la seguridad social.

Proponemos, ahora, una lectura a un año y medio de la nueva ley nacional de salud mental, realizan-

do un diagnóstico breve de la gestión de Yago Di Nella y los primeros resultados prácticos de la ley de salud mental nacional en el caso de la Provincia de Santa Fe.

Los resultados de la gestión de Yago Di Nella y su equipo de trabajo⁸, consideramos que va a ser recordada por un buen tiempo, en primer lugar porque se logro jerarquizar la Dirección de Salud Mental, después de muchos años de desidia y falta de proyectos y por que durante su corta gestión se sanciono la nueva ley de salud mental y se llevaron adelante las primeras medidas y propuestas de trabajo. Igualmente no podemos dejar de observar como pesaron y sigue pesando la precariedad de las capacidades estatales y la fragmentación de un movimiento social de trabajadores y usuarios comprometidos con las reformas y con la suficiente fuerza para ir exigiendo el cumplimiento gradual de la ley.

Si hablamos de cumplimiento gradual de la ley hay varias asignaturas pendientes, comprometidas en el Capitulo IX de la ley y que a un año y medio de la sanción no han sido llevadas adelante. Hasta la fecha, una serie de compromisos de la Autoridad de Aplicación no fueron implementados, uno de ellos era establecer las Bases para un Plan Nacional de Salud Mental, otro era la realización de un censo nacional dentro de los 180 días de la sanción de la presente ley en todos los centros de internación en salud mental. El lector se podría hacer la pregunta de por qué hacemos hincapié en esto, fundamentalmente porque un plan exige un diagnóstico serio de la situación nacional y por lo tanto de cada una de las provincias⁹, es decir, exige política pública, buena epidemiología, exige que se explique que se va a hacer con los principales manicomios públicos, que tipo de servicios y programas alternativos se van a crear,

6. Elegimos hablar de implementación y rechazamos las lógicas más legalistas de aplicación, en este sentido como hace tiempo Oslak y O Donnel nos enseñaron las políticas públicas pueden entenderse como un conjunto de acciones y omisiones que ponen de manifiesto una determinada agenda política. Desde esta perspectiva, el Estado es un actor más que interviene, en una posición sin duda privilegiada, dentro del campo de fuerzas donde se dirimen cuales son los temas y los modelos para su resolución, así, el proceso de formulación de políticas, es una construcción social que depende de un complejo campo de relaciones históricamente constituidas, según el posicionamiento de los principales actores y sus diferentes cuotas de poder.

7. Debe notarse que la Colonia Montes de Oca es la única bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, brevemente situemos que desde el Caso Giubeleo en adelante, ante la serie de denuncia de los organismos de DDHH, desde el Ministerio se emprendieron toda una serie de reformas, inclusión de las RISAM, creación de Centros de Día, Viviendas Protegidas, programas de externación, acceso a beneficios y pensiones, asamblea de usuarios, etc, programas fortalecidos desde la sanción de la ley en adelante.

8. Para una lectura "oficialista" de la gestión de Yago Di Nella recomiendo la lectura de "Las 50 principales acciones de trabajo en 1 año y 8 meses de gestión" publicado al finalizar la gestión por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

9. Esta argumentación debe matizarse con el Convenio de Cooperación Técnica con la División Salud Mental de la OPS en la aplicación de Instrumentos de Evaluación de los sistemas de Salud Mental en las provincias de Mendoza, San Juan, Tucumana, Salta y Corrientes, hasta el momento no han sido publicados sus principales resultados.

que tipo de estructura presupuestaria se necesita desarrollar, etc.

Partamos para una lectura en detalle de los efectos prácticos de la gestión nacional en la Provincia de Santa Fe¹⁰, brevemente debemos situar que la Provincia de Santa Fe venía desde la transición democrática ensayando una serie de reforma en el campo de la salud mental, con programas de externación y una ley provincial de 1992 con algunos reflejos sanitaristas y de contralor de las internaciones, y paralelamente a partir de una serie de reformas en uno de los principales manicomios provinciales se había generado una masa crítica de trabajadores comprometidos con los cambios políticos, culturales y asistenciales. La creación de la Dirección de Salud Mental Provincial en 2003 institucionalizó el trabajo que se venía realizando por parte de estas gestiones, pero una serie de factores generaron una fuerte pérdida de legitimidad en los profesionales y trabajadores de la salud mental, en primer lugar un largo conflicto salarial partió las aguas (ya que la situación de precarización era muy fuerte en el campo de la salud mental pública); en segundo lugar, la reducción de la administración de la política de salud mental a una administración de la crisis de lo que sucedía en los manicomios públicos sin un proyecto estratégico de trabajo y la creación de una serie de dispositivos marcados por la precarización y el trabajo en el territorio sin los suficientes soportes institucionales y presupuestarios¹¹, en tercer lugar, también se instaló el malestar por una serie de medidas (inclusive con cierto uso del marketing comunicacional) que terminaron por favorecer cierto transformismo y aggiornamiento del principal manicomio de la Provincia de Santa Fe-, cuando estaban dadas las condiciones culturales y políticas de promover su reforma estructural- cuarto lugar, una decisión que fue y es valorizada por organizaciones

