

# 1. Descripción del sector y presentación de la organización bajo estudio

Ezequiel Alustiza; Julieta Cassini; Patricia Galeano; Paula A. Ruiz

El objetivo de este capítulo es realizar una descripción del sector Salud Mental como también proceder a caracterizar a la clínica de salud mental privada en la cual se realizó esta investigación. Esta iniciativa se sustenta en el hecho que los factores de riesgo psicosociales en el trabajo se hacen visibles y adquieren matices en relación a los procesos de trabajos llevados adelante por sujetos activos dentro de las organizaciones y sectores de actividad (Neffa, 2016). De esta manera, consideramos que estos señalamientos nos permitirán contextualizar los principales interrogantes de nuestro trabajo y, por ende, proceder a concretar un análisis enriquecido de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo en torno al caso bajo estudio.

Por ello, en primer lugar describiremos a grandes rasgos el sistema de salud vigente en nuestro país, dado que contiene al sector Salud Mental. En segundo lugar, caracterizaremos al sector Salud Mental por medio de la presentación de los establecimientos en los cuales se concreta la oferta de internación. También, mencionaremos los atravesamientos legales que hacen al sector, lo interpelan y lo determinan. Finalmente, avanzaremos en la articulación entre el sector Salud Mental y el caso bajo estudio. Para ello, trazaremos las singularidades de la clínica de salud mental privada en la cual se realizó la investigación.

Hacemos la salvedad que en este capítulo se introducirán aspectos que pueden facilitar al lector ciertas referencias en relación al sector salud mental y a la clínica de salud mental privada bajo estudio. No obstante, remarcamos que se trata solamente de aspectos normativos que atraviesan al sector y a los procesos de trabajo dentro de la organización. En los capítulos que conciernen al desarrollo de los ejes que analizarán

los factores de riesgos psicosociales, se profundizarán en las concordancias o discrepancias con esto. Advertimos, siguiendo las afirmaciones de la psicodinámica del trabajo, que siempre las situaciones de trabajo implican discrepancias entre lo prescripto y lo real. En la resolución de estos aspectos se pone en juego la salud y la enfermedad de los/as trabajadores/as (Dejours, 1998).

## 1.1. Consideraciones generales sobre el sistema de salud en Argentina

El sistema de salud, en tanto sector de actividad en nuestro país, está conformado por diversos niveles jurisdiccionales (municipal, provincial y nacional), niveles asistenciales y subsectores prestacionales. Se trata de una configuración compleja y multifragmentada. En términos prestacionales, está compuesto por los subsectores público, de la seguridad social y privado. Cada uno de ellos difiere en el modo de financiamiento, de afiliación y prestación.

En nuestro país, el subsector público está integrado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social<sup>1</sup>, la Secretaría de Salud y la red de hospitales y centros de salud nacionales, provinciales y municipales. Estos establecimientos brindan atención sanitaria gratuita a cualquier persona que la requiera. Por lo general, acceden al mismo la población sin seguridad social y sin posibilidad de pago. Su financiamiento se realiza, principalmente, a través de los recursos del Estado y pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados/as (Bello & Becerril-Montekio, 2011). El subsector público no sólo presta servicios sanitarios, sino que tiene como función específica e indelegable la regulación del sistema de salud y la formulación y articulación de políticas públicas.

El subsector de la seguridad social obligatoria se organiza alrededor de las obras sociales nacionales, provinciales y el Instituto Nacional de Servicios

---

<sup>1</sup> A través del Decreto 801/2018 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social absorbe una porción de la seguridad social a cargo del Ministerio de Trabajo y al Ministerio de Salud que desciende a la jerarquía de Secretaría de Salud a nivel Nacional.

Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), al cual tienen acceso aquellas personas con empleo y sus familiares. Las obras sociales ofrecen los servicios de salud, en gran parte, a través de contratos con prestadores privados. El aporte a las obras sociales lo realizan quienes emplean, quienes trabajan y pensionados/as, por medio de contribuciones obligatorias.

Por último, el subsector privado abarca la población con ingresos medios y altos. Está integrado por profesionales de la salud y establecimientos que prestan servicios a pacientes que pagan de modo particular o que están asociados a obras sociales o empresas privadas de medicina prepaga, que se financian por el aporte de los/as usuarios/as.

Además, el sistema de salud argentino presenta otra división por niveles de atención. Bajo una decisión técnica y administrativa, se propone la concreción de tres niveles de complejidad creciente que difieren en los recursos humanos y financieros asignados y en su localización y acceso (González García y Tobar, 1997, 2004; Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005; Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

El primer nivel de atención está destinado a la atención ambulatoria, la promoción de la salud y la prevención primaria y secundaria. Dentro de este nivel se ubican tradicionalmente los centros de salud, las postas y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios, los centros de integración comunitaria o barrial. Desde estos establecimientos se busca poder constituir un contacto directo con la comunidad donde se insertan. Esto se produce por medio de la atención de demandas espontáneas como también la puesta en marcha del trabajo territorial donde se espera alcanzar las demandas ocultas que se presentan en la comunidad, especialmente asociada a condiciones de vulnerabilidad psico-social (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

El segundo nivel de atención es aquel que recibe las consultas formuladas y derivadas del primer nivel de atención. En Argentina, este es el que registra mayor demanda por parte de la población, ya que muchas veces no se consulta anteriormente al primer nivel de atención. Entre sus tareas se destacan la atención ambulatoria de especialidades, el trabajo sobre diagnósticos que requieran estudios complementarios y el seguimiento de casos de relativa complejidad que pueden requerir internaciones, procedimientos específicos (como partos y cirugías simples), derivaciones al tercer nivel e interconsultas. Entre sus establecimientos se reconocen

los hospitales generales, algunos hospitales regionales y maternidades (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

El tercer nivel de atención es quien recibe las demandas de los niveles anteriores. Admite casos de alta complejidad y para ello requiere de infraestructura, tecnología y aparatología adecuada. Los establecimientos de este nivel suelen denominarse hospitales de alta complejidad. Algunos de ellos conforman parte de redes que posibilitan de manera más eficiente las derivaciones y acceso al nivel (Ministerio de Salud de la Nación, 2012). Esta configuración se repite a lo largo y ancho del país con características singulares en cada provincia. El sistema de salud en la Argentina es de carácter descentralizado, sobre todo a partir de la década del 90, donde se implementaron y profundizaron diferentes reformas. Por ende, la atención y las políticas sanitarias son responsabilidad de cada provincia.

La provincia de Buenos Aires, se divide en XII regiones sanitarias. El sistema de salud mental y adicciones en la provincia de Buenos Aires, está a cargo de la *Subsecretaría de determinantes sociales de la salud y la enfermedad física, mental y de las adicciones*, que regula, junto con sus direcciones, la política pública en materia de salud mental en la provincia de Buenos Aires. Dicha regulación comprende tanto el ámbito público como privado.

