

*Nuestro agradecimiento a Isis Milanese,
por abrirnos las puertas a su trabajo, testimonio de:
esas mínimas acciones cotidianas
que nos van constituyendo como alguien singular,
que constituyen espacios donde habitar.*

*In memoriam de Alberto Ascolani:
Hablar de instituciones lo evoca, lo trae, lo hace presente.
Fue él quien interrogó nuestras propias institucionalizaciones
y abrió un camino con su particular enseñanza, con su estilo.
Probablemente muchos de los que acá escriben no sepan
cuánto de eso escrito está signado por la trasmisión de Alberto...
Nosotros sí.*

*Alberto: la Interhospitalaria te saluda con un abrazo de compañeros
que miran hacia atrás solo un momento porque saben que espera
un camino arduo, saben que llevan como equipaje algunas preguntas
que no se transforman en contraseña y que nos sirven
para reconocernos en una historia de transmisiones que
por uno u otro lado nos llevan a encontrarnos con vos.*



NOTA EDITORIAL

A los cuarenta años, apresado en tiempos del fascismo italiano, escribe en la cárcel, en cuadernos escolares, que el imperio capitalista obtiene consenso activo de los gobernados. Que domina, sin coerción, imponiendo modos de vivir, de sentir, de desear, de amar, de comer, de festejar, de votar. Que impone no solo persuadiendo, sino pariendo esas imposiciones como gustos y opiniones libres

(Percia, 2017: 148)

Abrimos evocando con Percia la figura de Gramsci apresado en una institución total en tiempos del fascismo, diciéndonos cómo la dominación por consenso impone una idea de libertad. ¿Sería una repetición (en su diferencia) de la “ilusión de libertad” que proponía Cabred? ¿Cómo retorna esa ilusión de libertad? Institución total y libertad parecieran no siempre estar en disyunción. Tiempos de oscuridad

Resulta difícil hoy, año 2020, año de la pandemia Covid-19, escribir acerca de la libertad que reclaman las luchas contra los encierros manicomiales, cuando la utilización del discurso de la “libertad individual” atenta contra el sostenimiento de cuidados necesarios y empuja a poner esa libertad de mercado como único valor, deslizándose hacia una propuesta de inmunidad de rebaño. Propuesta que muestra en el orillo una indisimulada intencionalidad: “que mueran los que tienen que morir”. Claro ¿quiénes son los que *tienen* que morir? Mora Jiménez (2020) refiere que en 1981 Hayek –maestro del neoliberalismo– declara en el diario El Mercurio de Chile que una sociedad libre no puede garantizar la manutención de todas las vidas, podría ser necesario sacrificar vidas individuales para preservar un número mayor de otras vidas. Dice Mora Jiménez que Hayek intenta ocultar lo que Adam Smith reconocía: que las víctimas no son aleatorias. (Mora Jiménez, 2020) Este darwinismo social nos resulta tristemente conocido. Es precisamente un común denominador de las más variadas formas de exterminio, de genocidios del cual podemos hacer una lista que se sigue engrosando, desde pueblos originarios, desaparecidos, encerrados, expulsados de sus propias vidas o como los llama Foucault: homicidios.

“cuando hablo de homicidio no pienso simplemente en el asesinato directo, sino todo lo que puede ser también muerte indirecta: el hecho de exponer a la muerte o de multiplicar para algunos el riesgo de muerte, o más simplemente la muerte política, la expulsión” (1992:183).

Los que *tienen que morir* pasan a ser aquellos sin nombre y sin responsables por su muerte. Esa transformación desde ese impersonal a nominarlo como homicidio abre un espacio que innumerables luchas han inscripto en nuestras memorias: el de la responsabilidad, esa que deci-

mos hoy se borra detrás de la libertad de mercado.

Institución total y responsabilidad están en disyunción.

¿Cómo hablar de desmanicomialización sin que la libertad y la responsabilidad sean convocadas en el horizonte?

La desinstitucionalización es un proceso que generalmente asociamos al de desmanicomialización si bien sus prácticas y consecuencias convocan interrogantes mucho más amplios que parten del concepto de institución total. (Cúneo, 2015)

La desmanicomialización pone en cuestión la existencia de esos engendros de encierro, tutela, discriminación, segregación, punición, exclusión habilitada por la ciencia de la “normalidad”. Desde aquí el manicomio no es sólo “una” institución en el listado de las instituciones. Es un paradigma de tratamiento de la diferencia que derrama en toda la sociedad.

La Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM)¹ en su artículo 27 prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados.

El Decreto Reglamentario de dicho artículo 27:

“La autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020” (p. 86–87).

Es por ello que este número 4 de la Revista Barquitos Pintados del año 2020 no podría dejar de convocarnos a pensar, a pensarnos en esta apuesta que no es sólo un plazo, es un deber ético–político.

¿Cómo trabajamos, cómo construimos desde nuestros lugares como trabajadores–as de efectores de provincia, municipalidad, como trabajadores–as de la universidad pública, como militantes de organizaciones comunitarias, como integrantes de colectivos de trabajadores–as, de colectivos de usuarios–as? ¿Cómo producimos acumulaciones en la lucha por la hegemonía de los modos de tratamiento de la alteridad y de las extranjeridades, incluyendo las propias extranjeridades que constituyen nuestras locuras? Modos de tratamientos que no descuiden el sufrimiento del–a otro–a pero que no hagan de ese sufrimiento el lugar de la diferencia.

Es allí donde desmanicomializar alude a desinstitucionalizar desde nuestros trabajos en escuelas, hospitales generales, centros de salud, instituciones comunitarias, colectivos de trabajadores, de usuarios. Estallar las instituciones no es hacerlas desaparecer o pretender que podremos prescindir de ellas, es apuntar al lugar en donde esas instituciones se vuelven totales y nos patologizan, clasifican, objetalizan.

Desmanicomializar es un compromiso ético–político y como tal, en nuestro país, forma parte y se inscribe en la historia de lucha por los derechos humanos. Por lo tanto se torna ineludible. Desinstitucionalizar es generar otras condiciones para que no retornen las lógicas manicomiales como un hacer de la cultura y de los lazos.