de derechos humanos como el cierre del Servicio de Psiquiatría de la Cárcel Provincial de Coronada¹² genero fuertes disensos en el microclima del sector, porque paralelamente a este cierre se creo un Dispositivo Cerrado en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros favoreciendo mecanismos de transinstitucionalización y desasistencia. Esto en el terreno de la psiquiatría pública progresista, a su vez la psiquiatría tradicional, tanto en su versión conservadora como más modernizada no acuso grandes cambios teniendo en cuenta su desarrollo en la clínicas privadas conveniadas con la seguridad social y sin ningún tipo de contralor o auditoria diferente a las más clásicos del programa médico obligatorio.

Después de esta breve descripción, alejada de cualquier neutralidad valorativa, pero que ayuda a entender que la nueva ley de salud mental se inscribe en el caso de la Provincia de Santa Fe- como en el caso de las otras provincias- en una serie de batallas políticas, culturales, económicas y asistenciales que la anteceden y que están y van a teñir las posibilidades de su implementación. Una serie de analizadores, permite leer los efectos prácticos de la gestión de la Dirección Nacional de Salud Mental.

En primer lugar debemos remarcar que la propia sanción de la ley permitió una renovación de las energías utópicas de los trabajadores y profesionales del campo de la salud mental, especialmente de los psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales comprometidos con las reformas, paralelamente generó una serie de espacios públicos en que la propia socialización de la misma generó una defensa crítica de la misma y la importancia de apoyar su gradual desarrollo.

En segundo lugar, debemos también hacer lugar a los argumentos que venimos delineando ante-

10. El recorte en la Provincia de Santa Fe, no obedece a generalizar la lectura de lo que podemos leer de los cambios en Santa Fe, sino fundamentalmente cooperar más activamente con lecturas más regionales del interior del país del mapa de implementación de la ley, esto no significa tampoco desconocer toda una serie de avances cualitativos, convenios de trabajo y cooperación técnica en otras provincias del país.

11. A tales efectos se pueden consultar la serie de Documentos de Trabajo realizados por el colectivo de trabajadores nucleados en ATE Salud Mental Rosario (2005/2011) sobre las precarias condiciones de trabajo y de condiciones de asistencia de los trabajadores de salud mental en los nuevos programas y servicios, en especial equipos territoriales, acompañamientos terapéuticos, operadores comunitarios de Viviendas Asistidas, trabajadores de atención primaria, etc.

12. Para una lectura alternativa de esta experiencia de cierre, ver "Equipos de Salud Mental, Instituciones Totales y Subjetividad Colectiva. Una experiencia de transformación institucional" (2011) de Faraone, Torricelli y Rosendo publicado en la Revista Salud Mental y Comunidad del Doctorado en Salud Mental de la Universidad Nacional de Lanús.

riormente, respecto de la precariedad de la presencia y capacidades de la Dirección Nacional de Salud Mental en Santa Fe. Las medidas concretas que llevo adelante la Dirección Nacional de Salud Mental demuestra las fuertes limitaciones en este sentido:

