

**INSTITUTO ARGENTINO DE PROFESORES
UNIVERSITARIOS DE COSTOS**

**XXXIX CONGRESO ARGENTINO DE PROFESORES
UNIVERSITARIOS DE COSTOS**

PRODUCIR TRABAJO ES PRODUCIR SALUD

**Categoría Propuesta:
Resultados de proyectos de extensión**

Autor

José Puccio (Socio Activo)
jpuccio@fce.unl.edu.ar

Colaboradores (Coordinadores de “Emilianas”)

**María Soledad Schmuck, Natalia Colombo, Nicolás Trempos,
Olga Dutto, Viviana Becker**
emprendimientoemilianas@gmail.com

San Miguel de Tucumán, agosto de 2016

PRODUCIR TRABAJO ES PRODUCIR SALUD

INDICE

Resumen

1. Introducción
2. Marco teórico: Extensión, Economía Solidaria y Salud Mental
3. Definición del problema abordado
4. Metodología de trabajo
5. Vínculo con Políticas Públicas
6. Caso “Proyecto E”: Vínculo Universidad – Medio social
7. Resultados obtenidos.
8. Caso “Proyecto E”: Perspectivas
9. Conclusiones

Anexo I - Información Resumida de los Proyectos

Anexo II - Información Resumida de la Producción

Bibliografía

PRODUCIR TRABAJO ES PRODUCIR SALUD

Categoría Propuesta: Resultados de proyectos de extensión

RESUMEN

Una Institución Universitaria en cumplimiento de sus funciones principales: Docencia, Investigación y Extensión se vincula con el medio social de una manera poco frecuente para los alcances de una Facultad de Ciencias Económicas.

Creemos que la experiencia es novedosa, comprometida. En ella la acción ha sido centro y motivo sin dejar de estar construida con sólidas bases conceptuales y metodológicas.

Las articulaciones son múltiples aunque cabe destacar el trabajo multidisciplinario y en especial la coordinación con profesionales de distintas ramas que involucran la salud y representantes de la carrera de Trabajo Social.

El trabajo presentado tiene por objetivo mostrar los resultados de varios proyectos de extensión que se fueron encadenando y también mostrar la presentación de un nuevo proyecto de extensión que se comenzó a ejecutar en 2016.

El centro de la propuesta es compartir, poner en discusión, en definitiva abrir un espacio de debate alrededor de un nuevo proyecto de extensión cuya finalidad es: “Aportar el conocimiento interdisciplinario en Administración y Trabajo Social al proceso de consolidación de Empresas Sociales de Salud Mental.”

1. INTRODUCCIÓN

Se presenta una experiencia de extensión, formalizada mediante una serie de proyectos y otras actividades de extensión que se fueron encadenando con el transcurso del tiempo en una Institución Universitaria.

El anclaje original de esta experiencia es el de la Facultad de Ciencias Económicas, representada por un grupo de docentes de diferentes cátedras (Costos y Gestión, Contabilidad de Costos, Sistemas de Información Gerencial, Seminario Integrado de Sistemas de Información, Contabilidad para Administradores, Contabilidad Básica).

La experiencia se vincula también con determinados proyectos de investigación, constituyendo un espacio de confluencia de las diferentes funciones principales de la Universidad.

El proceso presentado está inserto en el marco geográfico y político de una determinada Provincia Argentina, en la que se ha desarrollado un programa denominado "Sustitución de Lógicas Manicomiales".

Esperamos poder mostrar en este trabajo cómo se llega a vincular estas dos cuestiones que aparentan ser muy lejanas entre sí.

2. MARCO TEÓRICO: EXTENSIÓN, ECONOMÍA SOLIDARIA Y SALUD MENTAL

Para ubicar el trabajo en su marco conceptual debemos referirnos a la Extensión Universitaria, la Economía Social y Solidaria (ESyS) y la Política pública en Salud Mental.