¹ Ley Nacional de Salud Mental n° 26657, sancionada por el Congreso de la Nación Argentina en el año 2010



Si “educar y encerrar” fueron poderes del estado para constituir el cuerpo de la nación (Teran,1986), el tratamiento de la locura y su medicalización fueron, desde la fundación del estado nacional, un resorte para la construcción de las figuras del “peligro”. Éstas decantaron en el imaginario de la locura, legitimando prácticas que al hacer del otro el “peligro” autorizan a disponer del “peligroso” para nuestra protección, en legítima defensa. Este proceso se validó “científicamente”. Las disciplinas fueron instrumentos para esta estrategia de orden y progreso. Cada una de ellas: medicina, psicología, trabajo social, pedagogía ingresaron como parte de este programa de normalización de la sociedad que tiene como eje la “peligrosidad” aún con sus disfraces de “prevención”. Retorna ominosamente en diversos momentos de la historia encarnando en las figuras del—a otro—a: racializando las desigualdades sociales, degradando las diferencias de género, psicopatologizando el tratamiento de lo social, judicializando la protesta, la disidencia.

El enfrentamiento al sistema institucional sobrepasa la esfera psiquiátrica para entrar en el dominio de las estructuras sociales que la sostienen y nos obliga a una crítica de la neutralidad científica, que tiende al mantenimiento de los valores dominantes, para transformarse en crítica y en acción política. (Basaglia, 1972:19)

Ciertamente las guerras mundiales conmovieron e interpelaron estas prácticas disciplinarias, exponiendo las formas en que la crueldad produce “nudas vidas” (Agamben, 2003). Las instituciones totales mostraron su parecido con los “campos de concentración”. En el “seno de la civilización” la destrucción resultó imposible de invisibilizar —ya no era en otro territorio— más allá de los negacionismos siempre dispuestos al buen postor. No se trata sólo del malestar en la cultura y de los arreglos más o menos eficaces que hacemos para enfrentar nuestras precariedades, se trata de la vera crueldad (Ulloa, 2000). La vera crueldad necesita de un dispositivo sociocultural cuyo eje es la encerrona trágica, dos lugares (victimario—víctima) sin tercero de apelación, con múltiples expresiones en la estructura social donde los habitantes no pueden constituirse en hacedores de cultura, protagonistas de sus vidas (Ulloa, 2000). Los manicomios son esos dispositivos socioculturales paradigmáticos de la relación social que es la vera crueldad. ¿No resulta acaso un giro más de tuerca que se propongan como lugares de tratamiento?

Pero entonces ¿qué tratamiento del sufriente humano planteamos? Aquel que permita “Reintegrar el sufrimiento mental al campo de lo humano” (Galende, 2015; p 17). La vera crueldad devenida dispositivo cultural lo atrapa exiliándolo de lo humano con la promesa de sacarle su sufrimiento. Sacar el sufrimiento del orden de lo humano expulsando al sujeto.

Rotelli (2014) en este punto se pregunta ¿qué hacer? Dice que las experiencias más eficaces y duraderas en el mundo han sabido responder conjuntamente a estos tres problemas:

cómo extender un sistema de atención en salud mental; cómo mejorar la ayuda prestada; y cómo sustituir las respuestas violentas, antiterapéuticas que lesionan la ética y los derechos civiles. (p 97–98)

Responder a estos tres problemas es lo que caracteriza a las experiencias más eficaces y que logran sostenerse, en el mundo. Los principios comunes a estas experiencias pueden ser agrupados en una única estrategia identificada como Estrategia por la Salud Mental Comunitaria, Colectiva y Territorial (p 98)

Desmanicomializar no es sólo cerrar manicomios y/o trasvasar poblaciones. Es una interpelación a los modos del lazo social que hoy más que nunca apuntan a borrar el lugar de los mismos, proponiendo un sujeto pleno en su individualismo (Galende, 2014: 17).

No podríamos cerrar esta primera parte de la presentación del número 4 sin convocar la palabra de Vicente Galli:

La tarea es constante y difícil. Es también tarea de desinstitucionalización de la rehabilitación tradicional, hacia la apertura de espacios y construcción de nuevos ámbitos de libertad en los que las personas puedan adquirir nuevas prácticas y adquirir nuevos instrumentos de intercambio (Galli, 2014: 17).

Este número 4 fue pensado en seis secciones:

Dossier Producción de docentes en la Carrera: en razón de la temática convocante seleccionamos la Conferencia de los profesores Rosana Onocko Campos y Gastao Wagner de Souza Campos (Universidad Estadual de Campinas– UNICAMP), dictada en Rectorado UNR, en 2011.

Experiencia Rosario: Artículos escritos a partir de los trabajos finales de los egresados de la Carrera. En esta oportunidad presentamos 11 trabajos

Otras experiencias: Incorporamos en este número esta sección fortaleciendo un intercambio iniciado hace ya unos años con el Departamento de Salud Colectiva UNICAMP.

Entrevistas, Reportajes, Ensayos: Exploramos el tema elegido para este número, produciendo cinco entrevistas, dos reportajes y un ensayo, aperturas a diversas opiniones, posibles polémicas que nos permitan relanzar el diálogo. Se trata de siete entrevistas que se plantean como aperturas para indagar la multiplicidad de dimensiones que están en juego cuando hablamos de desinstitucionalización. Italia, Brasil, Argentina, La Toma y el Horno, El Gomecito y una película arman este extraño mosaico: ¿Modelo para armar? Personajes, tiempos y lugares diversos y algunas preguntas para seguir.

Diálogos con el grado: Dialogamos con las experiencias de las cátedras de la Facultad de Psicología. La cátedra Salud Pública y Salud Mental realiza un escrito colectivo donde relatan algunos recorridos, pasajes, transformaciones desde el retorno de la democracia.

Inédito: Invitación a publicar trabajos inéditos que aporten a la temática seleccionada. En este número presentamos el trabajo de Miriam Bollini.

I – DOSSIER

Para nosotros son: Gastón y Rosana, con esta cercanía de quienes comparten nuestros sueños y dificultades más allá de las distancias que hay entre Rosario y Campinas. Gastón Wagner de Sousa Campos es docente universitario, investigador, integrante del movimiento sanitario brasileño y luchador del SUS; fue Secretario de Salud Pública de Campinas, viceministro de Salud en el gobierno de Lula; escritor de varios libros y muchos artículos y alguien con una sensibilidad y sentido del humor que hacen que su transmisión se sienta viva. Rosana Onocko, a quien conocemos porque es de acá, de Rosario; es médica clínica. La recuerdo en los pasillos del Hospital Centenario cuando cursaba su especialidad y luego como directora del Hospital



Alberdi, con una capacidad muy particular para revelar las imposturas y ubicarlas en el orden de lo humano, esto quizás le permitió abordar la gestión y la planificación desde otro lugar. Rosana es docente universitaria y fue metiéndose en las cuestiones de salud mental con ese espíritu libre e interpelante, buscando construir otras cosas, que nos dice son necesarias.

