

## **Entre la salud que tenemos y la salud que queremos. Haciendo y deshaciendo la brecha. Un análisis organizacional: el área de Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. José de San Martín de La Plata.**

Lucrecia Zappa y Nieves Cendrón.

Cita:

Lucrecia Zappa y Nieves Cendrón (2015). *Entre la salud que tenemos y la salud que queremos. Haciendo y deshaciendo la brecha. Un análisis organizacional: el área de Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. José de San Martín de La Plata. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/774>

**“Entre la salud que tenemos y la salud que queremos. Haciendo y deshaciendo la brecha”.**  
**Un análisis organizacional: el área de Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal**  
**General de Agudos ‘Gral. José de San Martín’ de La Plata.”**

Cendrón, Nieves (FaHCE-UNLP) [nievscendron@gmail.com](mailto:nievscendron@gmail.com)

Zappa, Lucrecia (FaHCE-UNLP) [lucrecia.zappa@gmail.com](mailto:lucrecia.zappa@gmail.com)

**Resumen:**

El presente trabajo fue realizado en el marco de la cátedra de Sociología de las Organizaciones de la UNLP en el año 2013. En el mismo, se hace énfasis en el desafío que implica la sanción de la Ley de Salud Mental (N° 26.657) del año 2010 en el Área de Servicio de Salud Mental del Hospital San Martín de La Plata. Para ello adoptamos un enfoque organizacional intentando realizar un diagnóstico del Servicio en clave de los requerimientos de esta nueva ley.

Dentro de este diagnóstico se hace especial hincapié en la dinámica que adquieren las relaciones sociales en este tipo particular de organización y cuáles son las concepciones de la salud que se hayan implícitas en las prácticas. Fueron la observación del espacio físico y la realización de entrevistas a trabajadores del área las técnicas que nos permitieron esta aproximación.

**Palabras claves:** Análisis organizacional – Burocracia Profesional - Salud Mental - Desmanicomialización - Trabajo interdisciplinario.

## **Introducción**

El presente trabajo se realizó en torno al Área de Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A) “General José de San Martín” de la ciudad de La Plata, dependiente del Ministerio de Salud. El mismo es de suma importancia en la provincia de Buenos Aires ya que, formando parte de la Región Sanitaria XI de la provincia, se ubica en uno de los sectores de mayor densidad poblacional, siendo uno de los 39 establecimientos con internación de la región y uno de los 5 hospitales interzonales que, al ser centros de referencia, reciben afluencia de pacientes de toda la provincia.

Hallamos pertinente trabajar la problemática generada en esta área en torno a la nueva Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) promulgada en el mes de noviembre del año 2010. Detectando el desafío que significa su aplicación en el Servicio de Salud Mental en el año 2013, hacemos especial hincapié en las tensiones que se dan entre los distintos actores al interior del área, intentando rastrear sus valoraciones y modos de desenvolverse tanto en la organización, como frente a la nueva ley. Sostenemos como hipótesis que la exigencia de aplicación de la Ley de Salud Mental en el Servicio explicita las tensiones entre los distintos actores al interior a la vez que pone de manifiesto la distancia entre los requerimientos materiales y profesionales de la ley y los recursos existentes.

Se propone de esta manera, un enfoque organizacional intentando realizar un diagnóstico del Servicio en clave de los requerimientos de esta nueva ley.

En cuanto a lo metodológico, hemos utilizado un enfoque de tipo cualitativo o “no estándar”. Siguiendo a Marradi, Archenti y Piovani (2010) entendemos que este modo de abordar la realidad se caracteriza por centrarse en los procesos de construcción y transformación de significados y de sentidos, siempre enmarcados en un contexto, en este caso, en las distintas relaciones que tienen lugar dentro de la estructura organizacional (el Área de Servicio de Salud Mental), como también en el entorno más próximo e influyente (la nueva Ley de Salud Mental).

Desde un comienzo y hasta el final de este proyecto, el diseño mantuvo un carácter flexible. Referimos con esto a la posibilidad permanente de modificar decisiones tomadas con anterioridad en la investigación por la influencia de un mayor acercamiento adquirido, con el paso del tiempo, a la organización en cuestión. Esta puesta en relación de las distintas instancias que se influyen mutuamente es el producto de un diseño, además de flexible, interactivo.