2.1. Extensión Universitaria

La extensión universitaria vincula a la universidad con el marco social que la rodea. En una práctica de extensión habrá por lo menos dos partes (universidad y actores sociales) que se vinculan transitoriamente para potenciar algunos de sus intereses.

Estamos lejos de considerar que uno de los participantes aporta mientras el otro recibe, por el contrario consideramos a estos procesos como espacios de construcción en común, en los cuales todos los intervinientes incluyendo las diversas instituciones y todas las personas que las representan son propietarios de saberes, en el más amplio sentido, que se aportan a un colectivo de edificación que pertenece a todos.

Entendemos que una práctica de extensión debe contar con una planificación estratégica que incluya el sostenimiento de las acciones en el futuro, cuando la intervención haya concluido. Siguiendo tal planteo, nos sentimos identificados con la forma en que el profesor Dr. Carlos Díaz Llorca presenta el tema de estrategia de valores, quien dice: "...tenemos que buscar la forma de cómo sembrar valores que sirvan a grupos particulares de trabajo y a la organización en su conjunto" (Díaz Llorca, 2010:64).

Esta "siembra de valores" supone que luego de un tiempo habrá cosecha y llegará así el momento de dar por terminada la tarea. Cada parte podrá continuar su vida institucional habiendo sumado a su saber nuevas habilidades y capacidades obtenidas durante el proceso durante el cual se ha mantenido un vínculo que ahora finaliza.

Esa finalización está referida a la conclusión de los proyectos en su consideración formal, es decir al cumplirse los plazos de ejecución. Ya que las relaciones institucionales y

personales, abonadas por la tarea de construcción compartida, se extenderán en la mayoría de los casos hacia nuevas propuestas.

2.2. Economía Social y Solidaria

Se reconoce a José Luis Coraggio como uno de los principales autores argentinos en este campo. Una primera conceptualización que él aporta habla de la Economía Social.

La “economía social comienza a surgir cuando las personas y familias, con el reconocimiento y apoyo de los actores públicos, cooperan en comunidades, asociaciones y redes, porque advierten que son artífices de una parte al menos, de sus condiciones de vida y que la solidaridad no es solo un valor, sino una necesidad para sobrevivir o para vivir mejor” (Coraggio, 2008).

Más cercano en el tiempo comenzó a utilizarse una nueva denominación que agrega un sentido importante a la definición de este campo del conocimiento y que es la solidaridad. El propio Coraggio, en su obra “Economía Social y Solidaria. El trabajo antes que el capital”, define:

“Economía social y solidaria es un proyecto de acción colectiva (incluyendo prácticas estratégicas de transformación y cotidianas de reproducción) dirigido a contrarrestar las tendencias socialmente negativas del sistema existente, con la perspectiva –actual o potencial– de construir un sistema económico alternativo” (Coraggio, 2010: 381)

En la “Provincia”, las Mesas de Diálogo Regionales han elaborado el “Acuerdo básico de Organizaciones de la ESyS para la construcción de una Ley de ESyS”. Allí se define:

“La Economía Social y Solidaria es el sistema socioeconómico, político, cultural y ambiental conformado por personas físicas o jurídicas que de manera vinculada buscan la satisfacción de sus necesidades y la de sus comunidades a partir de la producción de bienes y servicios, su distribución, circulación, comercialización, financiamiento y consumo digno y responsable.

Caracterizan a este sistema las prácticas solidarias, asociativas, cooperativas, la participación democrática en la toma de decisiones, la autonomía de la gestión, la primacía del ser humano y del fin social sobre el capital, la equidad social y de género, el respeto a la naturaleza, la diversidad cultural y el desarrollo local, y tiene por finalidad el desarrollo integral del ser humano y la democratización y no concentración de la economía.” (Mesas de Diálogo Regionales, 2013)

2.3. Política pública en Salud Mental

Nota: Para la presentación de este punto se ha recurrido a un conjunto de escritos utilizados por el equipo extensionista como base de sustento para la presentación de los proyectos de extensión e investigación propuestos a la “Institución Universitaria”.