- Una de las primeras medidas que significó cierta presencia y visibilidad de la Dirección Nacional de Salud Mental en la Provincia de Santa Fe, fue en el primer cuatrimestre del año 2011 la firma de un convenio con la Universidad Nacional de Rosario¹³, delegando una partida a cargo de la administración financiera de la misma. Es decir, en primer lugar, este convenio también permitía eludir que la administración de los primeros fondos y medidas estuviera a cargo de la Dirección Provincial de Salud Mental, esto podría obedecer a las diferencias electorales con el Socialismo en tiempos pre-electorales o por diferencias con el grupo que lideraba la Dirección de Salud Mental Provincial, con importantes vínculos con la Universidad de las Madres y parte del grupo organizador del Congreso Anual de Derechos Humanos, una u otra de las hipótesis marca cierta tradición del campo en que la política -inclusive en sectores con un programa ideológico parecido- queda reducida a una serie de internas.
- Respecto de las medidas llevadas adelante con la Universidad, fundamentalmente con el Rectorado, ya que no fueron convocadas institucionalmente las carreras, docentes e investigadores del campo de la salud mental (psicología, psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería, Abogacía)- una de las que tuvo mayor difusión y genero cierto colectivo de discusión pública fueron una serie de Jornadas de Capacitación y Divulgación de la nueva ley de Salud Mental, las mismas estuvieron a cargo de una serie de referentes del área, pero la dinámica de los Talleres estaba a cargo de jóvenes con baja experiencia en el campo asistencial, lo que significó por un lado cierta sensibilización a los jóvenes graduados del campo de la salud mental y cierto compromiso militante, pero que también genero un parcial desencanto con los trabajadores con experiencia asistencial en el campo de las alternativas asistenciales por la simplificación de las propuestas que se bajaban y la falta de reconocimiento de las desafíos estructurales y programáticos presentes para llevar adelante los contenidos centrales de la ley.
- Otra de las medidas, en las que estuvo presente la Dirección Nacional de Salud Mental¹⁴ fue la convocatoria mayormente centralizada en Buenos Aires a participar en la reglamentación de la ley de salud mental, conjuntamente al Ministerio Público Tutelar y la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, la participación era también convocada desde las redes sociales con los boletines de la Dirección Nacional de Salud Mental, paralelamente desde la Dirección Nacional de Salud Mental también se propuso cursos semipresenciales que generaron una participación acotada de trabajadores especialmente abogados y psicólogos de la provincia de Santa Fe, que incluía como principales temáticas el enfoque de derechos en el campo de las políticas de salud mental, revisar experiencias de desmanicomialización y promover nuevas prácticas.
- Dentro de las medidas que significaron cierta complementariedad de trabajo con la Dirección Provincial de Salud Mental y la Dirección Municipal de Salud Mental de la Ciudad de Rosario, fue la creación de un equipo de Salud Mental piloto en una serie de Hospitales públicos de la Ciudad de Rosario (Hospital

13. El convenio que delegaba a la Universidad la administración de 4 millones de pesos era comunicado institucionalmente por la UNR en Diciembre del 2010 "...El Vicerrector de la Universidad Nacional de Rosario, Eduardo Seminara, firmó un convenio con el Ministro de Salud, Juan Luis Manzur, para establecer las condiciones de cooperación entre las partes para el desarrollo de planes y proyectos de trabajo, para la selección de recursos humanos y para el cubrimiento de las necesidades logísticas devenidas de la ejecución los mismos, en el contexto de los objetivos establecidos para el mejoramiento de la salud mental de la población..." (2010).

14. En este aspecto, debe notarse el papel que viene sosteniendo la integración de la Mesa Federal de Justicia y Derechos Humanos en Salud Mental, integrada por cuadros técnicos del Ministerio de Justicia y del Ministerio de Salud, en especial en generar un ámbito de trabajo de sensibilización, actualización y acercamiento entre el ámbito de la Justicia y de la Salud en problemáticas comunes y en la difusión de los Estándares Internacionales de los Derechos Humanos y debido proceso en el campo de la asistencia en salud mental. Antecedente de esta mesa fue el Programa Prisma de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.

Provincial), dentro de cierta expectativa sanitarista¹⁵ de las reformas de que las internaciones en salud mental comiencen a ser realizada en los Hospitales Generales, sin embargo en su primer etapa se constituye en un servicio ad hoc del Hospital, sin ser acompañado de un programa arquitectónico ni de un programa de sensibilización respecto de la accesibilidad de pacientes con graves problemas de sufrimiento psíquico, y los nuevos recursos humanos sumamente precarizados, ya que inclusive no dependen del sistema provincial de salud, sino que dependen de la Universidad, generando a mediano plazo graves problemas respecto de la estabilidad y las condiciones laborales, también debe notarse que estos nuevos servicios no significaron limitar hasta el momento los procesos de internación en los Psiquiátricos Provinciales.

- Y una de las medidas más publicitadas fue una convocatoria realizada por la Dirección Nacional de Salud Mental a un concurso nacional de proyectos denominado "Proyectos Comunitarios en Salud Mental y Adicciones" Inclusión Social, Participación Comunitaria y Promoción de Derechos. Si bien no podemos hacer una evaluación ya que los proyectos recién están en su primera etapa de implementación (fueron aprobados solo 3 en la Provincia con \$10.000 para el financiamiento total de proyectos a implementar en nueve meses). Entre la fortaleza de este tipo de convocatorias, podemos reconocer la importancia de fortalecer las organizaciones no gubernamentales de técnicos y comunitarias en la elaboración de proyecto que generen políticas de prevención y asistencia en las comunidades, entre las debilidades esta cierta persistencia en la lógica de los proyectos sociales de los 90, es decir, proyectos focalizados sin vínculo, a

veces duplicando y fragmentando esfuerzos con los centros de atención primaria territoriales, grupos de trabajo comprometidos con los cambios culturales y asistenciales que propone la ley de salud mental compitiendo por financiamiento, lo que limita en el largo plazo la generación de redes de trabajo en común y la sustentabilidad de las experiencias de trabajo en el tiempo, además de reponer cierto imaginario de hacer cambios en salud mental con los recursos de las "propia" comunidad.