Según el *Informe de Medición y Monitoreo* del 2017, el sistema de salud de esta provincia se caracteriza por la fragmentación y desarticulación: cada subsector y nivel determina sus reglas de funcionamiento, su población específica, la fuente de financiamiento y el servicio que brindan. Dentro del universo de instituciones privadas que prestan servicios de salud en el territorio provincial, existen dos federaciones que se señalan por su jerarquía en las negociaciones económicas y políticas del sector. Se trata de la Asociación de Hospitales Clínicas y Establecimientos de Alta Complejidad (ACLIBA) y la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA).

La Asociación de Hospitales, Clínicas y Establecimientos de Alta Complejidad (ACLIBA) reúne a 19 instituciones de gran relevancia social y económica para las localidades de La Plata, Ensenada y San Vicente. Entre ellas el Hospital Italiano, el Hospital Español, IPENSA y la Nueva Clínica del Niño. La Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y

otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA) se organiza en 10 distritos que abarcan toda la provincia de Buenos Aires y nuclea en total a 384 instituciones de salud.

Luego de esta descripción general sobre el sector salud en nuestro país y en la provincia de Buenos Aires, presentaremos a continuación el campo de los establecimientos especializados en salud mental. Los mismos tienen como principal objetivo la atención sanitaria de personas con padecimientos mentales. Realizaremos una descripción que profundice en los mismos ya que nuestro caso bajo estudio se materializa en este tipo de establecimiento.

## 1.2. Los establecimientos especializados en salud mental: el caso de las organizaciones con internación

Para caracterizar el subsector de las instituciones en salud mental que ofrecen internación para personas con padecimiento mental, consultamos el registro federal de establecimientos de salud (REFES)<sup>2</sup>, generado por el Ministerio de Desarrollo Social y Salud mediante la Secretaría de Gobierno de Salud, la Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria y la Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. A continuación expondremos en la tabla 1 la cantidad de instituciones discriminada por provincias.

---

<sup>2</sup> Recuperado de: <http://www.datos.salud.gob.ar/dataset/listado-establecimientos-de-salud-asentados-en-el-registro-federal-refes/archivo/265d939a-2461-482c-8445-bbaa60f97367>

**Tabla 1.1.** Cantidad de instituciones discriminada por provincias

Provincia	Cantidad de establecimientos especializados en salud mental con internación.	
	Privadas	Públicas
Buenos Aires	206	10
CABA	33	5
Catamarca	1	1
Chaco	4	1
Chubut	9	Sin datos
Córdoba	9	3
Corrientes	2	2
Entre Ríos	8	4
Formosa	Sin datos	1
Jujuy	1	1
La Pampa	1	Sin datos
La Rioja	5	Sin datos
Mendoza	17	2
Misiones	3	1
Neuquén	3	Sin datos
Salta	6	4
San Juan	7	1
San Luis	Sin datos	1
Santa Cruz	Sin datos	1
Santa Fe	32	4
Santiago del Estero	2	1
Tierra del Fuego	1	Sin datos
Tucumán	9	3
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del REFES

En Argentina, al momento de redactar este documento, se contabilizan 359 instituciones privadas identificadas como “establecimientos de salud con internación especializada en salud mental”. Por definición, estas organizaciones se caracterizan por prestar asistencia sanitaria en régimen de internación, destinada a resolver la demanda específicamente neuropsiquiátrica y/o de adicciones. En el marco de un paradigma tutelar

en materia de salud mental, anterior al actual de derechos humanos, este tipo de instituciones se concretaban en la figura del “hospital monovalente de psiquiatría”.

Consideramos importante mencionar que a su vez, los establecimientos de salud mental privados pueden pensarse en relación a una entidad que los suele nuclear: la Cámara Argentina de Clínicas y Establecimientos Psiquiátricos (CACEP). Este es un organismo que representa a prestadores privados en el terreno de salud mental. Entre sus actividades incluye suscribir los convenios colectivos de trabajo y las negociaciones con las obras sociales que involucran a sus integrantes.

En la provincia de Buenos Aires hay 206 registrados establecimientos de salud mental privados. En la ciudad de La Plata, capital de la provincia, existen 17 establecimientos con las mismas características.

Por todo lo expuesto, nos parece relevante visibilizar el peso que adquiere haber realizado una investigación en un establecimiento de salud mental dentro de esta área geográfica. Más de la mitad (57%) de este tipo de establecimientos se localizan en la provincia de Buenos Aires. Nuestro caso es representativo de esta realidad. De esta manera, puede dar lugar a futuras aproximaciones en otros dispositivos de este tipo que compartan suelo bonaerense y por ende, de manera normativa, también características estructurales y legales.

En cuanto a las capacidades de internación que tienen las instituciones anteriormente mencionadas, en Argentina en el año 2005 existían 25.000 plazas (“camas”) destinadas a usuarios/as con padecimientos mentales. Un tercio, aproximadamente 8000 plazas, pertenecían a clínicas privadas de salud mental (*Mental Disability Rights International* y CELS, 2008). No nos es posible desagregar este indicador para la provincia de Buenos Aires por falta de información actualizada y de acceso público, que dé cuenta de indicadores en materia de salud mental y trabajo.

La información más actualizada con la que contamos respecto de la atención en salud mental y la cantidad de personas internadas, es la elaborada por el Programa de Salud Mental de la Comisión Provincial por la Memoria (CPM). Este es un organismo de derechos humanos que interviene en los lugares de alojamiento de personas con padecimiento mental para el efectivo cumplimiento de las leyes. Con el propósito de explicar las condiciones en las que se brinda la atención sanitaria en estos

establecimientos, recalcamos que las internaciones por padecimientos mentales cuando son involuntarias, restringen la autonomía de las personas. Por esta razón, se las considera bajo la figura de “personas privadas de la libertad por razones de salud mental”

Según el Informe anual 2018 de la Comisión provincial por la Memoria (CPM), durante el año 2016 en la provincia de Buenos Aires la cantidad de personas privadas de la libertad por razones de salud mental a disposición de organismos judiciales ascendía a 12.336<sup>3</sup>. El censo oficial realizado en el año 2016 por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, registró que 2.443 de esas personas se encontraban alojadas en hospitales públicos monovalentes de salud mental (manicomios). Destacamos que en las clínicas privadas de salud mental, el tipo abordado en esta investigación, se alojaba cerca del 80% de la población de la provincia de Buenos Aires que sufría una internación involuntaria por un padecimiento mental.

Sería relevante cuantificar las prácticas asistenciales, el número de plazas y el impacto económico de las instituciones de salud mental privada en la región de La Plata. Desafortunadamente, no hallamos publicaciones actuales al respecto e informantes claves<sup>4</sup> nos indicaron que no hay datos actuales, sistematizados ni precisos.

Es notable la dificultad para acceder a información oficial actualizada respecto de los establecimientos de salud mental. Esto lo observamos al no haber encontrado nóminas actualizadas y precisas de estos establecimientos ni indicadores estatales exhaustivos sobre las condiciones en las que los establecimientos funcionan.