Desde esta perspectiva buscamos indagar cual es la dinámica que adquiere la organización del trabajo y las relaciones sociales del área en el contexto de la sanción de la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Para lograr obtener la información necesaria para esta propuesta de trabajo utilizamos dos modos diferentes de acceso al Servicio de Salud Mental, uno a través de la dirección del área (formal, desde dentro de la organización) y otro a través de los residentes de la misma (informal, por fuera de la organización).

Entonces, una vez negociado el “acceso al campo”, las técnicas elegidas para la recolección de datos podían ya ser aplicadas, puestas en marcha. Las mismas fueron las que permitieron la obtención de información relevante para la investigación en cuestión. Dos fueron las técnicas combinadas, la observación y la entrevista.

Está claro que todas las elecciones y decisiones que se toman en un estudio organizacional influyen en el diagnóstico, en las conclusiones que se saquen; además, se debe tener en cuenta que las elecciones no son hechas al azar, sino que reflejan el modo en que el investigador configura ese recorte de la realidad.

Comenzaremos presentando la nueva legislación y, específicamente, qué exigencias de la misma afectarían al Servicio. A continuación describiremos los objetivos de la organización, la tarea que lleva adelante, haciendo hincapié en su estructura organizativa, para así, poder enmarcar el análisis de las relaciones que se dan entre los trabajadores y trabajadoras.

Esperamos, al finalizar este recorrido, poder identificar los puntos conflictivos de la aplicación de la ley que generan disputas entre los trabajadores, y cómo estas disputas se corresponden con ciertos intereses que trascienden al propio Servicio.

### **La nueva Ley Nacional de Salud Mental: hacia un nuevo paradigma** .

Los años noventa implicaron una serie de transformaciones en el campo de la Salud Mental en la Argentina. La aplicación de políticas neoliberales impactó por un lado en el vaciamiento del sistema público de salud, a la vez que favoreció la emergencia de nuevos padecimientos mentales vinculados a los problemas del empleo y la desintegración social. Esto dio lugar al desarrollo de estrategias alternativas y comunitarias de atención, y a su vez a la

proliferación de debates respecto a los determinantes socio-económicos en los procesos de salud mental. De esta manera, el *modelo médico hegemónico* (biologicista y ahistórico) perdió la centralidad explicativa que otrora tenía, entrando en crisis y resultando ineficaz frente a los nuevos problemas sociales. El desarrollo de sistemas alternativos al hegemónico implicó la democratización de las relaciones terapéuticas y la disolución del rol del profesional como poseedor exclusivo del saber. (Menéndez, 1984)

Es en este marco que entendemos la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el año 2010, ya que pone en el centro la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental, entendiendo a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Los puntos de la ley que resultan centrales para el análisis que proponemos son: la desmanicomialización y el abordaje interdisciplinario de la atención-promoción de la salud mental. La posibilidad de que estas transformaciones se hagan efectivas, está vinculada a que se garanticen una serie de recursos materiales y disciplinares, y estos están a su vez vinculados con las pujas de poder entre los distintos actores involucrados.

Siguiendo la ley en su art. 27, la desmanicomialización implica que las internaciones deberán ser solo en casos en que el cuadro del paciente implique riesgos para su vida o la de terceros, y deberá ser por un periodo de tiempo lo más acotado posible, en hospitales generales, o centros de día. La desmanicomialización a su vez se propone que el sujeto se recupere en su contexto cotidiano.

Respecto de la interdisciplina, el art. 8 de la ley indica que debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Un avance en este sentido, daría lugar al descentramiento de la hegemonía de la psiquiatría.

### **Análisis organizacional**

Para avanzar en el análisis organizacional del área, es necesario definir los aspectos de la estructura organizacional y las tareas que se llevan a cabo, íntimamente relacionadas con el proyecto de la misma (Schelemenson, 1990). Podemos comenzar dando cuenta que el Servicio de salud Mental del San Martín brinda atención esencialmente a pacientes con problemáticas

agudas, con el objetivo de lograr estabilizar una situación crítica. Es decir, que se trata de un hospital polivalente y no de un monovalente de Salud Mental, complejizándose así su estructura y condiciones del área.

A partir de las entrevistas realizadas logramos identificar que las tres grandes actividades que se llevan adelante son:

- Atención a través de consultorios externos.
- Guardia permanente.
- Servicio de internación (sala), que cuenta con 10 camas, donde se internan pacientes en estado crítico que permanecen de 30 a 45 días en el hospital.