En términos generales, intentando expresar la noción de salud mental como campo podemos enunciar:

El Campo de la salud mental no es un campo homogéneo, sin conflictos, unívoco, sino que es un campo complejo, heterogéneo, plural, que presenta un enfoque transversal de

múltiples saberes, en el que coexisten diversas instituciones, actores, políticas, legislaciones y prácticas direccionadas desde distintos marcos referenciales y diferentes perspectivas teóricas, epistemológicas y ético políticas.

La política pública en salud mental y las prácticas y discursos que la sostienen en cada momento histórico, no son ajenas al desarrollo político, económico y social de cada uno de los pueblos, ni están aislados de lo que acontece de modo global. Es por esto que resulta pertinente contextualizar la situación de salud y salud mental de la Argentina para poder comprender la actualidad como marco desde donde se desarrollan las prácticas en este campo, sus desafíos, tensiones, posicionamientos. Y al mismo tiempo, defender el sentido político desmanicomializador de las prácticas.

Se presentan los elementos básicos para el análisis:

2.3.1. El sistema de salud a nivel mundial.

Tomamos como fuente a Bulard (2010), para caracterizar el sistema de salud a nivel mundial:

- Luego de la segunda guerra mundial nacieron diversos sistemas destinados a garantizar la cohesión social. De alguna manera, constituían dispositivos antilucha de clases. A escala planetaria fue reconocido el "derecho a la salud para todos", y ese progreso llevó a la creación de la OMS en 1948. A pesar de los renovados compromisos de los 194 países de la ONU en Alma-Ata en 1978, actualmente persisten las desigualdades a pesar de los avances científicos tanto entre países como al interior de cada uno de ellos.
- Entre 1990 y 2006, 31 países vieron cómo su esperanza de vida con buena salud disminuía, los principales factores que inciden en ello son los del medio ambiente, la alimentación y el trabajo. Otros de importancia son los del tipo de sistemas de salud y los modos de financiación.
- Aunque actualmente existe una revalorización del sistema público y fuertes críticas al sistema privado, en general no hay medidas concretas que reviertan eficazmente la centralidad del sistema privado para la redefinición de las políticas en salud.
- La década de los 90 marca un generalizado deterioro en los índices de esperanza de vida con buena salud, sobre todo en los países pobres. Según advierte la OMS en su informe de 2008, "las políticas de ajuste estructural hicieron tambalear seriamente el sistema de salud pública; la brecha entre la oferta de atención privada y pública se profundizó". Y "La mercantilización no regulada de los sistemas de salud los hace muy ineficaces y muy caros; acentúa las desigualdades y conduce a una atención de calidad mediocre, e incluso a veces peligrosa".
- Las poblaciones que no tienen atención de calidad ni en cantidad, padecen ante todo enfermedades infecciosas que prosperan en la miseria y por falta de equipamientos sanitarios. Este tipo de afecciones, se reduce con el desarrollo económico, un fenómeno que los especialistas llaman "transición epidemiológica". En los países ricos o emergentes predominan las afecciones crónicas. Asimismo, algunas infecciones que ya habían desaparecido de los países desarrollados - como la tuberculosis- vuelven al centro de la escena. No obstante, el diagnóstico fundamental según el cual la riqueza del país y el nivel de los gastos sanitarios son determinantes para el alargamiento de la vida sigue siendo pertinente.
- Los recursos no siempre están bien empleados, como lo prueba el ejemplo estadounidense, en donde gasto en salud no se condice con la esperanza de vida con buena salud.

- El acceso a la atención médica también depende de la organización sanitaria y del modo de financiamiento.
- La construcción de una red de atención de la salud ha demostrado ser necesaria, pero no suficiente. "Hay instalaciones y servicios que pueden estar disponibles y ser accesibles, pero son insensibles a la cultura". La eficacia es posible sólo si además se tienen en cuenta las pautas culturales locales.
- La aparente paradoja se explica porque los modos de vida, las condiciones de trabajo y la alimentación también influyen sobre la longevidad con buena salud sin un impacto directo respecto del gasto en salud. En cambio, la organización de las relaciones entre el enfermo y los médicos, el control (o la falta de control) sobre el precio de los medicamentos o el peso de la prevención tienen un impacto directo sobre los gastos.