¿Por qué este texto? Por varias cuestiones que fueron luego desplegándose en el trabajo que hicimos con el Comité de Redacción en este número. Es una conferencia del año 2011, en una visita programada en el marco de clases para la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria y de un curso de formación docente en donde trabajamos el lugar de las prácticas en la formación. Rosana y Gastón han sido y son interlocutores en los procesos locales de construcción de nuevas institucionalidades. Procesos disímiles y casi ubicados en los extremos de los espacios de atención —cuando son pensados como niveles, considerándolos de modo tradicional: un manicomio y la atención primaria de la salud incorporando la salud mental—. Procesos que creemos fueron instituyentes y que queremos rescatar al momento de mirar dónde estamos parados para fortalecernos en este tiempo histórico en que el cierre de los manicomios es un compromiso hacia la sociedad.

Rosana abre con una pregunta que nos está dirigida y que quizás logre diversas respuestas en el recorrido de Experiencia Rosario (los trabajos de la Carrera) y también en los Diálogos con el grado: ¿cuáles han sido las formas de relaciones de la universidad con los servicios públicos? Adelanta en su negación una respuesta: una universidad que no se mantenga más mirándose a sí misma. Porque producir una transformación cultural como la que propone la LNSM requiere no sólo cambiar la asistencia sino revisar los saberes. Es fundamental subrayar esto y leerlo a contraluz de la producción de los Diálogos con el grado. Producir esa transformación es un problema. Es nuestro problema. No lo podemos reducir a disputas de líneas teóricas (aunque valga la pena ponerlas a discutir, ponernos a discutir). Es un problema que implica poner en discusión los saberes instituidos para cambiar la asistencia y posibilitar construir otro lugar social en la cultura al sufrimiento psíquico grave, dice Rosana. Es entonces mucho más complejo nuestro problema: la relación entre universidad—servicios públicos nos implica poner en discusión los saberes instituidos. Claro, entonces acá también se trata de desinstitucionalizar. Prácticas menos estereotipadas y más ligadas a la vida, nos dice Rosana. No habrá desinstitucionalización sin que como universidad revisemos nuestros propios instituidos.

¿Qué formatos institucionales requieren los procesos de desmanicomialización? Rosana avanza en su desarrollo desde la experiencia de reforma en Brasil y nos cuenta de este artefacto: los CAPS. Quisimos rescatar esta pregunta, no podemos eludir esa discusión. No resolveremos el proceso de desmanicomialización con la sola respuesta de la internación en el hospital general, transformación necesaria pero no suficiente. Esta estrategia debiera inscribirse en el marco de una planificación política en salud mental

Nos hemos empeñado en sostener la internación en los hospitales generales, con experiencias importantes y con la posibilidad de producir una lectura más integral desde el sistema de salud hacia el padecimiento subjetivo. Pero todos—as sabemos que no es suficiente, que otros dispositivos son necesarios, que otros alojamientos están haciendo falta. ¿Serán CAPS? No lo sabemos, pero sí sabemos que nos está faltando algo allí para que podamos pensar en términos de un sistema que proponga diversas alternativas según los modos del sufrimiento y las vulneraciones de derecho sufridas.

La conferencia de Rosana toca muchos puntos para intentar esa “puntada en la gota de agua” que alude a la dificultad misma que habita las prácticas en sus diferentes tensiones: formación–salud pública; clínica–gestión; competencias disciplinares y líneas teóricas disputando hegemonías. Luego de escucharla (leerla) nos deja en claro que todas esas tensiones se dicotomizan en confrontaciones de poder (líneas teóricas, disputas disciplinares) ante la ausencia de una discusión en el marco de un proyecto ético–político. Que una línea teórica se constituya en ideal, más aun si se trata del Psicoanálisis, hace que pierda su carácter de discurso crítico de la cultura, también en la formación. Entonces este horizonte ético–político permitirá reverter esas dicotomizaciones para que cada una de esas prácticas (formación–salud pública; clínica–gestión) se constituyan en potencias para disputar en el marco de un proyecto de transformación cultural, no sin conflicto, pero sí con un poco menos de mezquindades. Claro está que implica sostener la interrogación acerca de qué formación, qué clínica, qué gestión es necesaria en el marco de ese proyecto ético–político que implica la desmanicomialización y la desinstitucionalización.

En el desarrollo plantea la necesidad de recuperar la gestión –generalmente abordada como una intervención meramente instrumental de modo funcionalista sobre los “recursos”– entendiendo que las formas de organización de los procesos de trabajo son producto y productoras de subjetivación y agrega (podríamos decir, subraya): la gente es productora activa y con relativa autonomía de estos procesos. No hay clínica sin organización de procesos de trabajo. No hay clínica sin gestión, ni gestión sin clínica.

¿Gestión sin clínica se parecería a una maquinaria burocrática vaciada de sentido? La pregunta que nos retorna y que los distintos trabajos, entrevistas y el artículo inédito transitan es el modo en que en este proyecto ético–político la clínica y la gestión se reformulan. Se requieren procesos de trabajo diferentes, modos de gestión en torno al malestar diferentes, si queremos garantizar modos de atención de los padecimientos respetuosos de los derechos humanos (en línea con la LNSM), si queremos garantizar equidad. No hay organización de procesos de trabajo que no impliquen una clínica. Se requiere de coordinadas clínicas que dialoguen con la gestión de esos procesos. La desinstitucionalización no es trasvasamiento de personas, es posibilitar nuevas construcciones que requiere de procesos de trabajo que se sostengan y hagan posible una clínica.

Miriam Bollini (Inéditos) nos dice respecto de sus coordinadas clínicas no disociadas de un proceso de gestión sostenido en un proyecto ético–político.

Gastón aborda la reforma sanitaria en Brasil, la constitución de actores políticos y las luchas para su profundización. La contradicción/interrogación acerca de la posibilidad de sostener un proyecto desde un movimiento sanitarista que instale el Sistema Único de Salud como derecho más allá de los diversos gobiernos o, si es irremediable, la permanente lucha reiniciada con cada cambio político. ¿Es posible que el sistema de salud trascienda los procesos de negociación particular en cada gobierno? ¿O estamos condenados a que se limite a ser una prenda de negociación política? Tema sobre el que vuelve en la entrevista.

Plantea que los modelos de gestión de las organizaciones estatales tienen una deuda con los sistemas públicos de salud. Esos modelos de gestión, claramente caracterizados por Gastón – no evitan la alienación, la corrupción, la utilización privada del sistema público por corporaciones de profesionales y por grupos políticos– son “tierra fértil” para los discursos neoliberales. La universidad pública no queda por fuera y es instrumento de ese discurso neoliberal, nos dirá.