Quienes realizan cada una de estas tareas podrían dividirse en dos grandes grupos entre los que se cubren las guardias, por un lado aquellos que conforman la planta permanente (psiquiatras, psicólogos y enfermeros) y por otro aquellos que realizan la residencia (psicólogos y psiquiatras). Siendo esta la arista formativa que permite obtener la especialidad.

Además de encontrarse en el servicio las profesiones de psiquiatría, psicología y enfermería, el área también cuenta con el trabajo conjunto de profesores de educación física, trabajadores sociales, musicoterapeutas y terapistas ocupacionales. Sin embargo hay que destacar el carácter principal que tienen los psiquiatras y los psicólogos ya que son quienes determinan la admisión y persistencia en la internación. Este es uno de los puntos conflictivos que pueden hallarse en el área ya que históricamente la decisión final para la internación la tiene el psiquiatra, aunque el diagnóstico y tratamiento sea realizado interdisciplinariamente. A partir de la sanción de la ley, formalmente, la decisión también está en manos de un psicólogo, aunque de hecho sigue siendo tomada por psiquiatras. Un ejemplo de esto es que las guardias son cubiertas solamente por médicos psiquiatras (no psicólogos).

De las tres entrevistas que realizamos dos fueron a residentes de psiquiatría. La residencia tiene una duración de 3 años durante los que se forman a la vez que trabajan. Son 11 los residentes de psiquiatría, de los cuales 7, nos cuentan los entrevistados, participan en distintas organizaciones políticas y militan la salud (dato que no es menor a la hora de tener presente las disputas por la ley). El primer entrevistado se encuentra realizando su primer año de residencia (a partir de ahora “R1”, como ellos se autodenominan), y el segundo, su segundo año (“R2”). La tercera entrevista la realizamos con la jefa del servicio, quien lleva una trayectoria de 28 años de trabajo en el hospital, llegando a ser jefa 14 de ellos. También tuvimos la oportunidad de establecer una charla más informal con uno de los médicos de planta que ingresó a la oficina de

la jefa mientras la entrevistábamos y se mostró muy interesado en el tema y en darnos su punto de vista al respecto.

Al observar el espacio físico del servicio pudimos comenzar a dar cuenta de la situación conflictiva del área. Ubicada en el primer subsuelo del hospital, un lugar alejado, oscuro, con techos muy bajos; un lugar a donde llegamos después de atravesar dos larguísimos pasillos en penumbras, baños muy sucios y con fuerte olor, y puertas con pequeñas rejas en las ventanas. En la entrada del servicio nos encontramos con una gran puerta que indica ser alguna sala de máquinas, o algún generador de electricidad con carteles que indican “peligro”. El Área de Salud Mental es pequeña, muy calefaccionada y falta de aire. Un residente nos cuenta que esa zona no fue pensada para que funcione un área de tales características, sino que era un espacio pensado para clínica. Los tres entrevistados hicieron hincapié en la cuestión de las falencias, las pésimas condiciones de la infraestructura del lugar de trabajo y las faltas de recursos para poder llevar a cabo de manera correcta las tareas.

*“¿Cómo se entiende que un lugar en donde hay pacientes de estas condiciones tan delicadas haya estas condiciones, que estemos en un subsuelo encerrados, sin luz del sol ni aire para respirar, moverse, caminar!” (Jefa)*

*“la semana pasada casi se muere una paciente mía: la puerta de la guardia estaba rota, ella se metió y se tomó un montón de pastillas, casi se muere. Además hay cables en mal estado (...) las condiciones de laburo son pobrísimas. La dirección dijo que se iba a cerrar la sala de internación para remodelarla. Para mí no pueden cerrar la sala. Hay pacientes con criterio de internación que no pueden quedarse porque no hay lugar, no hay camas (...) se internan nada más los que están imposibles. Una sala de salud mental tiene que tener un montón de condiciones que hoy no están (...) Hay un proyecto del Ministerio aprobado, que no se hace, no le destinan presupuesto” (R2)*

*“...tenemos 10 camas, ¡10 camas! Hay que rebuscárselas, por el sólo fin de salvar la vida de nuestros pacientes. A veces a algunos tenemos que tirarles un colchón en el piso. El que está más sano la paga pobre, tiene que dormir en el piso porque los que están peor no pueden hacerlo. Además cuando se desborda Romero, o hay algún problema, todo deriva acá. Somos derivación de toda la región. Es muchísimo, y las condiciones no están. Pero bueno, nosotros tenemos el compromiso. La vocación (...). Yo amo el hospital, pero me cansa” (Jefa)*

En este sentido tras la falta de recursos y condiciones los actores buscan crear estrategias que escapen de lo formal (las tareas establecidas) para poder mejorar la situación de los pacientes (Crojethovic, 2010).