2.3.2. El sistema de salud en la Argentina.

La caracterización del sistema de salud en nuestro país, se ha elaborado a partir de dos fuentes: Bonazzola (2011) y Abeledo (2010).

El sistema de salud está organizado en 3 subsectores: el público, el de las obras sociales y el privado. El subsector público se caracterizó por su organización nacional y tuvo momentos de grandes impulsos a inicios del Siglo XX (por ej. con Cabred) y en los años 40 (Carrillo). A partir de los años 50 los establecimientos nacionales fueron siendo transferidos progresivamente a las provincias y municipios. Este proceso se profundizó y agudizó en los 80 y 90 con las reformas del Estado impulsadas por las políticas neoliberales. Esta transferencia no ha sido acompañada de transferencia de recursos económicos.

Actualmente los estados provinciales absorben más de dos tercios del total del gasto público en salud. Existe una gran diferencia entre las provincias en relación a las redes, hospitales y recursos que ofrece cada una a sus habitantes. La desigualdad se da a nivel geográfico.

El subsector de las obras sociales se desarrolló entre los años 40 y 70, vinculado al trabajo formal por rama de producción generando algunas distorsiones:

- La persona que no trabaja carece de cobertura
- Los gremios mejor remunerados cuentan con más recursos por beneficiario, desvirtuando el principio de solidaridad nacional
- Los efectos de la crisis del desempleo que a su vez precipitó la crisis de la seguridad social, implicó que más de la mitad de la población argentina se haya quedado sin cobertura
- Las obras sociales siempre tuvieron pocos efectores propios y siempre dieron preferencia al subsector privado para la atención de sus beneficiarios. Esto ha generado dos circuitos divorciados: consultorios y sanatorios privados financiados por obras sociales y establecimientos públicos atendiendo a personas sin cobertura.

En 2009 el gasto en salud de la Argentina fue de un 9,6 % del PBI, lo que significó un aumento del 35% respecto del año anterior. Este aumento se explica en parte por el aumento de los precios pero por otro lado representa un crecimiento de un 10% del sector.

Este gasto en salud ubica al país en el promedio global rozando el de los países de altos ingresos. No obstante el país mantiene una tasa de mortalidad de niños de menos de 5 años del 13 por mil, que llega a duplicar la de algunos países que gastan menos como Chile (el 7 por mil) y Brasil (el 10 por mil).

Si bien la tasa de mortalidad infantil es alta en relación con el gasto en salud, la expectativa de vida es buena y la tasa de mortalidad de adultos va decreciendo.

La tendencia a una mayor afiliación a obras sociales y a prepagas, iniciada en 2003, se mantuvo pese a los altibajos del empleo. Sin embargo el 43% de la población (más de 17 millones de personas) continúa sin cobertura médica y depende de la atención del sector público estatal que cuenta con el 28% de los recursos del sistema de salud.

Se presentan las siguientes inequidades:

- Desprotección social que sufre la población de menos ingresos.
- La mortalidad infantil es casi el doble en el quintil con mayores necesidades insatisfechas.
- La distribución de la mayoría de los problemas de salud (infecciosas, parasitarias, desnutrición, cardiovasculares, tumorales, metabólicas, HIV, de salud mental, adicciones, consecuencias de la violencia) demuestra la mayor vulnerabilidad de los argentinos más postergados.
- Fragmentación del sistema, aplicación inadecuada de los recursos.
- Hay serias diferencias entre las provincias respecto al cuidado de la salud de su población: la población del Noreste tiene una posibilidad casi doble respecto del promedio nacional de morir por una enfermedad infecciosa o parasitaria.