Asimismo, resulta clave pensar en las disposiciones legales que atraviesan al sector para comenzar a observar los desfases entre lo que se propone y lo que se ejecuta. Para citar un ejemplo, según la reglamentación actual,

---

<sup>3</sup> Es obligatorio frente a una internación involuntaria que el equipo de salud informe al juez competente dentro de las 10 horas de producida la internación involuntaria. El juez se encarga de controlar la legalidad de la internación. Véase art. 21 de la LNSM y su decreto reglamentario.

<sup>4</sup> Se consultó al Lic. Héctor Calvo, Director de la Especialización en gestión de organizaciones de salud de la Universidad Nacional de La Plata, y al Sr. Ricardo Padrón, Secretario Adjunto de ATSA La Plata.



los establecimientos monovalentes<sup>5</sup> públicos y privados deben desarrollar proyectos de adecuación y sustitución para el año 2020. Esto se debe a que está prohibido en todo el territorio argentino la apertura de nuevos establecimientos monovalentes y los que están deben ser adecuados a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657<sup>6</sup>.

A continuación presentaremos los principales hitos en términos legales que determinan los aspectos legales del sector: La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657y el Convenio Colectivo de Trabajo 122/75 con actualizaciones-

## 1.3. Aspectos legales del sector

### 1.3.1 La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial N° 14.580

El subsector se encuentra atravesado por aspectos jurídicos-normativos que determinan concepciones sobre el campo y delimitan prácticas concretas. La ley N°26.657 es el principal documento de referencia a nivel nacional sobre salud mental. Fue sancionada y promulgada hacia el año 2010 y tres años después se produjo su reglamentación mediante el decreto N° 613/13.Su ámbito de aplicación atañe a los servicios y efectores públicos y privados de salud mental dentro del territorio nacional. Por ende, esta ley es la que rige en la clínica bajo estudio, la cual debe adecuarse a sus pautas. La principal autoridad de aplicación de la ley era el Ministerio de Salud de la Nación, actualmente devenido Secretaría a nivel nacional. A su vez, la ley promueve la creación de un Órgano de Revisión que se encarga de supervisar y cumplimentar lo previsto por ella (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

El espíritu del documento se sustenta en un paradigma de derechos humanos, dejando atrás una perspectiva tutelar para el campo. El paradigma de derechos humanos ratifica la consideración de los/as destinatarios/as de la norma como sujetos plenos de derechos y no meros

---

<sup>5</sup> Hospital monovalente hace referencia a aquellos que atienden una sola especialidad, psiquiatría por ejemplo.

<sup>6</sup> Art. 27 de la LNSM y decreto reglamentario 603/13.

objetos de atención sanitaria. El documento propone la participación democrática y activa de los sujetos sobre sus procesos de padecimiento mental (Barukel, 2013). En coherencia con esto, entre los objetivos principales del texto se encuentra la garantía y protección de la salud mental de todas las personas. Esto se desprende de ponderar que todas/os podemos ser potenciales usuarias/os del sistema de salud en general y del subsector de salud mental en particular. Asimismo, la ley busca asegurar el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional.

Este cambio de nominación no es ingenuo, sino que se sustenta en una concepción de salud y enfermedad integral. Al reconocer que una persona puede atravesar un padecimiento mental, no se subsume el núcleo de su identidad a una “enfermedad mental”. Por el contrario, se contemplan coyunturas particulares, transitorias y/o contingentes dentro de un proceso de salud y enfermedad que es histórico, económico y social. Estas pueden requerir en cierto momento de distintos tipos de tratamientos. En este movimiento, la ley parte de la presunción de capacidades de los sujetos y advierte sobre el riesgo de diagnósticos psicopatologizantes que tiendan hacia prácticas estigmatizantes, discriminatorias, excluyentes y segregativas (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

Seguendo a Stolkiner (2012), tanto los/as usuarios/as como su contexto significativo (familiares, allegados/as, amigos/as) actualmente se pueden pensar como nuevos actores-actrices dentro del campo de la salud mental. Estos/as resultan indispensables para democratizar las relaciones de poder que eran inherentes al saber disciplinario (especialmente médico) hegemónico. Sus intereses en el sector resultan principalmente del contacto directo con situaciones de padecimiento mental que vivencian y/o acompañan.

Desde la ley, se propone una concepción de salud y enfermedad integral e integrada pensada como un proceso donde múltiples componentes contribuyen al mismo. Entre ellos se mencionan los aspectos históricos, culturales, sociales, económicos, biológicos y psicológicos que hacen a la salud y a la enfermedad. En esta mirada amplia, se incorporan a los consumos problemáticos como una temática propia del ámbito de la salud mental (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

En coherencia con ello, también se fomentan prácticas en el campo de la salud mental que tiendan a recuperar la subjetividad que circula entre los/as usuarios/as y equipos profesionales. Estas prácticas denominadas “subjetivantes” se centran en la dignidad como categoría, dejando de lado procesos de medicalización y mercantilización. Apuntan a tener presente las historias y recorridos de los sujetos, sus voces y palabras (Stolkiner, 2012). Un aspecto central para que esto suceda se puede pensar en la limitación de la prescripción de psicofármacos. Si estos son dispensados de manera arbitraria, sin fines terapéuticos, contribuyen a la reproducción de prácticas “objetivantes” al acallar al sujeto con padecimiento mental. Por ello, la ley circunscribe la prescripción de medicamentos a medidas que respondan a fines terapéuticos. De esta manera, busca eludir la prescripción de medicación basada en el castigo de las personas con padecimiento mental, la prevalencia de intereses particulares de terceros/as o instituciones y la falta de recursos humanos que puedan contribuir al acompañamiento o cuidados de las personas con padecimiento mental (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

La ley formula para las personas con padecimientos mentales la garantía de derechos básicos reconocidos por la Nación, como puede ser el acceso gratuito, igualitario y equitativo al sistema de salud. También afirma el derecho a la atención sanitaria y social de calidad, basada en principios científicos y éticos. Igualmente promueve el respeto a la intimidad, identidad y contemplación de creencias religiosas o culturales que los/as usuarios/as profesen (Ley n° 26.657, 2010).