Resulta relevante señalar que esta situación además de ser una característica más bien general de la salud pública, es una característica propia, según los entrevistados, del área de salud mental. Así los actores que componen esta área se encuentran en una red de tensiones en relación a otros sectores de la organización, tanto a la dirección del hospital como otros sectores de atención especializada del hospital.

*“Nosotros históricamente tenemos pica con diferentes áreas del hospital, no nos quieren. Acá no nos dan recursos, y así como estamos en el subsuelo nadie nos quiere. Nos han querido sacar, mandarnos al Dique, pero bien que cuando nos necesitan nos llaman (...)”* (Jefa)

En cuanto a la dirección del hospital, los actores hicieron énfasis en que son cargos “totalmente políticos”, y que no tienen un compromiso con la situación real de los trabajadores y pacientes del hospital. *“Depende mucho de lo político. El Ministerio baja muchísima línea, no se filtra nada de nada. La dirección en algunas cosas es abierta pero en otras no, no filtran nada de lo que se baja desde arriba”* (Jefa)

Mientras la jefa del área hace hincapié en que la falta de recursos y estas condiciones se deben a que la dirección del hospital *“compra poco y barato, nos tienen olvidados...”*, uno de los residentes complejiza un poco más este problema; comenta que estas condiciones serían responsabilidad de los médicos de planta, la jefa de servicio, la dirección del hospital y el Ministerio. Se debe a una falta de insistencia de éstos a la hora de reclamar los recursos, que en definitiva no sufren tanto como los residentes. Esto lo argumenta comentando que algunos de estos actores trabajan muchas menos horas de lo que deberían hacerlo, y los residentes son los que viven en el día a día estas condiciones, por lo cual son los más movilizadas.

Podemos así decir que se conforma y establece, haciéndose explícito, un *campo* (Bourdieu, 1990) compuesto por diferentes actores que se relacionan, con distintos grados de tensión, y luchan por su posición en el mismo. Se establece un *campo de discusión*, en donde se inscriben una multiplicidad de luchas multiformes que erosionan o fortalecen el orden establecido (Abal Medina, 2004), lo cual hace alusión a la concepción de Bourdieu de *herejía* o *conservación*



como estrategias de los actores en el campo. Nos sirve pensar, también, el concepto de *cadena de poder* que propone Foucault (1989), en donde plantea que diferentes actores se posicionan, en diferentes momentos, como *víctimas* o *victimarios* según la situación a la que se enfrenten y ante quien se confronten. Lo pensamos para poder englobar y comprender diferentes cadenas de poder que van desde el Estado (que no es el único que emana poder de manera unilateral), hasta la dirección del hospital, los jefes, etc. Vemos en las tres entrevistas que nadie cuestiona a quien está por debajo de su posición, sino que cada uno cuestiona y complejiza a quien tiene por encima en escala de responsabilidades y jerarquías; el residente alude en general en primer lugar a la jefa, la jefa a la dirección del hospital, al Ministerio o al Estado en su multiplicidad de manifestaciones. Es en este sentido es posible visualizar distintas cadenas o escalas de poder.

Por un lado, al focalizar en los cargos jerárquicos del área, se evidencia que nos encontramos ante un típico problema de las *burocracias profesionales* (Mintzberg, 1992) donde quienes tienen el poder de establecer las reglas e impartir órdenes se encuentran por fuera de la organización. Esto genera un conflicto con los profesionales ya que son portadores de un saber especializado que les otorga autonomía, cuentan con la experiencia de trabajo cotidiano en el hospital, y son, en última instancia, quienes perciben más el día a día de la organización.