Inventar otro modelo de gestión es una necesidad y una apuesta y justamente allí es donde ubica la necesidad de confluencia universidad–servicios de salud en el marco de modelos de gestión más democráticos (trabajadores, usuarios, representantes del estado, universidad). El resorte de esta propuesta es casi un analizador que bien vale la pena conservar para ponderar cada una de nuestras acciones en salud y en educación: “disminuir el poder, no la responsabilidad”. Es aquí donde se plasma qué se entiende por proyecto ético–político. Las gestiones hegemónicas parecieran realizar la ecuación contraria: aumentan el poder sobre los que producirán como “objetos” y disminuyen la propia responsabilidad.

Quizás esta experiencia en la pandemia tristemente nos diga de la validez de este “analizador” que nos proporciona Gastón. Agradecidos.

II – EXPERIENCIA ROSARIO

Experiencia Rosario presenta 11 trabajos de egresados de la Carrera en los que retoman la producción de sus Trabajos Integradores Finales. Las temáticas que abordan pueden ser ordenadas en zonas de trabajo acerca de la desinstitucionalización.

En principio aquellos trabajos directamente ligados a la interrogación e intervención sobre lógicas manicomiales y el intento de establecer otros recorridos más respetuosos de los derechos y la dignidad de las personas. Es así que podemos leer la experiencia desde un programa interministerial de sustitución de lógicas manicomiales (Melina Santomero); la indagación acerca de las dificultades en la implementación de la LNSM en un hospital de mediana complejidad de la provincia de Santa Fe (Noelia Bonino); la revisión de un dispositivo de apoyo matricial en atención primaria de la salud que fue tomando diversos modos organizacionales (Florencia Orpinell). Casas asistidas, espacios de producción necesarios para llevar adelante procesos de externación (Ana Esrequis, Cecilia Molina) para abordar los efectos subjetivantes y la posibilidad de construirse desde otra mirada: trabajadores–as, convivientes, comensales (como veremos más adelante en la entrevista de El Horno está para Bollos).

Otra zona la podemos delimitar en los trabajos referidos a espacios territorializados en los cuales los dispositivos sustitutivos promueven la adscripción de personas con padecimientos subjetivos graves en equipos de primer nivel de atención (Gabriel Colusso); o en territorios “a la intemperie” que alojan en el juego subjetividades que quedan arrojadas a las redes de la violencia del narcotráfico y de las fuerzas policiales (Elisa Bellezze).

Los–as niños–as y sus padecimientos en otro escenario: los hospitales. Un dispositivo de abordaje en población infantil con dificultades en el desarrollo, allí donde la medicalización como institución total puede hacer de esa dificultad destino, que bajo un rótulo–diagnóstico produce desubjetivación (Mariana Spina Rinaudo). Un hospital en donde se interrogan las prácticas de despojo de la niñez loca, desafiliada devolviéndola al juego que se propone como una apertura a la infancia y de la institución (Juan Pablo Hetzer).

Por último dos trabajos que abordan otra zona: el de las nominaciones de la locura, acerca de las apropiaciones que producen esas nominaciones ontologizantes y por lo tanto desubjetivantes (Tatiana Moreno); y una exploración de los sentidos que construyen los–as trabajadores–as acerca de la autonomía en las prácticas sustitutivas y los posibles deslizamientos, reapropiaciones normatizantes por la vía de ideales de independencia del individuo (Magalí Claros Garay).

Estas experiencias muestran “esbozos” de voluntades políticas que parecieran continuar

por un impulso más inercial que de decisión y programación política. A veces esto conduce a la burocratización de las mismas, sin interrogación desde la gestión. El impulso, la mayoría de las veces, queda en grupos de trabajadores que producen en sus encuentros con compañeros—as trabajadores y usuarios—as, legitimando prácticas sustitutivas y experiencias que acumulan potencia, pero muchas veces frágiles porque su institucionalización depende de que se inscriban en un proyecto político. Proyecto político que no llega a producirse y practicarse y que deja en una especie de “impasse” las posibilidades de concretizar una reforma de la salud mental.

III – OTRAS EXPERIENCIAS

Rosângela Santos Oliveira, Bruno Ferrari Emerich, Pedro B. de Andrade, Ellen Cristina Ricci y Rosana Onocko Campos.

Esta sección que incorporamos en este número es la oportunidad para poner en común intercambios con el Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Universidad Estadual de Campinas UNICAMP. Dos de los autores hicieron una rotación en la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria, y dan cuenta de esa experiencia. Así el artículo Cuidado en salud mental en tiempos de retrocesos: destellos y resistencias recupera dos escenarios e interroga respecto de burocracias revividas en estas oleadas a las cuales el término neoliberalismo les queda “corto”: se trata de fascismos. Tiempos oscuros, mirar en el abismo, nos dicen en este escrito. Imposible que no retorne Nietzsche (2014) “quien con monstruos lucha cuida de no convertirse a su vez en monstruo el que lucha con monstruos. Cuando miras largo tiempo a un abismo, también éste mira dentro de ti” (p.133). Inquietante, lo monstruoso nos transforma. El fascismo toca nuestro resorte más oscuro. No es sin eso, en parte su eficacia subjetivante —o desubjetivante—: “desear el abismo”. Pero apelando a Enriquez transmutan ese abismo en un borde, “armados” de humor e ironía. Las experiencias que abordan (Campinas–Rosario) muestran la fuerza de lo micro (resistencias micropolíticas) pero nos recuerdan que eso no detiene los cambios arrasadores que lo macro produce. Experiencia Rosario nos dice acerca de esto, de estas potencias y fragilidades.

IV – ENTREVISTAS, REPORTAJES, ENSAYOS

Nuestros entrevistados abren un espectro de historias, de luchas desde distintas geografías (Italia, Brasil, Oliveros, Rosario) y en distintas coyunturas históricas, planteando preguntas, armando opciones y sosteniendo utopías con “toda la mar detrás” (Ulloa, 2013).

Claudio Cúneo realiza esta entrevista a Franco Rotelli donde nos relata el pasaje desde la institución negada a la institución inventada, un pasaje desde una simplificación a la complejidad. Esa institución negada no puede sino aparecer como un grito desgarrador, un grito que desgarrara la creencia en el progreso y el futuro. (Basaglia, 1972). Negación que se constituye en su acto en una interpelación a la ciencia, a su “neutralidad”, a la racionalidad, a la simplificación de una respuesta. La invención es la herramienta necesaria cuando la realidad se abre en su complejidad y desde allí se niega la enfermedad. Esto ha sido “criticado” desde muchos psicoanalistas sin entender qué implica esa operatoria de negación de la enfermedad. Negación necesaria para visibilizar la operatoria de ontologización del sujeto en la enfermedad, denuncia la ideología de la enfermedad en tanto instrumento de despojo de derechos. Para inventar habrá que “desmontar” algunas de nuestras negaciones, probablemente las más instituidas.