En cuanto al tratamiento, se determina que los/as usuarios/as deben recibir tratamientos personalizados, que sean convenientes para ellos/as, respetando su filiación familiar, laboral, social y comunitaria. Los sujetos deben estar informados y comprender fehacientemente el tratamiento que se les plantea como también las alternativas existentes para su atención. Incluso de ser posible se espera que ellos mismos puedan participar de la toma de decisiones sobre su curso (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

Se contemplan múltiples dispositivos de tratamientos en salud mental que apuntan a abordajes ambulatorios por fuera del hospital, basados en principios de atención primaria de la salud. La ley prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes ya sea dentro del sector público o privado. No obstante,

sostiene que deben cuidarse los puestos de trabajo que existen actualmente hasta que se produzca una adaptación a los dispositivos alternativos (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

La internación resulta el último recurso disponible por su carácter restrictivo. Se debe llevar adelante en hospitales generales. Se resalta en la normativa que la internación debe realizarse cuando aporte mayores beneficios que otras medidas terapéuticas. Aun cuando el sujeto se encuentre internado, de ser conveniente, se deben seguir garantizando la participación en este tratamiento de su familia, allegados, entorno social y comunitario. Se pueden conjugar dos tipos de internaciones: voluntarias e involuntarias. Ambas internaciones se realizan bajo la aprobación de un equipo interdisciplinario y cuentan con plazos de tiempos específicos para llevarse adelante. Las internaciones deben ser lo más breves posibles, deben ser registradas y evolucionadas en historias clínicas. En la internación voluntaria, la persona internada presta su consentimiento para esto y puede decidir en cualquier momento el cese de su internación. La internación involuntaria se produce cuando se reconoce un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros/as (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

Todos estos aspectos delimitan normas y concepciones sobre el subsector de salud mental. De la misma manera, también aportan a la constitución de sujetos y contextos con los cuales se trabaja. La ley permite a los/as trabajadores/as contar con directivas prescriptas que hacen a sus procesos de trabajo. No obstante, a lo largo de nuestro análisis sobre la investigación que realizamos, veremos cómo las realidades se alejan de marcos discursivos-normativos que implican alcanzar altos estándares de calidad y servicios para el sector de salud mental.

En lo que respecta al equipo de trabajo, la ley remarca la importancia de la interdisciplina y la intersectorialidad. La interdisciplina hace referencia a un posicionamiento y no a un collage posmoderno de teorías y metodologías de trabajo (Stolkiner, 2017). Se reconoce como parte de un equipo a profesionales, técnicos/as y otros/as trabajadores/as con capacitación y credenciales reconocidas. Es decir, se tiene presente el rol de múltiples agentes de salud mental asociados a áreas como la psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otras. Se postula como imprescindible la capacitación permanente del equipo y la protección de su salud integral. También se formulan

recomendaciones para las universidades del territorio nacional con el objeto de favorecer el conocimiento de la ley y la formación de profesionales de áreas afines al campo de la salud mental bajo sus principios. Se señala la igualdad de condiciones para los/as profesionales con título de grado de ocupar cargos para la conducción y gestión de servicios de salud mental (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013). En la ley, incluso, se democratiza una disputa histórica entre psicólogos/as y psiquiatras, al concederles a los primeros la posibilidad de indicar internaciones, cuestión que anteriormente era incumbencia exclusiva de la medicina (Barukel, 2013).

Hasta aquí, hemos afirmado lo que la Ley Nacional determina para el subsector de salud mental en el territorio Argentino. La provincia de Buenos Aires adhiere completamente a la misma por la Ley n° 14.580 (2013). En ese documento, además la provincia manifiesta los siguientes aspectos: en primer lugar, autoriza al Ministerio de Salud de su jurisdicción a ser la autoridad de aplicación de la ley. En segundo lugar, afirma la creación de un plan nacional por la denominada Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones de ese entonces. En tercer lugar, determina que la Secretaría de Derechos Humanos de la jurisdicción será la encargada de la habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental. En cuarto lugar, anuncia la realización de un informe anual por parte del poder ejecutivo que dé cuenta de la situación de los servicios de salud mental. Finalmente manifiesta la obligación de adhesión de las obras sociales provinciales a la ley.

Es preciso hacer una salvedad: a partir de los cruces entre la jurisdicción nacional y las provinciales, se suelen generar discrepancias sobre las maneras de ejecutar acciones, dispositivos y recursos destinados a la salud mental. De esta manera, se contribuye a incrementar las brechas de equidad, accesibilidad y permanencia dentro de este subsistema de salud al interior del territorio nacional. Este es un aspecto que se visibiliza en el “Plan Nacional de Salud Mental” y que constituye un punto nodal a superar (Ministerio de Salud de la Nación y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013).

En la legislación sobre la temática también se puede deducir el reconocimiento de la circulación de prácticas de atención y de cuidado dentro del subsector de salud mental. Es decir, no solo se contemplan acciones de atención profesional, metódicas y científicamente sustentadas

por parte del personal calificado, sino que también se reconoce la existencia de prácticas de cuidado por parte de trabajadores/as. Estas prácticas están vinculadas con el desarrollo de actos “humanizantes” donde se conjuga lo afectivo y emocional más allá de lo técnico (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). A raíz de lo mencionado, se puede observar que la ley de manera implícita contempla la existencia de prácticas de cuidado, pero a su vez también las invisibiliza ya que el personal, a pesar de estar contemplado en ellas, no es remunerado por estas actividades.

Es importante resaltar para nuestro análisis que, si bien discursivamente la ley dispone los puntos anteriormente explicitados, hay artículos que no han sido reglamentados. Estos son, por ejemplo, aquellos que señalan la concepción propuesta sobre salud mental, el lugar de los diagnósticos, ciertos derechos de personas con padecimientos mentales, el aumento progresivo de partidas presupuestarias para el subsector, el desarrollo de planes gubernamentales de prevención en salud mental e inserción socio-laboral, algunas funciones del órgano de revisión, aspectos de convenios de cooperación entre provincias o disposiciones en relación a la declaración de inhabilitación o incapacidad (Decreto n° 613/13, 2013).

Es decir, la ley expresa una ampliación de derechos y determinadas pautas que inciden en los procesos de trabajo de trabajadores/as del sector. No obstante, en lo concreto de las prácticas se podrían pensar que el nuevo paradigma de derechos humanos propuesto convive con el paradigma tutelar anterior. Esto podría favorecer prácticas fragmentadas dentro del sector centradas en todo caso en lógicas institucionales. El alcance legal es limitado en sus líneas de acción, vigilancia sobre el campo y presupuesto destinado. A esto, se le puede sumar la lucha de intereses y poder de distintos actores: usuarios/as, contexto significativo de usuarios/as, estudiantes, profesionales, organizaciones no gubernamentales, instituciones y empresas que abordan casos de salud mental, industria farmacéutica y Estado (Stolkiner, 2012; Barukel, 2013).

En este campo en disputa, se han visto múltiples atropellos que han llevado a cuestionar los alcances de la ley y su efectiva aplicación. Se pueden circunscribir, por ejemplo, disputas que se reproducen desde antaño en torno al saber y poder médico-psiquiátrico en contraposición con otros modelos de corte social-comunitario. De esta forma, más allá de lo que se observa en la superficie, se persigue la existencia de intereses

corporativos de base positivista y pro-medicalización. Se han registrado objeciones por parte de la psiquiatría frente a la posibilidad de que psicólogos/as ocupen puestos de jefatura en servicios de salud mental de hospitales públicos. Esto se ha concretado en acciones tales como la impugnación de concursos ganados por psicólogos/as. Los argumentos que se daban para este desenlace aducían a la jerarquía del saber y las incumbencias psiquiátricas, cuestión que la ley desestima (Blanco Negro, 2017). Si bien la ley llama a conformar un colectivo de trabajadores/as de la salud en sentido amplio, se siguen reproduciendo luchas por el poder-saber-verdad (Barukel, 2013).