*“Hemos tenido miles de problemas nos dice la jefa, con jueces y con la justicia. Es muy delicado. En un momento nos pusieron bajo apercibimiento, en cualquier momento podían llevarnos en cana si algo salía mal o si no “queríamos” aceptar el ingreso de un paciente. No es que no queramos, ¿cómo podría ser? Es que no podemos, tenemos 10 camas (...) Un día fui a hablar con un juez para explicarle que no podíamos recibir a un paciente, y ¿saben lo que me dijo? ‘señora, usted tiene que hacer lo que yo le digo’ ‘Con esta gente no se puede hablar’”. (Jefa)*

Por otro lado, en un eslabón más abajo de esta escala de poder, encontramos diferentes tensiones al interior del servicio; ambos residentes nos cuentan de problemas y confrontaciones permanentes entre la residencia y la planta.

Podemos detectar que son los residentes quienes buscan alternativas a la forma de llevar el trabajo cotidianamente, intentando dar transformaciones más radicales que quienes ya tienen una mayor trayectoria en el área. Es así que este grupo de trabajadores se hallan dentro del *campo* del espacio de trabajo llevando a cabo estrategias de *herejía*, buscando subvertir el ordenamiento que sostienen y reproducen quienes se encuentran en una posición de mayor poder.

*“Entre las propuestas concretas de socialización de los pacientes solamente contamos con dos opciones en el servicio: el hospital de día, que no todos cuentan con ese perfil, o también otra propuesta de tinte más económico, que también es uno de las principales limitantes de los pacientes, que es hacerle un certificado de discapacidad para cobrar un subsidio de mil pesos por mes y tener un pase de colectivo (...) En la búsqueda de propuestas alternativas para los pacientes desde la residencia de psiquiatría y trabajo social propusimos hacer un productivo de lavadero en el hospital y la jefa del servicio nos cajoneó el proyecto (...) hay un interés en hacer algo distinto, son cosas que nacen de los residentes (...) También elevamos un pedido a la dirección para que se cree un patio para que los pacientes puedan estar un poco al aire libre...”*

(R2)

*“Gracias a la disputa que vienen dando los residentes, a diferencia de otras residencias de salud mental, se puede rotar por el centro de día. Por otro lado, los residentes de psiquiatría venimos peleando por ampliar los espacios de rotación y las prácticas entendidas de ‘psiquiatría’ desde los intersticios (...) También estamos elaborando un proyecto en el centro de día para hacer una biblioteca-taller” (R1)*

Haciendo hincapié en las diferencias que encontramos entre las visiones del poder de los trabajadores más nuevos (los residentes) y quienes tienen una mayor trayectoria (la jefa y el médico de planta) destacamos la postura que demostró tener la jefa del servicio frente a los proyectos que se proponen, haciendo énfasis en las trabas que existen desde la dirección a la posibilidad de cambios en el servicio.

Finalmente, hemos identificado otra dimensión esencial para detectar cómo se desarrolla el poder en las diferentes relaciones en el área. Es así que, pasando de una dimensión vertical a otra de carácter más horizontal, nos centramos en el trabajo interdisciplinario como otro eje conflictivo del área y de la ley. Conflictos que no sólo pueden observarse entre las distintas disciplinas que trabajan en conjunto, sino también al interior de cada disciplina.

En lo que respecta a lo interdisciplinario, el conflicto surge a raíz de lo que se considera históricamente propio de cada disciplina en particular, en este caso de la medicina. El hospital puede ser visto como un patrimonio propio de los médicos, que ha tenido que empezar a abrirse a otras disciplinas, lo que comienza a cuestionar la hegemonía única de ciertos actores, de modo que implica que puedan surgir nuevas tensiones.

*“Tengo una cuestión personal con los psicólogos, los psicólogos laburan poco, son todos ultralacanianos, muy ortodoxos, no se puede construir con ellos. Yo pensaba que los psicólogos iban a tener una mirada más contrahegemónica que la de la formación médica que yo tuve, pero no lo logré. Vienen a formarse acá sólo para tener después un consultorio privado” (R2)*

La jefa del servicio nos comentó que *“de toda la vida”* se vienen organizando, elaborando equipos interdisciplinarios, que han logrado, a pesar de las diferencias, un buen trabajo en común; *“hemos logrado muchos avances juntos, si no hay trabajo sincero en equipo el que termina padeciéndolo todo es el paciente (...)”*. A su vez cabe recordar, complejizando el tema, los comentarios recibidos acerca de las diferentes responsabilidades y decisiones que tienen las disciplinas en cuestiones prácticas como la internación. Siguen teniendo más peso las decisiones de los psiquiatras, de hecho, a nivel formal, se dificulta la participación en las guardias de profesionales de otras disciplinas.