Mario Colucci en su charla con Claudio Cúneo nos permite encontrarnos con un Basaglia clínico, dimensión relegada en los “relatos épicos” y renegada en las reflexiones de los psicoanalistas. Su lectura quizás permita un acercamiento a aquello que marcábamos en la entrevista con Rotelli: nuestras negaciones más instituidas. Allí señala cierta ilusión de aquellos psicoanalistas que creen que el tratamiento puede abstraerse de la institución, que puede quedar por fuera del manejo de poder. Plantea que en este punto Basaglia podría haber dialogado con Lacan. Avanza diciéndonos que hay “síntomas” que son artefactos institucionales. Son manufacturados por la institución. Un síntoma particular –de los profesionales– es la clínica del déficit. Es allí –en el tratamiento de ese síntoma– en donde el Psicoanálisis estaría en inmejorable posición para sostener su condición de discurso crítico. Allí donde –aunque suene muy extraño a propósito de la práctica del Psicoanálisis– la presunción de capacidad es un posicionamiento ético con consecuencias políticas en nuestras institucionalizaciones.

En la entrevista con Gastón retomamos esta “deuda” de la que habla en su conferencia donde nos dice que es necesario inventar otros modelos de gestión. Nos interesaba retomar este punto, porque precisamente pensábamos que esto había llevado a los protagonistas de dos de las experiencias cercanas en nuestras historias de construcción a buscar a Gastón como interlocutor. Se trata de la Experiencia Oliveros y de la creación de la Atención Primaria en la Municipalidad de Rosario. Decimos junto a estos actores: si se quiere producir otra cosa habrá que pensar en otros procesos, no podemos seguir haciendo lo mismo y esperar que los resultados sean otros. Acá no se trata solo de enunciar el acuerdo con la LNSM, ese acuerdo se deberá acompañar con procesos de trabajo en sintonía. Es por ello que volvemos a Gastón para que nos hable de esa “invención”. No nos olvidemos de nuestro analizador: relación poder/responsabilidad. Es en esta línea que invitamos a la lectura de esta entrevista y a plantearnos una pregunta: ¿cuál es el lugar del saber allí? Porque hay saberes que soportan una producción colectiva y aumentan las responsabilidades, y hay saberes que construyen poder para consolidar dominaciones en desmedro de las responsabilidades.

Oscar Pellegrini, rememorando la Experiencia Oliveros, marca que cuando se pierde la direccionalidad político-clínica se burocratiza y la burocracia enferma. Nos preguntamos si precisamente la burocracia valida la desresponsabilización. Enferma, desubjetiva (no solo a usuarios–as, también a trabajadores–as) y se acerca allí a la crueldad (Ulloa, 2000). Esa maquinaria que funcionaría en automático es una máquina de segregación.

A propósito de la entrevista con María Graciela Iglesias –Directora del Órgano de Revisión Nacional– es importante recordar que la LNSM refiere al Órgano de Revisión en su Capítulo X con el objeto de “proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental”. Dos cuestiones fundamentales posibilitan que el Órgano de Revisión cumpla con el propósito que establecen tanto los “Principios de Naciones Unidas” como la LNSM. Estos son:

– efectiva participación de usuarios–as:

“Para brindar protección efectiva, la composición mínima debe incluir profesionales (por ejemplo, especialistas en salud mental, derecho y trabajo social), representantes de usuarios de instituciones de salud mental, miembros que representen a familias de personas con trastornos mentales, activistas, y legos.” Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (2006: 79);

– independencia:

“la independencia es un aspecto crucial. Todos los órganos de revisión deben tomar decisiones únicamente sobre la base de los méritos de la situación bajo análisis, y no deben recibir influencias políticas, ministeriales o de proveedores de servicios de salud.” Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (2006: 76).

La efectiva participación de los usuarios en el Órgano de Revisión establece las condiciones para que se torne viable la consigna: “Nada sobre nosotros, sin nosotros” (Abran Cancha, 2018).

María Graciela dice que entre los obstáculos para la plena implementación de la LNSM (la fuerza de las estructuras monovalentes, la cultura hegemónica, la falta de presupuesto) está la formación de quienes intervienen. Plantea la dificultad de parte de quienes intervenimos para realizar un desplazamiento que ponga en el centro de nuestro trabajo el objetivo de vida independiente: vivir de manera autónoma con los apoyos que se requieran. Esto demanda la revisión de los planes de estudio de las distintas carreras de formación –en principio– del campo de la salud mental en consonancia con paradigmas ligados al respeto de los derechos humanos, trabajo que se ha realizado y cuya producción está plasmada en los Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud mental (Conisma, 2015) en cumplimiento del artículo 33 de la LNSM. Cabe la pregunta acerca de cuánto de esta producción es tomada en cuenta cuando los/as docentes elaboramos nuestros programas y actividades propuestas para los/as alumnos/as.

Ignacio Blaoná, director de la película *Ánfora*, y Leonardo Villarruel, protagonista, nos transmiten acerca de la experiencia de *Ánfora*. ¿Qué decir de una experiencia de creación de una película? ¿Qué representaba el arte, qué representaba la locura? Dice Nacho: No, no voy a develarlas porque lo más lindo es que sigan siendo misteriosas esas conexiones; y Leo dirá: y en cuanto a lo que nos llevó el proceso entre creación e improvisación terminamos con un final feliz en una película de terror. Si Leo nos presta sus palabras, quizás habrá otros finales posibles en lugar de películas de terror. Los misterios no necesariamente devienen terrores, el arte rescata y transforma, hace otra experiencia del sufrimiento, allí donde los manicomios empujan al horror.

“En este número tenemos que contar la experiencia de los y las trabajadoras de El Horno está para Bollos”, dijeron los integrantes del Comité Editorial. Y allí fueron a La Toma, emblema de lucha en Rosario, y nos cuentan que la historia del Horno como cooperativa social, surge a la luz de los espacios socioculturales, denominados sustitutos. Estas construcciones previas pueden ser consideradas como espacios de organización cultural y social, donde el entramado del lazo se teje en torno a las reglas de convivencia, con todo el valor que conlleva propiciar procesos de inclusión social especialmente en poblaciones con internaciones crónicas o grupos que habitan el espacio de la calle en un continuo arrasamiento.