Todos estos movimientos señalados anteriormente favorecen al advenimiento de prácticas expulsivas que pueden afectar a los/as usuarios/as. A la vez, los mismos pueden presionar hacia el corrimiento del subsector de salud mental público en pos del avance de las obras sociales y organismos privados. Es fundamental el rol estatal en tanto actor principal que tiene el deber de velar por la garantía de los derechos humanos. Los aspectos normativos conviven con los reales. Mientras se postula esto, existe un contraste al localizar el avance y la existencia de registros de abusos y violaciones a los principios propuestos por la ley para el campo de la salud mental que van desde incumplimientos más burocráticos y menores, a acciones severas y que atentan contra los derechos humanos de los/as usuarios/as del subsector de salud mental y se configuran como prácticas de tortura (Comisión Provincial por la Memoria, 2018).

Uno de los principales desafíos en torno al subsector de salud mental es no ceder ante los derechos legalmente adquiridos desde un paradigma de derechos humanos. Los aspectos que dan cuenta de las falencias reales registradas en salud mental en el país no pueden ser utilizadas como elementos suficientes para intentar ir en contra del corpus legal. La posibilidad de implementar fehacientemente la ley va de la mano de políticas públicas a mediano y largo plazo que excedan la mera voluntad política de turno. De esta manera, se requiere de inversiones que apuesten a la garantía de recursos económicos reales para el subsector de salud mental. A la par, es necesario implementar la adecuación y regulación de las condiciones y medioambientes de trabajo requeridos para las tareas específicas de este subsector de salud.

### **1.3.2 El Convenio Colectivo de Trabajo n° 122/75 y actualizaciones**

Otro aspecto que hace al marco legal en lo que respecta al personal de salud del subsector privado es el Convenio Colectivo de Trabajo 122/75 y sus actualizaciones. Así, las clínicas de salud mental privadas están reguladas por el mismo. Los Convenios Colectivos de Trabajo son contratos que suscriben trabajadores/as, en general a través de sus gremios, con los empleadores. El Convenio Colectivo de Trabajo n°122/75 reglamenta las funciones correspondientes a las categorías laborales de quienes trabajan en establecimientos de salud privada (excluyendo a los médicos). Es decir especifica el trabajo prescripto, las remuneraciones vigentes y define el marco normativo para las condiciones de contratación de los asalariados del sector.

La estructura del Convenio Colectivo de Trabajo es del año 1975, periódicamente se actualizan los montos de las retribuciones salariales y otras particulares, pero sus directrices generales permanecen invariables. En lo propio de salud mental, se trata de un texto creado desde el paradigma asistencial alienista, donde se restringe la autonomía de los sujetos clasificados como “enfermos mentales” y enmarcada en un modelo de atención médico-hegemónica que centra su accionar en la disminución y/o contención de la sintomatología propia de la enfermedad. Es decir que el encuadre de la actividad de quienes trabajan bajo este convenio está desactualizado, fuera de norma y de paradigma. Esto no puede más que afectar a los/as trabajadores/as quienes, en la práctica más inmediata y prescripta, se encuentran con una regulación obsoleta y en franca contradicción con las leyes provinciales y nacionales. Todo esto, por supuesto repercute en los/as usuarios/as. A modo de ejemplo en el inciso 12 del art. 7 de dicho convenio, se prescribe como función del personal que atiende a enfermos mentales y nerviosos, “reducirlos si se descomponen”. Dentro del paradigma actual, es inviable hablar de reducir personas, un lenguaje propio de las fuerzas de seguridad. En todo caso se habla de contención frente a situaciones de crisis y estas contenciones están fuertemente protocolizadas.

Por otra parte, en el convenio no se reconoce una perspectiva de género, ello en función de cómo son enunciadas las categorías profesionales y sus roles. Aquellas categorías que históricamente fueron asociadas a las mujeres se redactan en femenino y las históricamente asignadas a varones



en masculino. Por ejemplo: “*obstétricas: es la profesional con título habilitante dedicada a su misión específica*” ó “*instrumentadora: es la que tiene por función la tarea de instrumentación para intervenciones quirúrgicas, con título habilitante*” (Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina, 1975).

Sin perjuicio de lo mencionado, el texto cobra relevancia no solo por ser el contrato que celebran empleadores/as y trabajadores/as sino porque allí se especifica la jornada y horario laboral, indica las responsabilidades y remuneraciones de cada categoría, las remuneraciones sobre el básico, las licencias correspondientes, etc. Surge a primera vista la necesidad de contar con un convenio actualizado que contemple los cambios tecnológicos y las actualizaciones disciplinares.

Lo hasta aquí desarrollado es importante para contemplar el caso bajo estudio. Por un lado, posibilita aspectos comunes que discursivamente se proponen para el campo. En el mismo movimiento, se ven aspectos que se alejan de lo normativo. Estos desfasajes entre lo prescripto y lo real pueden por un lado generar malestar y sufrimiento entre los/as trabajadores/as; o bien ser puntos de reinterpretación y reconstrucción y contribuir a la libertad y la creación en el trabajo (Dejours, 1998).

A continuación, se caracterizará el caso bajo estudio. De esta manera, se espera resaltar las singularidades de esta clínica de salud privada como también las vinculaciones particulares y generales con el sector.

## 1.4. La Clínica de Salud Mental Privada: nuestro caso bajo estudio

La clínica privada de salud mental donde se llevó adelante la investigación fue creada hace varias décadas en la Ciudad de La Plata. Sus servicios en salud mental se presentan como un sistema integral que articula dispositivos y especialidades mediante el uso de tecnologías orientadas a la rehabilitación. Es decir, sus servicios son parte de un programa donde la atención psiquiátrica ocupa el centro y reúne variadas prestaciones.

El establecimiento posee una capacidad de entre 150 y 200 camas. En términos edilicios, dispone de diversos sectores. Así, en lo que respecta a

internaciones, se encuentra categorizado según “patologías” o tipos de padecimientos mentales de los/as usuarios/as, “edades evolutivas” y también sus respectivos “requerimientos terapéuticos”. Los sectores para este servicio de la clínica son: adultos mayores, gerontes crónicos, adultos con problemáticas psiquiátricas, jóvenes y adicciones. Desde la clínica se promocionan las comodidades que se disponen para atravesar una internación: baños privados en las habitaciones y espacios verdes y recreativos. También se registran dentro de la organización otras áreas diferenciables en relación a servicios ambulatorios de salud mental como son el Hospital de Día y el Centro de Rehabilitación, dirigido a problemáticas neurológicas.