Desarticulación:

Dificultad de acceso; de cada \$10 que se gastan en salud \$4 salen directamente del bolsillo de la población generando un gasto directo que dificulta el acceso de las personas sin recursos económicos.

No obstante esta situación del sistema de salud, esta temática ha prácticamente desaparecido de la agenda política en los años 90, llamativamente década en la que se produce en la Argentina una profundización de las políticas neoliberales y la mercantilización de la salud, comenzada durante la última dictadura militar.

En las últimas décadas se sancionaron algunas leyes muy importantes, no obstante, el sistema de salud en tanto tal y sus necesidades de reformas para asegurar los derechos de los ciudadanos, está ausente de la agenda y esto se puede observar en las plataformas y campañas electorales y en los discursos de los candidatos.

Los cambios profundos en el sistema de salud producirían una redistribución más justa de los recursos públicos y una mayor inclusión de sectores postergados pero al mismo tiempo son una fuente de conflicto con actores con poder.

En protección social, la universalización suele ser más difícil y antagónica con las prácticas clientelares.

Actualmente han sido redescubiertos los determinantes sociales en la salud pública, por lo que la transformación del sector debe estar en el marco de un proyecto global por mayor justicia, igualdad y democratización. Esto implicaría en la Argentina: la reforma

tributaria integral progresiva, la coparticipación federal, la garantía de educación, seguridad alimentaria y nutricional, cobertura en agua potable y saneamiento, el trabajo decente, igualdad de género, el respeto a la diversidad, los derechos de poblaciones migrante y pueblos originarios, el incremento de la calidad institucional (transparencia y eficacia en la gestión pública).

Es en este contexto que debe darse la discusión de un sistema único/integrado de salud, desde un proyecto y una conducción nacional, sobre la base de una concertación federal.

Los avances que pueden identificarse son:

- Regulación del tabaco y las prepagas
- Derechos de los pacientes y de salud reproductiva
- La cuestión de los medicamentos: Ley de genéricos, reciente ley de producción pública, algunos programas como Remediar, plan nacer, incorporación de vacunas al calendario.
- Asignación universal por hijo
- Ley de matrimonio igualitario
- Ley nacional de salud mental
- Ley de muerte digna
- Ley de identidad de género
- Normas de garantías de derechos personales: opinión, autonomía, consentimiento informado.

2.3.3. El campo de la salud mental en la Argentina.

Acontecimientos que dan cuenta de los intentos de reforma del sistema de salud en la Argentina. Fuentes: Alberdi (2003), Saidon y Troianovski (1994)

En líneas generales se puede sostener que la Argentina se ha caracterizado por una ausencia de política clara, coherente, integrada, nacional y progresista de salud mental. Ha tenido principalmente un enfoque hospitalocéntrico, con prácticas sostenidas por lógicas manicomiales, según parámetros psiquiátricos desde un modelo médico hegemónico.

Aún hoy en las prácticas en salud mental prima el encierro de la locura en manicomios y un tratamiento biológico y moral y, fundamentalmente se produce lo que se ha dado en llamar la medicalización de la locura. Muchos estudios han demostrado y denunciado lo iatrogénico de estos tratamientos, la violación a los derechos humanos y ciudadanos que implican y la concertación de diversas prácticas de diferentes campos que convergen en determinado tipo de gestión de esta compleja problemática cuyos objetivos son la segregación y la reproducción de cierto estado de cosas y de poderes.

El carácter espasmódico de la política pública en salud mental pone de manifiesto una característica general de la política pública argentina (es homologable a lo que sucede en otros campos) que no logra sedimentar las experiencias en una política global y a largo plazo. No obstante han existido y existen experiencias e intentos de construcción de una política centrada en los derechos humanos, integrada y ampliada; una clínica política.

En Europa se han desarrollado diferentes experiencias, siendo relevantes la inglesa, la francesa y la italiana. También cobra importancia la experiencia desarrollada en EEUU. En Latinoamérica, las experiencias de Brasil y Argentina (Rio Negro, San Luis, algunos

hospitales de Buenos Aires y la experiencia Oliveros) son las que han recogido las anteriores, materializándose con características propias en relación a los contextos locales.