Un emprendimiento productivo o una cooperativa social al ubicar en primer plano el trabajo ponen en juego otras reglas. La confrontación con la necesidad de producir implica establecer otra organización social. La producción de un objeto para el intercambio en el mercado requiere



organización en relación a horarios de producción, ponen en juego el saber hacer en la tarea y, como consecuencia, una distribución de las mismas en un proceso, el reparto de ganancias, los pagos que se deben realizar, la inscripción en el régimen de monotributo, la posibilidad de contratar a otro y los modos de cuidado a sus asociados.

Para que un proyecto productivo fuera posible –sea posible– se requiere de una fuerte implicación de equipos advertidos, atentos a las particularidades de la organización del mismo, acorde a trayectorias de vida plagadas de vulneraciones de derechos.

La necesidad de enmarcarse en una dimensión jurídico–contable instala condiciones para hacer posible una transformación fundamental –como lo señalaba María Graciela Iglesias cuando nos habla de proyecto de vida independiente– que permite el reconocimiento de los sujetos trascendiendo la nominación de “usuarios–as” para producir condiciones para una “inscripción social” como trabajadores cooperativos. Aquí nos retorna Castel (1997) cuando nos dice que considera al trabajo como el “gran inscriptor social”. No será casual que este autor plantee una pregunta que es necesario sostener en este proceso de desinstitucionalización: la inserción promovida en los beneficios ¿implica inclusión social? Claramente aparece una tensión entre continuar vinculados al monovalente como usuarios–as, beneficiarios–as de una prestación, y trayectorias que ponen en juego otra inscripción social en la lucha por derechos de ciudadanía.

V – EL DIÁLOGO CON LA CARRERA

Este artículo, obra colectiva de docentes de la cátedra de Salud Pública y Salud Mental, reconstruye un pasaje que nominan: desde el Trabajo de Campo al Campo de las Prácticas. La asignatura Trabajo de Campo implicaba una propuesta de abordaje investigativo, ya que el trabajo de campo refiere a un momento en el proceso de investigación. Claramente ese pasaje al campo de las prácticas convoca otros universos teóricos.

En el punto de partida de la producción: hablan de tiempos académicos como un espacio temporal que trasciende (término enigmático en este escrito) la currícula/plan de estudios, la Psicología como disciplina (¿corpus teórico?) y los atravesamientos histórico políticos. Efectivamente hay destiempos entre la Psicología como disciplina, las prácticas de los–as psicólogos–as y las currículas de formación. Sabemos que la historia de construcción de esa “rara avis” el/la psicólogo–a (Dagfall, 2009) no tiene un recorrido lineal que iría desde la producción de un corpus teórico disciplinar, a la producción de un plan de estudios y prácticas. En nuestro país y, particularmente en Rosario, esto ha tenido una lógica de producción casi inversa. Fueron los–as psicólogos–as en la producción de campos de prácticas quienes construyeron un corpus teórico (Grande, 2015). ¿Podríamos entender de este modo el término “trasciende”? No sabríamos muy bien si es así, pero conservemos ese no–saber como interpelación.

En esos campos de prácticas van marcando la aparición de distintos actores, la persistencia de algunos lastres de la dictadura pero también la producción de saberes amasados en espacios no académicos, empujados por experiencias gestadas con urgencias devenidas de la “lectura de necesidades”, inquietudes que parecieran no cerrar en un corpus disciplinar. Esas experiencias van tomando nombre: comunitaria, social, institucional, grupal, antimanicomial, y son las que interpelan hegemonías. La academia no siempre estuvo “a tiempo” y a la altura de este “ir al

encuentro”, acercamiento, reconocimiento de la realidad de la salud pública. Marcan que es en algunas “urgencias” que la realidad nos interpela más fuertemente.

En la lectura hacia las hegemonías internas en la carrera en el marco del neoliberalismo de los 90 ubican una interrogación: ¿era el Psicoanálisis (podríamos decir como discurso crítico de la cultura) “promesa de cambio” ante esta arremetida del neoliberalismo? Pregunta a sostener porque creemos beneficia al Psicoanálisis y a la formación del—a psicólogo—a. Nos permiten avizorar que atrás aparece otro campo: el de las escuelas teóricas y aquí resulta de sumo interés poner en discusión cómo se entiende lo que se denomina “las necesidades sociales”. Porque pareciera entreverse que en virtud de definir respuestas a esas supuestas necesidades sociales se entran luchas para dirimir espacios de saber/poder. No podría ser de otro modo porque en la definición de las necesidades sociales ingresan las disputas teóricas y de mercado.

Los—as compañeros—as apuntan algo que no podemos dejar pasar: la definición de las necesidades sociales adquiere otro espesor, otra dimensión en ese pasaje de trabajo de campo a campo de prácticas. El trabajo de campo se acercaba a explorar un sistema de salud y el campo de las prácticas aborda la salud como derecho. De la mirada al sistema a la perspectiva de derecho. Lo público allí no es solo un agregado. Dicen los—las compañeros—as que en este pasaje se produce una transformación en el proceso de enseñanza—aprendizaje, una mutua transformación de todos—as los—as actores implicados. Quizás podemos decir que si nos proponemos transitar y leer los procesos de construcción de derechos en torno a la salud, no podemos quedarnos fuera, indemnes a esa experiencia. Interesante cuestión para seguir pensando qué cosas producen experiencia para que advenga transmisión. No se trata solo de un cambio de contenidos parecen decirnos los—as docentes de Salud Pública y Salud Mental. Les agradecemos profundamente los aportes a pensar nuestras prácticas docentes.

VI – INÉDITO

El artículo de Miriam Bollini trae una afirmación que bien vale la pena polemizar, es una provocación a pensar. Nos dice que pensar lo clínico en Psicoanálisis es pensar lo sustitutivo. Refiere a lo sustitutivo que nos propone el síntoma, pero avanza planteándonos qué clínica allí donde —en la gravedad— precisamente lo sustitutivo no tiene espacio para producirse. No sin la clínica, no sólo la clínica, nos dirá.

1992: La entrada a la Colonia de Oliveros de un grupo de psiquiatras a partir de una grave denuncia a violaciones de derechos humanos. Allí se encuentran con la institución total y nos dice que una institución total no tiene espacio. La tarea fue producir el recorte de espacios para que haya encuentro, la privacidad que haga lugar a la palabra. Hacer espacio en el adentro y buscar en el afuera. Se trata de un movimiento con dos tiempos: este primer tiempo de construcción de un adentro (no total) e ir al afuera; y un segundo tiempo de inclusión del afuera en el adentro, mojonado por una construcción política. En el medio del relato, entre esos dos movimientos: una desaparición... ¿adentro?, ¿afuera? Lo siniestro no retorna, está allí agazapado en el manicomio como la borradura de toda inscripción.



A modo de cierre...