En relación a los servicios de salud de la clínica, los mismos se centran en la asistencia y la atención. Esto es concordante con lo que señala López Carmona (2012) en su investigación sobre la atención en el subsector de salud mental en establecimientos públicos y privados de varios países. Por medio de esa investigación, se concluyó que en el subsector de salud mental predomina la prevención secundaria, entendida como la atención que se genera cuando una situación ya ha causado daños sobre las personas y lo que se busca es un diagnóstico o tratamiento precoz. Por lo general, estas situaciones suelen ser abordadas de forma conjunta por disciplinas asociadas a la salud mental tales como la psicología, la psiquiatría, la terapia ocupacional, la musicoterapia y el trabajo social.

Los servicios dentro de la clínica, se ofrecen como susceptibles de responder a las necesidades requeridas de los/as usuarios/as. Se concentran en un amplio abanico de dispositivos posibles que contemplan las consultas y urgencias domiciliarias, consultorios externos, internaciones, seguimientos post-internación y actividades varias en hospital de día. En términos terapéuticos, se apela a actividades y espacios individuales y grupales donde confluyen saberes “psi” y artísticos.

En la clínica conviven diversos actores. Entre ellos, podemos reconocer a la gestión, el personal administrativo, técnico y profesional, las empresas encargadas de dispensar la medicación requerida, representantes sindicales, de las asociaciones profesionales y de clínicas, los/as usuarios/as y familiares de los/as mismos/as. Esto contribuye a que la organización se encuentre atravesada por discursos, creencias y principios que dan forma a cómo se comprende a la salud, enfermedad, atención y

cuidado. En la misma, circulan ideas heterogéneas sobre la autonomía y responsabilidad de las personas con padecimiento mental, así como también prejuicios asociados a la peligrosidad.

La clínica se encuentra atravesada por múltiples aspectos legales prescriptivos que delinear cómo se podrían configurar los procesos de trabajo requeridos del personal. Así, como se mencionó anteriormente, la organización se encuentra sujeta a leyes, sentencias judiciales, disposiciones legislativas y administrativas, protocolos en el marco de la salud y la salud mental. En paralelo, los procesos de trabajo que se llevan adelante incorporan lo real de normas implícitas que se generan dentro de la clínica

En la clínica la admisión de usuarios/as supone padecimientos que pueden ser agudos o crónicos y necesitar tratamientos ambulatorios o requerir de internación. Así, por un lado, realizan admisiones de usuarios/as que están atravesando padecimientos mentales asociados con cuadros depresivos, consumos problemáticos, o psicosis. Por otro lado, también admiten usuarios/as con padecimientos mentales propios del envejecimiento. Por lo tanto, en la organización conviven sujetos con trayectorias, padecimientos y edades diversas.

Por medio del análisis de los aspectos legales, las normas propias del colectivo de trabajo y la admisión de usuarios/as, podemos visualizar cierta estructura prestacional de la clínica bajo estudio y procesos de trabajo heterogéneos. Así, el personal realiza tareas variadas dentro de los distintos sectores y dispositivos. Esto se produce al tomar contacto con sujetos con padecimientos mentales heterogéneos y por ende tratamientos y requerimientos específicos.

Podríamos pensar que el conjunto de labores que permiten elaborar y brindar el servicio de atención en salud mental está organizado en tres grandes grupos, que se describen a continuación.

En primer lugar, encontramos tareas administrativas centradas en la gestión hospitalaria, los aspectos burocráticos y contables y la garantía prestacional de los servicios. Por lo general, estos puestos tienen un contacto asiduo con usuarios/as y en el caso de darse internaciones, también con el contexto significativo de los/as usuarios/as como pueden ser padres, parejas, hijos, etc.

En segundo lugar, se encuentran las tareas hospitalarias referidas a la atención ambulatoria, hospedaje y estancia de los/as usuarios/as en la clínica. Se agrupan las tareas de la limpieza de los espacios, la preparación y administración de comidas, el aseo asistido, el alistamiento de camas y habitaciones. En este grupo, también consideramos las tareas de mantenimiento y seguridad de los espacios donde transitan los/as usuarios/as.

En tercer lugar, encontramos las tareas terapéuticas propiamente dichas como administración de medicamentos y realización de procedimientos, sesiones dentro de espacios de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional o musicoterapia, actividades grupales e individuales artísticas y lúdicas.

Esta distinción de tareas, contempla saberes y actividades de carácter material o inmaterial, algunas que pueden resultar más valoradas que otras por su carácter concreto o especializado. Por ende, se entreteje una compleja red que contribuye a organizar y dar sentido a los saberes y prácticas propias de los procesos de trabajo de salud mental.

## 1.5. La Clínica de Salud Mental privada como espacio psicosocial

En este apartado, presentaremos información relevada respecto de las trabajadoras de la Clínica bajo estudio, con la finalidad de construir un perfil sociodemográfico de dicha población. En relación a lo expresado anteriormente, los diversos procesos de trabajo y sus lógicas, requieren de la coordinación necesaria y suficiente para el logro de sus objetivos con eficiencia y eficacia. A la par, resulta fundamental para el colectivo laboral, procurar la cooperación y confianza dentro del grupo y los subgrupos para realizar una práctica asistencial interdisciplinar, tal como propone el nuevo paradigma de atención en salud mental.

Por otra parte, tenemos en cuenta para el análisis la complejidad de toda organización, ya que la influencia de factores políticos, culturales, sociales y económicos, frecuentemente chocan con las realidades internas de la organización que poseen una lógica de funcionamiento en particular. En este sentido, como espacio psicosocial las trabajadoras construyen significaciones compartidas, necesarias para la elaboración de reglas de convivencia y del oficio. En nuestro caso, como se expondrá a

continuación, esta cuestión cobra mayor importancia, ya que parte de los integrantes de la Clínica provienen de otros países, atravesados por sus particularidades culturales.

El trabajo de campo permitió encuestar a 63 personas de un total de 78 trabajadoras que desempeñan sus funciones en diferentes agrupamientos laborales, mayoritariamente enfermería y mucamas.

A continuación presentamos en la tabla 2 la distribución del personal encuestado por puestos. Hacemos la salvedad que la tabla se construyó a partir de las respuestas facilitadas por las trabajadoras en el marco de una encuesta. Es decir, optamos por presentar los puestos a partir de las percepciones de las trabajadoras sobre sus realidades, más allá de lo que podría dilucidarse a partir de un listado oficial favorecido por la organización.

**Tabla 1.2.** Distribución del personal encuestado por puestos

Tipo de puesto	Casos	Porcentajes
Administrativo/a y contable	3	4,8%
Auxiliar de enfermería	5	7,9%
Cocinera/o	3	4,8%
Encargada/o supervisor/a de sector	4	6,3%
Enfermera/o	24	38,1%
Mucama/o	22	34,9%
Profesionales de salud mental	2	3,2%
Total	63	100%

Si profundizamos en los tipos de puestos de las personas encuestadas en la clínica, observamos que la mayoría de las respuestas provienen de enfermeras y mucamas. Las enfermeras y mucamas se distribuyen en todos los sectores de la clínica, siendo los sectores de adultos mayores,

gerontes crónicos y rehabilitación donde se localiza mayor presencia de personal.