A comienzos del 1900 Domingo Cabred, apoyado por el ministro de salud de aquel momento, Montes de Oca, desarrollaron una propuesta progresista que apuntaba a transformar la asistencia asilar en un proceso de recuperación social. Su filosofía relacionada con el trabajo y la salud mental le permitió concretar sus ideas con la creación de granjas modelo, que a lo largo del tiempo se deterioraron por la corrupción burocrática, la indiferencia de los sucesivos ministros y el deterioro de los salarios de los trabajadores.

Cabred organiza el primer hospital de puertas abiertas, inaugurando el "open door". El trabajo representó el área canalizadora más importante de la recuperación, que con el tiempo se fue transformando en talleres protegidos con una mínima participación de los internos. Luego de esta experiencia la salud mental continuó su camino de aislamiento y de poco interés en general, sistema adormecido que permitió la convivencia de antagonismos sin demasiados problemas en las islas que representaban los hospicios.

La introducción del psicoanálisis en la década del 30 inserta los primeros intersticios conflictivos que van a disputar el poder médico. Aquí aparece la figura de Pichón Riviere, médico psicoanalista, que a pesar de coincidir con las políticas sanitarias progresistas de Carrillo no pudo aprovechar las condiciones para el desarrollo de una política en salud mental debido a problemas suscitados por la división ideológica producto de los intereses económicos y el poder institucional.

Fue en la experiencia en el Lanús que se inaugura la inserción de la salud mental en el hospital general.

Con el retorno de la democracia en 1983 hay un reordenamiento de los parámetros volviendo el eje a la cuestión de los derechos civiles, políticos y sociales. Pero paradójicamente nos encontramos en un escenario en el que ya se encuentran suficientemente arraigadas las políticas neoliberales como para plantear algunas reformas estructurales. Mientras se renovaban las posibilidades de lucha contra el sistema manicomial, paradójicamente nos encontrábamos con el neoconservadurismo en el campo institucional público.

El Ministro de salud le encomienda al Dr. Goldemberg, quien desde la OPS realizó un informe de situación de la salud mental. El diagnóstico remarcaba:

- el deterioro de la asistencia,
- la insuficiencia de recursos,
- la no integración de las políticas y acciones de salud pública,
- la falta de explicitación de las políticas de salud mental

Coherente con este diagnóstico la Dirección Nacional de Salud Mental delinea un Plan tomando las principales recomendaciones del informe Goldemberg. La propuesta puede sintetizarse en estos aspectos salientes:

- la formación de los recursos humanos (se crea la residencia interdisciplinaria en salud mental y capacitación en servicio)

- la reformulación global del papel de las instituciones psiquiátricas: la creación de servicios de salud mental en todos los hospitales generales y la posibilidad de la inclusión en la atención primaria;
- en relación a los psiquiátricos el plan prescribía que se debían trascender los asilos.
- en relación al sector privado y de obras sociales debían desalentarse las clínicas y sanatorios psiquiátricos e incentivar la creación de hostales, centros de día, de rehabilitación, hospitales de día, entre otros.
- La novedad sobresaliente fue la consideración de los derechos humanos de los pacientes encerrados en los asilos.

El problema fue que se confiaba en que la reinstauración democrática prácticamente por sí sola decretaría cambios fundamentales en las lógicas asistenciales en el campo de la salud mental; lo que se puso en evidencia fue la ingenuidad y la falta de mediaciones con los problemas acumulados históricamente.

Las experiencias de las provincias de San Luis y Río Negro en Argentina son de gran importancia y comienzan su proceso en la década del '80 con el regreso de la democracia.

La reforma rionegrina logra el cierre del manicomio en el '88 y el dictado de la ley 2440 de 1991 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental. Cobran centralidad en este proceso normas para intervención en crisis, equipos de patrullas, equipos en hospitales generales, la reinserción social y equipos de salud mental que operan en el lugar de residencia habitual de las personas, articulando las acciones con la comunidad.