Para dar paso

Otras voces aparecieron pugnando por ingresar en los debates respecto de la salud, se abrieron paso produciéndose como actores en el campo de la salud mental, tradicionalmente restringido a pujas entre intereses corporativos. Podemos identificar tres actores que construyeron desde espacios diferentes, con importantes puntos de coincidencia. Se trata de la Asamblea de Usuarios y Usuarías de Salud Mental por sus Derechos, Movimiento de Usuarios–as y Trabajadores en defensa de la LNSM y el Consejo Honorario Consultivo.

La Asamblea de Usuarios y Usuarías de Salud Mental por sus Derechos nace en junio de 2013, como proyecto de Extensión Universitaria, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Desde 2016 se reúne en La Toma. Durante estos años vienen sosteniendo una lucha para hacer oír la voz de los usuarios–as –tradicionalmente objetos de intervención y de violencia manicomial– con una apuesta al protagonismo en la decisión acerca de los tratamientos y de sus vidas. Han denunciado violencias institucionales, realizado promoción de derechos de usuarios–as, participan en espacios de intercambio y organización con otros grupos de usuarios–as a nivel nacional e internacional. Tuvieron una activa participación en la discusión acerca de la Ley de creación del Órgano de Revisión, reclamando la efectivización de la participación de usuarios–as en el mismo. Resulta interesante recordar las palabras de uno de los integrantes de la Asamblea acerca de qué necesitan los usuarios–as respecto del Órgano de Revisión

“me gustaría mucho que este órgano de revisión actúe como realmente un órgano de vida y de salud y no como un mecanismo... Es muy importante que se pueda llevar salud y vida a muchos usuarios que están padeciendo situaciones de abuso y de violencia, de aislamiento y de tantas cosas que pasan y sufren los usuarios... el mecanismo manipula la vida y maneja la vida y la realidad, a veces para el bien, para cosas buenas y a veces para cosas malas. Pero no tiene vida en sí mismo, un mecanismo” (Abran Cancha n° 2: 16)

¿No nos está advirtiendo acerca de que no necesitan un mecanismo más, una institucionalización más, que manipule la vida?

Actualmente se está desarrollando el concurso para selección del titular del Órgano de Revisión Provincial.

El Movimiento de Usuarixs y Trabajadorxs en defensa de la Ley Nacional de Salud convoca a usuarios–as de salud mental, organizaciones profesionales, agrupaciones políticas, docentes universitarios, carreras de posgrado, estudiantes, trabajadores de la Salud, redes y colectivos de defensa de derechos humanos y Salud Mental. Se constituye en diciembre de 2015, conformado por diversos actores que confluyen en la lucha por el respeto de los derechos de usuarios–as y por la visibilización de la responsabilidad social de producir un tratamiento del padecimiento mental que no refuerce la exclusión y el castigo como respuesta. Realiza una fuerte campaña de difusión hacia la población en general de la situación de riesgo primero y de retroceso después, respecto de los derechos en salud mental y de salud en general. En este sentido agendó fuertemente la urgencia de la constitución del Órgano de Revisión Provincial, participó en la

discusión de la ley de creación del mismo y movilizó a los fines de exigir su sanción y posterior puesta en funcionamiento.

Algunos de los actores del Movimiento conformaron la Red Experiencia Santa Fe que fue seleccionada por CONISMA (Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones, dependiente de Jefatura de Gabinete de Ministros) en dos períodos consecutivos como miembro del Consejo Consultivo Honorario (CCH) ámbito creado a partir de lo establecido por LNSM. Este organismo nuclea a 30 representaciones de redes de salud mental, ámbitos académicos, sociedades científicas, asociaciones y colegios profesionales, sindicatos, organizaciones de personas usuarias y familiares. El CCH fue uno de los principales ámbitos nacionales colectivos que enfrentó y resistió las políticas neoliberales que propiciaban el vaciamiento de la LNSM. Debemos subrayar dos cuestiones respecto del CCH que hacen a la importancia de su lugar: por un lado su función en torno a la determinación de lineamientos de políticas de salud mental que avanza en la desinstitucionalización y sustitución de lógicas manicomiales y por otro su dependencia de CONISMA y Jefatura de Gabinete que recupera la interministerialidad necesaria que la LNSM establece (artículo 36) y que es fundamental para garantizar la intersectorialidad que haga viable la implementación de las transformaciones. Es de destacar que se está trabajando en la ampliación de la participación de los Ministerios de Género y Habitat.

Para poder abrir

El recorrido que propone este número no es exhaustivo respecto de una historia de la salud mental, sólo toma algunas líneas de experiencias que fueron instituyentes y que produjeron marcas en las direccionalidades de trabajo.

La Experiencia Oliveros, el entramado de la Clínica de la Subjetividad en APS en la administración provincial y la implantación y crecimiento de la Atención Primaria en la Municipalidad de Rosario –al calor de las repuestas que catástrofes sociales demandaron (saqueos, inundaciones, motines)– produjeron incorporación de personal (psicólogos, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, equipos soporte y matriciales) y desarrollo de estrategias críticas hacia los modelos hegemónicos, pero que no han logrado configurar un sistema. Se ha potenciado el primer nivel pero la necesaria intersectorialidad que le da potencia a ese espacio sigue pendiente. La inclusión social no es tarea exclusiva del primer nivel de atención de salud. Se ha logrado (previo a la pandemia) instalar la internación en salud mental en los hospitales generales. Se trata de un arduo trabajo, sostenido por equipos de salud mental, de medicina general y enfermería y equipos soporte de salud mental. No sabemos cuántas internaciones de salud mental se producen en los hospitales generales, ni la trayectoria previa y posterior de esas personas. La construcción de información epidemiológica sigue siendo una deuda para la salud mental.

La creación de dispositivos socioculturales que asoman como intento de sostén de lógicas sustitutivas va construyendo diferentes opciones desde la producción de objetos culturales y obras en la propuesta de tramar mayor autonomía y dignidad. Al principio parecieran funcionar como el brazo largo del monovalente, en sus trayectorias logran desencadenar otros procesos, aunque ese brazo largo a veces amenace con alcanzarlos y lo sustitutivo se convierte en el objetivo del espacio. ¿Es lo sustitutivo el objetivo?