Otro dato de interés está representado por la nacionalidad de las trabajadoras. Por medio de esto, se aporta información acerca de la construcción del ambiente laboral como espacio psicosocial, donde se expresa la diversidad cultural y refleja una realidad laboral mundial referida al trabajo en salud. El trabajo de cuidado se caracteriza, entre otros aspectos, por ser realizado mayoritariamente por mujeres y migrantes, proceso que ha dado lugar en las últimas décadas a una cadena internacional del cuidado (Moliner, 2012).

En este sentido, la encuesta relevó que es altamente significativa la población femenina que trabaja en la Clínica, ya que del total de las personas encuestadas el 84,1% son mujeres (53 casos) mientras que solo el 15,9% (10 casos) son hombres. A su vez, sobre el total de la encuesta, advertimos que el 71% (44 casos) es de nacionalidad argentina, mientras que el 29% (18 casos) posee otra nacionalidad. Este grupo de personas, declara ser proveniente de países como Bolivia (8 casos), República Dominicana (4 casos), Perú (3 casos), Paraguay (2 casos) y Colombia (1 caso).

Observamos cierta división sexual del trabajo tradicional. Esto se produce en tanto las tareas realizadas por las mujeres son preponderantemente las administrativas, de enfermería, limpieza y cocina. Por su parte, el componente masculino se encuentra mayormente representado en los puestos de enfermería (en proporción mucho más baja que las mujeres), seguridad y mantenimiento. Podemos pensar que dentro de la organización impera un orden simbólico que modela un tipo de sujeto trabajador/a, sus lazos de pertenencia y cohesión interpersonal que instituyen una naturaleza social en roles de género (López Carmona, 2012).

Con respecto al nivel de estudios que acreditan las trabajadoras, las respuestas mayoritarias indican la fragmentación en dos grupos. Un primer grupo lo componen quienes han alcanzado un nivel educativo primario-secundario. Un segundo grupo se constituye con quienes han accedido a un nivel educativo terciario-universitario. Podemos suponer que esta división es otra de las maneras en que se expresa la profesionalización del trabajo de cuidado. Así, el 22,2% (14 casos) posee una formación universitaria completa. El 20,6% (13 casos) ha alcanzado

el nivel secundario completo. También, en paridad, el 20,6% (13 casos) registra un nivel de estudios primario completo. Finalmente, un porcentaje menor posee formación de nivel terciario completo (11,1% con 7 casos), como asimismo estudios incompletos correspondientes a los cuatro niveles indagados.

**Tabla 1.3.**

<b>Nivel educativo alcanzado</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria Incompleta	2	3,2%
Primaria Completa	13	20,6%
Secundaria Incompleta	8	12,7%
Secundaria Completa	13	20,6%
Terciaria Incompleta	2	3,2%
Terciaria Completa	7	11,1%
Universitaria Incompleta	4	6,3%
Universitaria Completa	14	22,2%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

En cuanto a la edad de quienes trabajan en la Clínica de salud mental, el promedio es de 45 años. Se consigna una edad mínima de 23 años y una edad máxima de 67 años. Otro ítem relevado es la antigüedad, tanto en la organización como en el cargo que desempeña actualmente. En la organización, se evidencia 11,6 años como la media del ítem en cuestión y una antigüedad máxima consignada de 32 años. Con respecto a la antigüedad en el cargo actual, el promedio corresponde a 8,2 años, registrándose una antigüedad máxima en el puesto de 28 años. Estos valores son significativos, ya que dan cuenta de una población de edad media, con un vínculo estable de muchos años, y con importante experiencia en su actividad de trabajo. Ambos aspectos pueden tener una

incidencia favorable con respecto a la cohesión grupal y la relación de pertenencia con la organización.

Respecto del lugar de residencia de las trabajadoras encuestadas, residen en su mayoría (76,2% - 48 casos) en la localidad de La Plata, seguido de la localidad de Berisso donde viven el 7,9% (5 casos) de las trabajadoras. En números menores, otras trabajadoras habitan en los barrios del Gran La Plata. De acuerdo a esta información, la mayoría reside en el casco urbano de la ciudad de La Plata, donde se ubica su establecimiento laboral.

En relación a la composición socio-familiar, se relevó que la mayoría de las trabajadoras convive con su esposo/a o pareja e hijos/as (33 casos), seguido de quienes viven con sus hijos/as solamente (12 casos). En menores cantidades, las trabajadoras habitan con su esposo/a o pareja (8 casos), con sus hijos/as (12 casos) u otros familiares (9 casos), o solos (7 casos). El 87,3% (55 casos) de las encuestadas manifiesta tener hijos/as, mientras que el 12,7% (8 casos) no los tiene.

Esta información relevada se complementa con la responsabilidad que asumen las trabajadoras en cuanto al sostén económico del hogar, y de la atención de familiares dependientes. Al respecto, un alto porcentaje de trabajadoras manifiesta tener una responsabilidad total por sustento de su familia (44,4% - 28 casos), y en proporción cercana están quienes tienen una responsabilidad compartida (39,7% - 25 casos). Solo el 15,9% es decir 10 casos, trabaja para sostener sus propios gastos. Sobre la pregunta que indaga la responsabilidad con respecto al cuidado regular de personas mayores, enfermas o discapacitadas, las respuestas señalan que el 15,9% (10 casos) realiza con regularidad estas tareas no remuneradas dentro o fuera de su hogar, y en forma ocasional el 3,2% (2 casos).

En función de lo expuesto, observamos que las trabajadoras están expuestas también a demandas familiares que pueden representar una carga psíquica y doble presencia. El 44% de las trabajadoras es el único sostén del hogar, absorbiendo sobre sí las responsabilidades de sostén y cuidado de su familia. También, un 15,9% de las trabajadoras encuestadas realiza tareas de cuidado de algún familiar allegado, incrementando las demandas emocionales vivenciadas en los roles asumidos. Para sostener un relativo equilibrio bio-psico-social y preservar su salud mental, las trabajadoras hacen “negociaciones” con la organización, sus compañeras/os de trabajo, sus familiares y sus propias



expectativas, a veces resignando o privándose de lo necesario (por ejemplo tiempo para hacer actividad física) o lo deseado. En tal sentido, compatibilizar las exigencias laborales con las familiares se torna fundamental, en pos de la reducción del conflicto en las relaciones laborales y las familiares, aún más en los casos con pluriempleo.

Los resultados de la encuesta revelan que 14 trabajadoras (22,6%), tienen un vínculo laboral con otra organización, del ámbito público o privado, además del trabajo que realizan en la Clínica de Salud Mental. Esto expresaría la necesidad de incrementar sus ingresos para sostener la economía familiar, o por ser único sostén. El tiempo y el desgaste psíquico y físico que conlleva sostener un trabajo y la familia, se incrementa en los casos de pluriempleo o de atención de familiares enfermos o discapacitados, lo cual puede obstaculizar la participación de las trabajadoras en actividades sociales, culturales y ciudadanas.