En cuanto a los conflictos intradisciplinarios, cobra relevancia nombrar otro actor que se suma a esta trama relacional conflictiva. Se trata de los laboratorios médicos, organizaciones privadas y con fines económicos, que con tanto ímpetu nos mencionan los residentes. Informándonos acerca de la gran influencia que tienen en su trabajo y hasta en su propia formación.

*“Entrás y te sentís ultrajado. Los visitantes te quieren regalar libros, medicamentos y hasta compiten para llevarte a los congresos, te ofrecen transporte y hoteles, como los coordinadores de los viajes de egresados. Y eso no es todo, porque uno necesita ir al congreso para ganar puntos y tener la especialidad, y a la vez se te genera la contradicción de que te dan un medicamento que necesita tu paciente, que el hospital no te lo provee, y vos lo tenés que agarrar. Es terrible, cuando te das cuenta estás metido en el medio, lo vas naturalizando.” (R2)*

Esta disputa debe a su vez en enmarcarse en la dimensión ideológica de la ley y de la organización, dando cuenta el peso fundamental que tienen las diversas concepciones de base de la salud de los profesionales en el rumbo que toman estos conflictos. En este caso los residentes, aunque contemplan el factor biológico del estado de los pacientes (en relación directa con la utilización de la medicación), conciben y dan mucha importancia a factores económicos, políticos y sociales como determinantes del estado saludable o no del paciente. De esta manera, se oponen

a la concepción de salud mental tradicional que, ellos sostienen, tienen los médicos de mayor trayectoria en el hospital, que dan mayor relevancia a los medicamentos a la hora de brindar apoyo a los pacientes.

Es central entonces, dar cuenta del aspecto ideológico que se haya detrás de estas discusiones y que están estrechamente relacionadas con la concepción de salud que se establece en la nueva ley de Salud Mental, y que condensamos en el eje de la desmanicomialización y el abordaje interdisciplinario de la salud.

En este punto destacamos que aunque desde lo discursivo, tanto los residentes como los médicos de planta, se posicionaron a favor de la concepción ideológica que tiene como base la ley en lo referido a la salud, desde lo práctico hemos identificado algunas diferencias. Para ser más específicas, los residentes, según nos cuentan, día a día llevan a cabo acciones y proyectos en estrecha relación con la nueva ley, mientras que no ocurre lo mismo con los médicos de planta. Esto nos permite pensar que hay que buscar conclusiones que vayan más allá de lo discursivo.

En este sentido resulta relevante presentar, junto con Rosendo (2011), dos tipos de posicionamientos que, analíticamente, pueden presentarse frente a la ley. Por un lado quienes consideran que la nueva ley introduce un cambio de paradigma, de modo que avanza sobre la garantía de derechos básicos de los pacientes, y a su vez, obliga al Estado a velar por estos derechos y brindar todos los recursos necesarios para su funcionamiento. Por otro lado se encuentran quienes argumentan que sólo sanciona transformaciones que ya se venían implementando o derechos que ya se encontraban en vigencia o, al menos, incorporados en legislaciones previas. Estas posturas son, justamente, las que encontramos presentes en nuestros entrevistados.

*“La ley es impracticable. La bajan desde un escritorio personas que nunca en su vida pasaron por un hospital. No hay recursos para llevarla a cabo.(...) El trabajo interdisciplinario que plantea no es ninguna novedad, hace 25 años lo llevamos a cabo. Pero está hecha creo yo, desde el total prejuicio. Sí, está hecha desde el prejuicio de alguien que no recorrió una institución pública.(...) El prejuicio viejo y mal fundado de que los psiquiatras somos malos y que maltratamos a nuestros pacientes. No es así. Y lo que te exige acá el estado no te lo da nadie, no te lo da el Estado, no existe. Se ponen como si a nosotros nos gustara tener pacientes internados acá, o no recibirlos, cuando lo que hacemos es trabajar para curarlos (...) Ideológicamente acepto la ley, casi todos sus puntos. Acepto que no haya manicomios (“obvio” agrega la jefa), pero el Estado*

*debe generar recursos para suplantarlos, para lograrlo. Todos acordamos, ¿pero? Hay que evaluar los recursos y la necesidad”.* (Médico de planta)