- Finalmente otra de las medidas que generó cierta expectativa, fue un convenio de la Dirección Nacional de Salud Mental con el Ministerio de Desarrollo Social respecto de integrar Equipos de Salud Mental en los Centros Integrados Comunitarios en forma gradual¹⁹ en toda la Provincia). Teniendo en cuenta la forma de trabajo intersectorial, complementando las tareas sanitarias con las de Acción Social, su ubicación en territorios relegados territorialmente y con numerosas necesidades básicas insatisfechas, este proyecto de trabajo generaba mayor consistencia al proyecto de fortalecer la atención primaria en salud mental para las poblaciones más pasibles de sufrir internaciones en los manicomios públicos. No obstante debido a la no continuidad de Yago Di Nella en la Dirección de Salud Mental nacional este proyecto quedó en el stand by, paradójicamente quien ocupó su cargo es una referente puesta por Alicia Kirchner y proveniente del Ministerio de Desarrollo Social y hasta el momento no se sabe si se archivó o va a ser relanzado desde la cartera ministerial¹⁶.

Esta breve narración de las principales medidas y propuestas de trabajo nos permiten ubicar la complejidad a la que se confronta la nueva ley de

15. Queremos aclarar mis diferencias con cierta expectativa sanitarista, sobre todo la que pone el grueso de las reformas en el retorno de la locura a los Hospitales Generales y a la Atención Primaria, condición necesario pero no suficiente y lo paso a explicar: que los ámbitos tradicionales del campo de la salud pasen a ocuparse centralmente del asunto de la "locura" también implica ciertos riesgos, una de las implicancias es la persistencia del modelo médico hegemónico en las prácticas hospitalarias que en las intervenciones cotidianas jerarquizan los aspectos psi y biológicos por sobre posibles abordajes de las dimensiones socio-culturales, esto inclusive en contextos de exclusión social en que los graves padecimientos psíquicos están marcados por problemas de integración social y vulnerabilidad socio-familiar, a manera de ejemplo podemos notar la cultura de los servicios de las residencias de psiquiatría y psicología en consultorios externos e internaciones de Hospitales Generales de la Provincia de Santa Fe, que cuando en el mejor de los casos toman los temas "sociales" están colonizados por perspectivas de clase media y cierto espíritu filantrópico.

16. La última convocatoria realizada en forma conjunta entre la Dirección Nacional de Salud Mental, la Secretaría de Derechos Humanos y el INADI tiene por objeto revisar un mapa de las prácticas inclusivas en Salud Mental con el objeto de promover y revalorizar prácticas en Salud Mental y Derechos Humanos y generar insumos para diseñar políticas y programas, no obstante no se establece como se complementarían estas "micropolíticas" con los programas de salud mental nacionales, provinciales y municipales,

salud mental para salir de los papeles; en la gestión pública, como diría Horacio González gestos es gestión, y la sanción de la ley es un gesto simbólico para todo el campo de la salud mental, igualmente en la gestión pública, la reconstrucción de lo público estatal se hace camino al andar y poner la propiedad estatal al servicio de la desmanicomialización es tan valorable como ardua y difícil su construcción en el tiempo y en este último aspecto, construir capacidades estatales y cuadros técnico-políticos que acompañen las reformas pendientes se torna fundamental.

Breves Gramscianas. Asalto o Asedio al manicomio

Después de esta breve sistematización de los tiempos de la nueva ley de salud mental en la Provincia de Santa Fe, quiero retomar un clásico de las ciencias sociales en general y del trabajo social en particular, me estoy refiriendo a Gramsci quién conjuntamente con Foucault ha sido un referente cotidiano para pensar las alternativas de cambio en el campo de las políticas sociales y de las políticas de salud mental. ¿Por qué invocar a Gramsci? Fundamentalmente porque nos permite debatir con una receta sanitarista presente en la cultura de divulgación de los principales referentes de las reformas que considera que los manicomios son parte del pasado, cuando resisten y son estructuras institucionales que tienen una capacidad de aggiornamiento enorme, esto obedece también a un llamamiento que queremos realizar, so pena de que si a la fecha (2012) se realizara un nuevo informe a la manera de “Vidas Arrasadas”(2006) La Segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos (Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina) nos encontraríamos que las condiciones de vida no han variado en forma sustancial, salvo cierto avance cualitativo de las denuncias y el contralor de las internaciones y cierta legitimidad mayor de los programas de externación, las actividades socio-culturales y el trabajo en red.