Con respecto al vínculo con la organización sindical, se consultó a las trabajadoras sobre su participación gremial como delegada o militante, obteniendo como respuesta afirmativa que un 15,9% es decir 10 casos, están afiliadas. Se pone de manifiesto el moderado rol que ocupa para estas trabajadoras la necesidad de vincularse y participar con la entidad que representa al colectivo en sus intereses comunes, además de asumir su rol prescripto dentro de la Clínica de Salud Mental.

De la información cualitativa aportada en las entrevistas, surgen datos que hacen a la idiosincrasia de la Clínica. Aparece la organización como una gran familia, proveedora de sustento y formación, por cuanto hay una tradición de incorporar como empleadas/os a personas familiares entre sí. También surge la contracara, que muestra a la misma organización con su rostro de empresa con fines de lucro. Allí prima la eficiencia y la eficacia, como la calidad del servicio brindado, por ello el juicio emitido por las personas usuarias de las prestaciones es muy importante y puede afectar positiva o negativamente a las trabajadoras. Otro juicio de importancia es que el que emiten los propios pares y los miembros de otros colectivos laborales, ya que tal como se señaló anteriormente, el abordaje del trabajo de cuidado involucra diferentes agrupamientos y modos de “saber hacer con otros/as”.

En síntesis, la Clínica de Salud Mental es una organización que brinda atención y cuidado a personas con padecimiento mental, abordando problemáticas vinculadas a la depresión, psicosis, adicciones, y patologías

psiquiátricas derivadas de demencias seniles y trastornos neurológicos. La edad de los/as usuarios/as va desde adolescentes hasta adultos/as mayores. La modalidad terapéutica implementada por la Clínica es tanto de internación como ambulatoria, a través de consultorios externos, Hospital de día y Rehabilitación. Trabajan desde un enfoque, al menos en lo discursivo, interdisciplinario.

Se destaca que el perfil sociodemográfico de las trabajadoras no solo está altamente compuesto por mujeres, también posee un componente migratorio variado, aunque la mayoría es de nacionalidad argentina. Tal como se señaló, la realidad laboral de la Clínica expresa la diversidad cultural y sexual referida al trabajo en salud reflejada a nivel mundial. El trabajo de cuidado se caracteriza, entre otros aspectos, por ser realizado mayoritariamente por mujeres y población femenina migrante. En cuanto a la edad, las 53 mujeres y 10 hombres encuestadas/os dan cuenta de una población de mediana edad, representada por un promedio de 45 años.

Con respecto a la relación con la organización, las trabajadoras de la Clínica mantienen un vínculo estable y sostenido en un tiempo prolongado con la misma (antigüedad promedio es de 11,6 años); también se evidencia que es un plantel que poseen los conocimientos, habilidades y la práctica necesaria para realizar un trabajo de calidad. Esto se sustenta en la *expertise* adquirida de la antigüedad en el cargo actual y el alto nivel de educación-formación (universitario/terciario). Otro dato de interés lo constituye el lugar de residencia, donde se observa que más de la mitad de las encuestadas organiza su vida en cercanía a su lugar de trabajo, al habitar en el casco urbano de la ciudad.

Para finalizar, recordemos que el cambio de paradigma sobre la concepción de la salud mental, y su modo de abordaje, requiere visualizar y reflexionar sobre cómo se diseñan, coordinan, supervisan y ponen en práctica diversas actividades. Todo ello por medio de la consideración, respeto y garantía de los derechos humanos de quienes son usuarios/as de atención y cuidado como también de quienes conforman el personal/equipo de salud mental. Durante todo el análisis de los ejes que dan cuenta de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo se tendrá presente esto. Entendemos que desde lo normativo se propone un panorama ideal-idílico que resulta muy difícil de llevarse adelante con los recursos, problemáticas, capacitaciones, información que hoy por hoy se disponen para el sector de salud mental en Argentina.

## Referencias bibliográficas

- Asociación de Trabajadores de la Sanidad Privada (1975). Convenio Colectivo de Trabajo N° 122/75.
- Barukel, A. (2013). La nueva ley de Salud Mental y los actores: de corporativismos palaciegos y de oportunidades para la superación. Aportes desde el análisis de políticas. *Salud Mental y Comunidad*, 3, (3). Pp. 41-50.
- Belló, Mariana, & Becerril-Montekio, Victor M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53 (Supl. 2), s96-s109. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es&tlng=es).
- Blanco Negro (9 de mayo de 2017). Crece la disputa entre psicólogos y psiquiatras por las jefaturas de Salud Mental en los hospitales públicos. Info Blanco sobre Negro. Recuperado de <http://www.infoblancosobrenegro.com/noticias/16579-crece-la-disputa-entre-psicologos-y-psiquiatras-por-las-jefaturas-de-salud-mental-en-los-hospitales-publicos>
- Comisión Provincial por la Memoria. (2018). Informe Anual 2018. El sistema de la crueldad XII Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad y niñez en la provincia de Buenos Aires (12). Recuperado de: [http://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informes anuales/Informe\\_2018.pdf](http://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informes anuales/Informe_2018.pdf)
- Decreto n° 613/13. Reglamentación de la Ley de Salud Mental n° 26.657. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Argentina, Buenos Aires. Argentina, 25 de Mayo de 2013.
- Dejours Ch. (1998) De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo En Dessors D., y Guiho- Bailly M.P. (Comps.) *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*, Argentina: Asociación trabajo y sociedad. PIETTE. Lumen Humanitas.
- Dirección de capacitación y desarrollo de trabajadores de la salud (2017). Informe de Medición y Monitoreo. Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio>.
- González García G. y Tobar, F. (1997). *Más Salud Por El Mismo Dinero*. Argentina: Ediciones Isalud.
- González García G. Y Tobar, F. (2004) *Salud Para Los Argentinos*. Argentina: Ediciones Isalud.

- Ley n° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Argentina, 2 de diciembre de 2010
- Ley n° 14.580. Ley Provincial de Salud Mental. Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Legislatura de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires, 27 de noviembre de 2013.
- Mental Disability Rights International y CELS (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 21, (1). Pp.217-224.
- Ministerio De Salud Y Ambiente De La Nación (2005). *Informe De Gestión 2004*. Argentina: Editorial Latingráfica.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *Salud y Sociedad. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). *Plan Nacional de Salud Mental*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Neffa, J. C. (2016). *Los Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Contribución a su Estudio*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Moreno.
- Stolkiner, A. (2012). Nuevos Actores del campo de la salud mental. *Intersecciones Psi*, 2 (4).
- Stolkiner, A. (2017). El enfoque interdisciplinario en el campo de la salud/salud mental y la perspectiva de derechos En Fernández Castrillo (Comp.) *Salud mental, comunidad y derechos humanos*, Uruguay: Psicolibros Universitarios.