Nuevamente vemos aquí el fenómeno propio de las *burocracias profesionales* (Mintzberg, 1992), donde las normativas y reglas son generadas desde el exterior de la organización, por lo cual los médicos sienten esa exterioridad y cuestionan que quienes las piensan y diseñan tengan más poder que quienes realmente conocen la organización desde adentro. Más allá de las diferentes posturas planteadas en torno a la ley, todos coinciden en que los conflictos generados en torno a ella, develan en realidad una problemática de la salud pública en general; se exige desde el Estado condiciones que no pueden cumplirse por las mismas trabas y deficiencias del sector público. Así los entrevistados, dieron cuenta de cuáles son para ellos específicamente estas falencias, haciendo mucho hincapié en que la cuestión de la interdisciplinariedad no puede saldarse debido a lo difícil que es, por ejemplo, que salgan cargos de guardia, enfatizando en que sólo existe un cargo de psiquiatra de guardia, y hace sólo un mes salió uno de psicólogo. Además, hay grandes faltas de medicamentos, lo cual impide que se lleve a cabo una elección más libre por parte del paciente de qué droga utilizar, y en lo que respecta a las comunicaciones que deben efectuarse (con la familia, con la justicia) no pueden establecerse por falta de medios de comunicación en el servicio. Por lo que desde la misma ley se estarían exigiendo condiciones que ensanchan el bloque de necesidades de la salud pública en general y de los hospitales en particular, sin que estén satisfechas las condiciones más básicas para llevar adelante el trabajo y la atención médica tradicional.

### **Algunas conclusiones**

Como ya pusimos de manifiesto, dos ejes fundamentales de la nueva ley (la desmanicomialización y el trabajo interdisciplinario) estructuraron el análisis permitiéndonos arribar a algunas conclusiones.

El análisis realizado nos permite visualizar una clara distancia entre aquello a lo que la ley aspira y las posibilidades materiales para su concreción. Es esta distancia entre los requerimientos materiales y disciplinares la que es pensada de distintas maneras por los actores que están al interior del servicio tanto por los residentes como por la jefa y médicos de planta. Es decir, hay algunos de estos aspectos problemáticos que son pensados de diversas formas, identificando o haciendo énfasis en distintos problemas y proponiendo diferentes estrategias en su intento cotidiano de solucionarlos.

Dentro del eje de desmanicomialización identificamos como unos de los rasgos más importantes a aquel que apunta a la inclusión social de las personas con padecimiento mental a través de la generación de dispositivos de externación. Es este justamente el que vemos, tiene menos posibilidades de ser viable, siendo el que está más desfinanciado. Ante esto los residentes intentan desde el llano crear proyectos en este sentido, así como el lavadero (posibilidad de trabajo para los pacientes), la rotación de los residentes por el centro de día y el de la creación de un patio para mejorar las condiciones de quienes allí se encuentran internados. Por el contrario, este problema no aparece como principal en el discurso de la jefa del servicio, ya que la misma no ha hecho referencia al después de la internación o atención, considerando que lo central es la falta de medicamentos en el servicio, las condiciones de la infraestructura y el escaso presupuesto.

Estas diferencias, creemos, evidencian distintas formas de pensar la salud, de concebir a la misma. Por un lado la de la jefa, así como la de los médicos de planta, se encuentra más vinculada a salvar la vida del paciente en el aquí y ahora, en la que lo importante es solucionar la atención en el momento. Por otro lado, la concepción de los residentes, que hacen más hincapié en el momento posterior a esa atención primaria. En esta última prima una preocupación integral de la salud de los pacientes, lo que significa concebir a la misma como producto de la conjugación de distintos factores, como multicausal. Para ellos no basta con la atención en el Servicio y van más allá, incluyen los determinantes socio-económicos como relevantes para la construcción de la Salud Mental.

En cuanto al requerimiento de un abordaje interdisciplinario la jefa hizo hincapié en que ya se viene dando hace años, resaltando que este aspecto de la Ley no implica novedad alguna. Ahora, los residentes presentan un modo distinto de pensar la interdisciplina, ya que no lo ven como un problema resuelto. Los mismos resaltan que más allá de que el trabajo en grupo tiene lugar, están lejos de llevar a cabo en el servicio un abordaje interdisciplinar de la Salud Mental.

Un abordaje del padecimiento mental que incluya todos los determinantes que hacen a la salud requiere de una determinada formación disciplinar que los contemple y que no conciba un saber específico como únicamente válido. En este sentido consideramos como central a la hora de generar cambios que vayan en esta dirección la necesidad de problematizar la formación de los distintos profesionales involucrados.