Retomando cierta retórica del relato nacional popular- en el cual estamos incluidos- presente en la defensa de la ley de medios, podríamos realizar una serie de analogías con la ley de salud mental,

y aquí la primer definición política, considerar que los manicomios y la cultura médica hegemónica, son uno de los principales monopolios a los que se confronta la nueva ley de salud mental si quiere ser coherente con la defensa y la activación de los derechos humanos de los impopulares de los sectores populares internados en los manicomios.

Pregunta: ¿Como llevar adelante la batalla cultural, económica y política contra los manicomios? Gramsci en sus estudios y revisiones marxistas, refería a una diferencia fundamental para llevar adelante la revolución y que consideramos siguen siendo validos para pensar alternativas al manicomio: guerra de movimiento y guerra de posición.

La guerra de movimiento, era más verosímil para las sociedades de tipo oriental, en donde el asalto al estado garantizaba poder llevar adelante los principales cambios, debido a la escasa complejidad de la sociedad civil lo que limitaría las resistencias al cambio y que estas sociedades el gobierno de la sociedad estaría sostenido en el dominio y la coerción, por lo tanto se estaría en condiciones de realizar un ataque frontal y desarrollar la nueva organización social y económica. La guerra de posición, estaba más ancladas en los cambios que eran necesarios en una sociedad de tipo occidental, la toma del poder no puede ser resuelta por un golpe de mano, por imperio de la voluntad, necesitaba un largo desarrollo, un asedio al Estado, lleno de avances y retrocesos. Los cambios no están centrados en determinado acontecimiento, sino que es un proceso complejo y contradictorio, requiere disputar consensos, voluntades, sentido común, nuevas instituciones; el sistema de dominación tiene hegemonía, muchas más herramientas para defenderse, más casamatas, más fortalezas construidas en torno al núcleo del poder económico-militar, la sociedad es más compleja, organizaciones y corporaciones empresarias y gremiales, opinión pública con capacidad de lobby y presión periódica.

Los lectores se preguntarán el por qué de este ejercicio; básicamente porque y aquí una de mis hipótesis que quiero contrastar en esta instancia

de debate público, es qué las estrategias movilizadas por los principales liderazgos de la puesta en funcionamiento de la ley, están marcados subjetiva y políticamente por las experiencias realizadas en las provincias del Sur del país, en especial Río Negro y la provincia más austral del país, me estoy refiriendo a Gorbacz, Di Nella y Cohen. En estas provincias –incluida la versión más mediterránea de San Luis– la guerra de movimiento es más verosímil, la construcción de programas y servicios alternativos no se confronta mayormente con estructuras manicomiales centenarias y con presupuestos y corporaciones que exceden largamente las psiquiátricas y el desarrollo de un sistema de seguridad social– clínicas privadas ampliado. Es decir, permanentemente en los espacios de capacitación y de democratización de los contenidos de la ley, los ejemplos de Río Negro, Chubut, San Luis, permiten por un lado mostrar qué es posible una asistencia en salud mental sin manicomios, y en ese punto era estratégico la transmisión de estas experiencias, pero, como diría el Profesor Italiano, por otro lado, la confusión y la simplificación están presentes, ya que ni la estrategia política ni los programas institucionales podrían ser enlatados y trasladados fácilmente como programa de reformas e implementación gradual de la ley al resto de las provincias, especialmente Provincia de Buenos Aires, Provincia de Santa Fe, Provincia de Córdoba, etc.

La pregunta leninista ¿Que hacer con los manicomios? es muy distinta si hace en una provincia pequeña del sur del país, que en las otras provincias que reseñamos, es decir la solución del asalto no es pertinente. La solución del Asedio a todas luces es más realista y exige una dualidad de poderes, retomando algunos de los conceptos de la estrategia política gramsciana. Siguiendo con el ejemplo de la Provincia de Santa Fe, observemos la vigencia y la necesidad institucional del principal manicomio provincial, la Colonia Psiquiátrica de Oliveros¹⁷ dentro de la red de servicios y pro-

gramas de salud mental. En primer lugar, si bien se ha acotado y se han generado toda una serie de medidas para el contralor de las internaciones, la Colonia de Oliveros sigue dando respuesta a las necesidades asistenciales y al acompañamiento de las situaciones críticas de la Ciudad de Rosario, frente a las insuficiencias asistenciales, territoriales y de recursos humanos de los servicios de Salud Mental de la Ciudad de Rosario, es decir, el casi 45% de los pacientes de la Colonia de Oliveros son de la Ciudad de Rosario.