¿Queremos dispositivos que sólo sean el brazo largo del monovalente? ¿O dispositivos que formen parte de una red que apueste a la salud mental comunitaria en el marco de la salud comunitaria? La construcción en la ciudad de Rosario y en lo que podríamos llamar “gran Rosario” de espacios grupales, dispositivos grupales merecería una reflexión aparte. Son propuestos como espacios que alojan poblaciones cuyos procesos de atención se presentan como altamente complejos (condiciones de la subjetividad refractarias a los formatos institucionales) y en los que los equipos de salud diagnostican que los abordajes “tradicionales” médico–hegemónicos producen expulsión, alimentando los mecanismos de segregación ya instalados, vulnerando el ejercicio de los derechos en una espiral que conduce a arrasamientos subjetivos. Los equipos de salud frente a estas complejidades desarrollan estrategias filiadas en la atención primaria de la salud, en consonancia con la Declaración de Caracas (1990) que reconoce a la Atención Primaria de la Salud como estrategia y a los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como modalidad de desarrollo de programas basados en las necesidades de la población. En un relevamiento realizado en Rosario y gran Rosario (Perez y Granadero Baigorria) durante el año 2019 se registró un total de 83 dispositivos (sustitutivos y territoriales) que reciben 1450 personas en forma estable y 670 en forma alternada.

Dispositivos para reparar la humillación histórica, nos dijo Rosana Onocko Campos en un encuentro de discusión de dispositivos grupales en Rosario. (2018)

Pareciera ser que estas construcciones dependen fuertemente de la voluntad de los trabajadores—as que han agendado, organizado y llevado adelante prácticas que se proponen como desinstitucionalizadoras, con artesanía clínica y con luchas políticas que nunca logran declaración de guerra, de cierre del manicomio y la definición de una estrategia de salud mental comunitaria. Algunas gestiones “acompañaron” estas experiencias pero sin una clara conducción política acorde con los enunciados (que siempre enuncian) acerca de la ley. Esas experiencias construyeron procesos de una riqueza importante, que han producido otros contratos entre los “servicios” y la población. Los dispositivos que fueron un paso hacia adelante en el proceso de desmanicomialización (espacios culturales, espacios productivos, casas asistidas) corren el riesgo de quedar como islas que hay que defender en sucesivos maremotos (oleadas neoliberales) o ante las inclemencias del tiempo (político). Si salud mental se establece con la estrategia de atención primaria, no será produciendo dispositivos centralizados y/o dispersos en los territorios y sin articulación en un sistema que lograremos pasar desde sustituciones parceladas a una salud mental comunitaria. La descentralización, territorialización pareciera transformarse en una respuesta que pretende disolver el problema con una supuesta estrategia de cercanía sin sistema. Entonces allí retorna intocado: el manicomio y a lo sumo nos planteamos como “sustitutivos”. Construir un sistema implica discutir qué institucionalidades necesitamos producir.

La intersectorialidad no es una sumatoria de servicios sino requiere de políticas que produzcan las condiciones para el ejercicio y ampliación de derechos en poblaciones que han atravesado procesos de gran sufrimiento y que han sido gravemente vulneradas. Las problemáticas de la Salud Mental se abordan con estrategias e intervenciones singulares y poblacionales, donde cada Ministerio deberá determinar las acciones pertinentes y afectar partidas presupuestarias propias para atender los requerimientos en salud mental. No se trata de diseñar sólo servicios o dispositivos, se trata de generar Políticas Públicas integrales, de inclusión social. Este proceso excede al sector salud y requiere de la construcción de una Salud Mental Comunitaria que le de sostén.

Suele decirse que habrá una nueva normalidad. Seguramente todos esperamos salir de esta pandemia y retomar las ilusiones que nos sostienen, poder continuar nuestras construcciones colectivas. Pero no queremos la nueva normalidad. Las normalidades – las usadas, gastadas, las nuevas y brillantes– producen sus propios desechos y legitiman ese impersonal al que aludíamos al comienzo de esta nota editorial, que eluden responsabilidades singulares y sociales y producen constatativamente lo que puede ser sacrificable socialmente.

No queremos nuevas normalidades queremos
 “un mundo donde quepan muchos mundos” (Manifiesto Morelos, 2018)
 ¿Utopía? Sí, porque la historia no ha terminado
 No morirá la flor de la palabra
 (Manifiesto Náhuatl, 2011)

Autoras: Silvia Grande– Iris Valles

Referencias Bibliográficas

- Abran Cancha, n° 2 (2018). Órgano de Revisión. Rosario: Publicación Movimientos de Usuarixs y Trabajadorxs en defensa de la LNSM.
- Agamben, G. (2003). *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Editorial Pretextos
- Basaglia, F (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Argentina: Barral Editores
- Castel, R (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós
- Dagfall, A (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del Psicólogo (1942–1966)*. Buenos Aires: Paidós
- Foucault, M (1992). *Genealogía del racismo*. Uruguay: Editorial Altamira
- Galende, E (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar editorial
- Galli, V (2014). *Prólogo a Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topia
- Grande, S (2015). *Prácticas de los Psicólogos en la red de Salud Pública: sus obstáculos y referencias en relación con la formación universitaria. El caso Rosario* Tesis Maestría en Salud Pública. Rosario. CEI
- Mora Jiménez, H (2020). *Que se mueran los que se tienen que morir. ¿Qué se esconde detrás de ese cinismo?* El Mundo cr. Disponible en: <https://www.elmundo.cr/opinion/que-mueran-los-que-tienen-que-morir-que-se-esconde-detras-de-este-cinismo/>
- Nietzsche, F (2014). *Más allá del bien y del mal*. Buenos Aires: Alianza Editorial
- Rotelli, F (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topia
- Percia, M (2017). *Estancias en común*. Adrogué: Ediciones La Cebra
- Teran, O (1986). *En busca de la ideología Argentina*. Buenos Aires: CATÁLOGOS editorial
- Ulloa, F (2000). *Una perspectiva metapsicológica de la crueldad*. Barcelona: Disponible en: <https://www.psicomundo.com/foros/egp/crueldad.htm>
- Ulloa, F (2013). *Salud ele-Mental. Con toda la mar detrás*. Libros del Zorzal. Buenos Aires



Documentos:

- Declaración de Caracas (1990). *Conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)* convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/dossier/declaracion_caracas.pdf
- Ley nacional de Salud Mental n° 26.657 (2010) y Decreto Reglamentario 603 (2013). Ministerio de Salud. Presidencia de Salud. Buenos Aires: Artes Gráficas Papiros
- Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud mental (Conisma, 2015). Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/6c_lineamientos_rrhh_salud_.pdf
- OMS (2006) *Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
- Manifiesto de Morelos (2018). Disponible en: http://enlacezapatista.ezln.org.mx/wp-content/uploads/2018/08/Manifiesto_Borrador-Final.pdf
- Manifiesto zapatista en Nahuatl (2011) Disponible en: <http://desde-los-satelites.blogspot.com/2011/01/manifiesto-zapatista-en-nahuatl.htm>