Son estos actores los que, con sus acciones y discursos, hacen y deshacen esta distancia, esta brecha entre lo que la Ley exige y las condiciones materiales y disciplinares existentes. Cada uno de estos actores, desde sus respectivas posiciones de poder y con unos determinados recursos

y posibilidades de acción son los que transforman o reproducen esta brecha. En este sentido, a la hora de analizar esta problemática es de suma importancia tener presente que estas actuaciones están motivadas por distintos intereses económicos, políticos e ideológicos en juego en el contexto y que tienen su correlato dentro de la organización.

### **Alcances y limitaciones**\_\_\_\_\_.

Al ser, este trabajo, una aproximación que permite trazar algunos ejes para analizar la problemática en torno a la aplicación de la ley en un caso concreto, nos damos un espacio para realizar algunas reflexiones en torno al proceso de investigación, sus alcances y sus limitaciones. En cuanto a lo metodológico, consideramos que enriquecería el análisis en cuestión contar con entrevistas a trabajadores sociales, otros médicos de planta, psicólogos, otras profesiones, pacientes y otras jerarquías intermedias, que nos permitan ampliar el panorama y sus diversas aristas. A su vez la utilización de un enfoque cualitativo únicamente basado en la observación y realización de entrevistas se torna una limitación, pudiendo ser de gran ayuda y base empírica para el análisis el acceso a documentos y archivos de la organización, tales como organigramas, estadísticas o datos históricos del área. Finalmente, consideramos necesario profundizar en el estudio de las prácticas efectivas que llevan adelante los médicos del área para su contrastación con el aspecto discursivo analizado en este trabajo. En lo que respecta al marco teórico elegido, consideramos de suma importancia un rastreo más extenso de las diferentes movilizaciones en torno a la lucha por el nuevo paradigma de la salud mental y la consecuente sanción de la ley, es decir el camino previo recorrido.

De todas formas destacamos el alcance que posee el enfoque organizacional propuesto en base a las dimensiones organizacionales de Schlemenson (1990). Este abordaje permite establecer un rango de jerarquías, un recorte sobre qué observar, en el análisis de las organizaciones y sus problemáticas en la investigación social y como una práctica profesional efectiva de la sociología.

## **bibliografía** .

- Abal Medina, Paula (2004). Los dispositivos de control como mecanismos inhibidores de la identidad colectiva. Un estudio de caso en grandes cadenas de supermercados”, en Battistini, Osvaldo (comp.), El trabajo frente al espejo. Continuidad, Prometeo, Buenos Aires.
- Bourdieu, y Wacquant, Loïc (2005), Una Invitación a la Sociología Reflexiva, Buenos Aires, Editorial Siglo XXI.
- Coller, X. y Garvía, R. (2004), Análisis de organizaciones, Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI, Madrid.
- Crojethovic, María (2010). “El efecto de la informalidad en la dinámica organizacional. El análisis de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires.” En VI Jornadas de Sociología de la UNLP, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP. La Plata.
- Fernández, Graciela: “La Observación y el Registro en el Ámbito Institucional”, en Corbalán de Mezzano A. Institucionalistas Trabajando., Buenos Aires: Editorial EUDEBA, 2000.
- Foucault, Michel (1989). Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión, Siglo XXI, 17a edición, Buenos Aires.
- Krieger, Mario (2001). Sociología de las organizaciones, edic. Prentice Hall; Buenos Aires.
- Marradi, A.; Archenti, N. y Piovani, J. I. (2010), Metodología de las Ciencias Sociales. Buenos Aires.
- Menéndez, Eduardo (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, I.N.A.H., México.
- Mintzberg, Henry (1992). Diseño de organizaciones eficientes. Ed. El Ateneo, Argentina.



- Petit, Francois (1984). *Psicosociología de las Organizaciones. Introducción a sus fundamentos teóricos y metodológicos*. Barcelona: Herder, Biblioteca de Psicosociología N° 13, 1984.
- Rosendo, Ernestina (2011) “Desafíos en la implementación de la Ley Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley N° 26.657). Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. USAL.
- Schlemenson, Aldo (1990). *La perspectiva ética en el análisis organizacional*”. Buenos Aires: Paidós.
- Ley Nacional de Salud Mental n° 26657, 2010.
- Internet. Pagina del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires:  
<http://www.ms.gba.gov.ar/>