Por sus características estructurales, la Colonia de Oliveros, no puede salir de la lógica manicomial y de las soluciones tradicionales al problema de la locura, más allá de los esfuerzos de una minoría intensa de trabajadores y trabajadoras; masificación de la asistencia, estructura arquitectónica asilar, condiciones degradadas de internación de los pacientes, exclusión geográfica del paciente y por consecuencia de sus familiares, formas de asistencia que si bien tienen reflejos humanitarios, no pueden dejar de esconder cierta función custodial y de seguridad pública, internaciones prolongadas, pequeñas tiranías y corruptelas de los trabajadores subordinados del modelo asistencial ante las dificultades de convivir con la locura y sus reclamos y crisis cotidianas aumentadas por la iatrogenia institucional, falta de presencia regular de las profesiones “fines” por la distancia a su lugar de trabajo, teniendo los y las usuarias atención clínica semanal o quincenal en el mejor de los casos. Esta breve descripción debe ser matizada por toda una serie de programas y reformas parciales, que ha permitido el desarrollo de programas de externación, un trabajo complementario con el ámbito de la atención primaria, una clínica ampliada que ha limitado las formas de asistencia más marcadas por el modelo médico hegemónico e incluido la dimensión socio-cultural en la dinámica asistencial.

Paralelamente una lectura más económico-política, nos permitiría reflexionar sobre nuestras

17. La Colonia Psiquiátrica de Oliveros ubicada en el Departamento Iriondo en la Provincia de Santa Fe, esta ubicada a 65 km de la Ciudad de Rosario y a 110 km de la Ciudad Capital de Santa Fe, teniendo personas internadas de todo el territorio de la Provincia, creada en los años 40, tuvo por función principal en su génesis el tratamiento y rehabilitación de los crónicos derivados de los otros dos Psiquiátricos Públicos de Agudos de la Provincia (Rosario y Santa Fe). Varias gestiones de la transición democrática han generado reformas asistenciales con distinta suerte, últimamente el socialismo ha optado por elegir en la Dirección del Hospital a profesionales que cuentan con el consenso de los trabajadores, cuestión que es valorizada pero que delega en los trabajadores la administración de la crisis del Hospital, cuestión paradójica si se tiene en cuenta que históricamente el socialismo sobre todo en la ciudad de Rosario, en especial en la Atención Primaria, ha formado cuadros sanitarios y políticos de reconocida trayectoria.

expectativas y permitirnos un silogismo y un razonamiento analógico, la desmanicomialización en su desarrollo alternativo a las estructuras manicomiales es lo que la economía social a las estructuras capitalistas. Es decir, si hoy hacemos un corte sincrónico y una radiografía presupuestaria de la Salud Mental en la Provincia de Santa Fe, observaremos y les propongo el ejercicio en el Tribunal de Cuentas, que el 85 % de lo presupuestado, se aboca al mantenimiento de la estructura manicomial¹⁸, y que un porcentaje no menor (35% de los gastos de ese 85%) se lo lleva la industria farmacéutica.

Además otra serie de cuestiones que no son debidamente notadas, es el papel que cumple el manicomio como política social; para un importante porcentaje de pacientes el manicomio ante la falta de otras alternativas, se constituye en una suerte de seguro social, frente a la desocupación crónica, a su expulsión del universo familiar, a la falta de ingresos, a la desafiliación subjetiva y colectiva, poniendo en crisis el principio de *less eligibility*, clásico de las políticas sociales. Política social también para el caso de personas discapacitadas sin cobertura social y con familias con largas historias de pobreza estructural. Sumada a las tareas que sigue proponiendo el poder judicial de controlar y regular más que asistir a las poblaciones desviantes contemporáneas, en especial los jóvenes con graves problemas de consumo de los sectores populares.

Es decir, confrontarnos con el manicomio, exige una voluntad política, económica y asistencial amplia, una guerra de posición y una dualidad de poderes sumamente exigente, es decir, el manicomio permite ciertas reformas, pero si se plantean reformas estructurales, puede suceder en parte lo que sucede en Santa Fe, el sindicalismo tradicional, las fuerzas vivas de las comunidades cercanas en las que el Manicomio es una de las principales fuentes de trabajo, el Senador del Departamen-

to, la industria farmacéutica se levantan en armas como lo hacen notar en cada cambio de gestión política, agitando el fantasma del cierre del Hospital. En consecuencia la voluntad de apoyo político de las gestiones peronistas y socialistas de promover cambios estructurales más sintonizados con los derechos humanos se atenúa para no quebrar los equilibrios políticos ni perturbar los intereses económicos locales.

Dualidad de poderes, decíamos, siguiendo cierta convergencia leninista-gramsciana, los cambios estructurales exigen, como reflexionábamos anteriormente, disputar consensos, voluntades, sentido común, nuevas instituciones; el sistema de dominación tiene hegemonía, muchas más herramientas para defenderse, más casamatas, más fortalezas construidas en torno al núcleo del poder económico-militar, la sociedad es más compleja, organizaciones y corporaciones empresarias y gremiales.

Dualidad de poderes, que supone un largo trabajo de la historia, de capacidades estatales, de políticas públicas, de políticas sociales a favor de las desmanicomialización, instituciones alternativas y que rechace la presentación de soluciones “simplificadas” al problema manicomial.

Debemos hacernos la pregunta, para no simplificar lo complejo, de qué necesidades resolvía y resuelve el manicomio, a veces de forma más o menos tolerante, a veces de forma degradante: necesidades de asistencia en la crisis, necesidades de salud, necesidades de vivienda, necesidades de soporte psico-social, necesidades de ingresos y de trabajo, antes encerradas en el manicomio. La solución sanitarista y binaria- prometida como solución por un porcentaje no menor de los referentes de la salud pública del campo- atención primaria más servicios de salud mental en Hospitales Generales puede seguir conviviendo con el modelo hospitalo-centrico y necesitando para las

18. La tarea de redistribución presupuestaria y administrativa de los manicomios a los nuevos servicios y programas asistenciales es una tarea pendiente y fundamental para la implementación de las reformas estructurales propuestas por la nueva ley de Salud Mental, defender el Hospital público no puede significar defender la economía política manicomial, la estructura presupuestaria se debe adecuar a los nuevos procesos asistenciales. Discutir el “costo” de los derechos no es un problema a delegar en las burocracias, estudiar presupuestos y exigir cambios en los tribunales de cuenta puede ser una contribución mayor en vez de formular demandas maximalistas despreocupadas por encontrar capacidad operativa e institucionalizar los nuevos programas asistenciales o formular demandas minimalistas de administración de la crisis y precarización congénita de los nuevos servicios. Solo un ejemplo, las primeras viviendas compartidas en la ciudad de Rosario por ex pacientes internados, necesitaron de que las garantías propietarias estuvieran a cargo de los directores de los Psiquiátricos Públicos y de la transferencia de fondos a una ONG artificial, ante la falta de normativa legal que permitiera realizarlas al propio Estado Provincial.

situaciones más graves del manicomio y generando desasistencia por falta de soportes sociales.

Algunas conclusiones provisionales desde el derecho al delirio

Hace tiempo que venimos planteando la importancia de la creación de instituciones fuertemente democráticas¹⁹ y no líquidas y precarias para los hombres y mujeres infames, eso plantea la necesidad de creación de centros comunitarios de salud mental (territoriales para combatir la expulsión de la comunidad) y que puedan seriamente acompañar situaciones críticas, de centros y fábricas culturales de asistencia diaria (para que funcionen a la manera de asilo político, económico y cultural); viviendas sociales y acompañamiento a la manera del Sancho Panza que acompaña con algún principio de realidad a los Don Quijotes y sus peleas más o menos imaginarias contra los molinos de viento en su derecho a la ciudad.

Sino se establece este pensamiento estratégico al decir de Mario Testa, es decir combatir el monopolio- queremos decir el manicomio- y sino creamos nuevas formas de "expresión" pública y nuevos medios de comunicación con la locura y las poblaciones desviantes, queremos decir instituciones inventadas²⁰, estaremos convivendo largamente con formas de innovación sin cambio "la era de los dispositivos líquidos" y los consensos problemáticos de una psiquiatría agjiornada. Y sí consideramos, que para ganar esta batalla cultural, política, económica y asistencial, es necesario volver a leer al otro italiano (presen-

te durante gran parte del texto a pesar de su no citación regular, me estoy refiriendo a Basaglia y la experiencia de Trieste). Ahí tenemos pistas teórico-prácticas²¹- a pesar de su mala prensa en el campo psi- que nos pueden acompañar en estos desafíos y en este sentido se torna muy importante el espacio público que se esta generando en la Ciudad de Buenos Aires con las organizaciones de derechos humanos que apoyan la implementación de la ley, los cuadros de la criminología crítica, las organizaciones que defienden el desarrollo del modelo social en el campo de la discapacidad, y las experiencias alternativas en el campo de la salud mental que últimamente vienen sosteniendo un activo diálogo con referentes de la reforma italiana, en especial Franco Rotelli, Diana Mauri, Ota de Leonardis, renovando y ampliando la discusión al interior del movimiento de trabajadores y usuarios, más acá y más allá de su fragmentación.

Consideramos que son referentes teórico prácticos fundamentales para los trabajadores de la salud mental, que nos preguntan y nos cuestionan desde hace tiempo: ¿Cómo hacer sociedad, sin integrar normalizadamente? Desde nuestras perspectivas de clase, profesionales, familiaristas, también cómo entrar y salir de la solución del paradigma sanitarista. Si a la atención, no a la exclusión, no significa entonces y lo podemos decir con la fuerza de los argumentos, que el manual sanitarista se transforme en la puerta de entrada al manicomio: si a la atención en el caso de la salud mental, no significa travestir; equidad, gratuidad, accesibilidad, adonde,- al último recurso- al Manicomio?

19. Recomiendo para ampliar estas argumentaciones sobre la necesidad de instituciones fuertes- y no dispositivos precarizados- el artículo de mi autoría publicado en la Revista Caedra Paralela de la Carrera de Trabajo Social de la UNR titulado "El Estado pavoroso de la locura en la Argentina" (2005), también este argumento sostiene que al orden psiquiátrico hay que reemplazarlo por otro orden, es decir es una disputa entre "ordenes" de sentido y no el orden frente al desorden y desasistencia con que muchas veces es caricaturizada la desmanicomialización en el sentido común de las instituciones psiquiátricas.

20. Como refiere Vasconcelos (2002:42) el modelo asistencial alternativo al modelo médico hegemónico debe transformar las relaciones de poder entre la institución, los usuarios y sus familiares, no solo en la superación de las formas tradicionales de contención, tutela y segregación, sino en formas positivas de participación en los servicios y los tratamientos y particularmente como sujetos activos del proceso de reelaboración del sufrimiento y de "reinvención de la vida. De ahí, que se torna sumamente importante las experiencias embrionarias a nivel nacional que vienen realizando una serie de red de organizaciones de usuarios y familiares en el campo de la salud mental y de la discapacidad (Consultar RED FUV, REDI). Modelo alternativo al modelo médico hegemónico en el que el análisis institucional asume un papel estratégico. en la construcción de un movimiento constante de renovación de todo el sistema de saberes y cuidados, teniendo en cuenta que los nuevos servicios y programas no tienen extra-territorialidad alguna de los aspectos de control y normatización que toda institución de salud y de salud mental, esta llamada a ejercer.

21. Para un tratamiento en detalle de la Reforma Italiana recomendamos la lectura del segundo capítulo del libro "Reformas y Contra-Reformas. Políticas de Salud Mental en Argentina" (2003) publicado por la UNR y "Franco Basaglia" publicado por la Colección dirigida por Hugo Vezzetti del psicoanalista Mario Colucci y el filósofo Pierangolo Di Vittorio. Respecto de las matrices emancipatorias del campo de la salud mental consideramos sumamente importante la construcción de un pluralismo combativo que incluya la tradición italiana, la criminología alternativa, el psicoanálisis crítico frente al pluralismo de mercado de la psiquiatría bio-médica y no funcionar a favor de la fragmentación de las izquierdas, tan presa de los imaginarios de las pequeñas tiranías.

Bibliografía

- Alberdi, J. (2003) *Reformas y Contra-reformas*. Políticas de Salud Mental en Argentina. Editorial U.N.R, Rosario.
- Castel, R. (1980) *La gestión de los riesgos*. Editorial Anagrama, Buenos Aires.
- Galende, E. (2011) *Revista de Salud Mental Comunitaria* Nro. 1. Doctorado en Salud Mental. Universidad Nacional de Lanús.
- Menéndez, E. (2009) *De sujetos, saberes y estructuras*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Colucci M. y Di Vittorio P. (2006) *Franco Basaglia*. Colección Claves, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires
- Vasconcelos, E. (2000) *Salud Mental y Servicio Social*. Editora Cortez, San Pablo.
- Varios Autores (2011) *Panorámicas de la Salud Mental*. EUDEBA, Buenos Aires.
- Varios Autores (2006) *Vidas Arrasadas*. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. CELS, Buenos Aires.