La experiencia de San Luis se centra en la propuesta de puertas abiertas, el trabajo con la comunidad y un plan de externación, transformando el hospital monovalente en polivalente, integrado a la salud general.

Se realiza una distinción entre aquellos procesos de desinstitucionalización denominados deshospitализación y los denominados desmanicomialización. Los primeros hacen referencia a programas que, coherentes con políticas neoliberales, implican la reducción económica y administrativa de los hospitales (altas –expulsiones, disminución del número de camas, cierres repentinos de instituciones). En cambio se entiende por procesos de desmanicomialización a aquellos en los cuales las prácticas enmarcadas en fundamentos políticos y técnicos propugnan la sustitución y cierre de los manicomios como pasos sucesivos.

El desarrollo de algunas experiencias demuestran lo que la Dirección de Salud Mental de la “provincia” (en adelante DPSM) fundamenta como su propuesta en general y especialmente la “Sustitución de Lógicas Manicomiales”, programa transversal, que implica la creación y sostenimiento de dispositivos tanto al interior de los hospitales psiquiátricos de la provincia como dispositivos fuertemente articulados al programa de Atención Primaria de Salud y a la red de salud general.

La cuestión de la sustitución se plantea principalmente para diferenciarse de las políticas que en nombre de la desinstitucionalización, o desmanicomialización, proponen el cierre de los manicomios, o su vaciamiento lento, pero eficaz, sin crear dispositivos alternativos al viejo sistema de exclusión y encierro.

Es decir que ante situaciones que requieren de una cierta complejidad, y que no pueden ser resueltas ambulatoriamente del modo tradicional, el sistema hoy todavía carece en

muchos casos de la posibilidad de ofrecer otras modalidades asistenciales que permitan sostener la posibilidad de un tratamiento.

Por lo tanto, ante estos casos quedan dos opciones: o se sobrecarga a los equipos que trabajan en los centros de salud, dificultando el desarrollo de una asistencia pertinente, o solo se ofrece la internación “psiquiátrica” como modo de tratamiento.

Se entiende como manicomiales aquellas lógicas implícitas en diversas prácticas sociales (sean jurídicas, médicas, psicológicas, económicas, políticas, entre otras) que contribuyen a la medicalización, el silenciamiento y a la exclusión social de los padecimientos subjetivos graves, mediando en muchos casos la judicialización.

Estas prácticas y las lógicas que suponen, anteceden y exceden los límites de los Hospitales Psiquiátricos. Es por ello que no se plantea el cierre del hospital monovalente (psiquiátrico) sino un proceso de sustitución de las lógicas manicomiales implícitas en las prácticas que justifican su existencia.

3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA ABORDADO

La visualización de la problemática ha sido posible en virtud de varios años de experiencia en el trabajo de extensión en el campo específico de las Empresas Sociales de Salud Mental.

A lo largo de ese tiempo, en el marco de diversos proyectos, hemos trabajado siguiendo la línea temática de la Empresa Social en el ámbito de la Salud Mental. Una importante experiencia recogida nos permite presentar algunos problemas que hemos observado y cuyo abordaje puede verse favorecido por la intervención de los equipos de extensión que cuentan con el aval de su formación científica y técnica y de la Universidad que consolida en muchos sentidos esa participación.

3.1. Interrogantes planteados.

“Proyecto E”: Es un dispositivo de salud mental bajo el modelo de Empresa Social que se encuentra constituido y organizado por una entidad sin fines de lucro y diferentes instituciones públicas vinculadas a la Salud, entre ellas un Hospital.

Las actividades económicas del “Proyecto E” incluyen: fábrica de galletitas y otros productos de panadería y alimentos varios, servicio de catering, servicio de cantina. El proyecto funciona regido por los principios del Cooperativismo, así los participantes son al mismo tiempo trabajadores y dueños abandonando definitivamente su estigma de “pacientes”.

Un equipo multidisciplinario cumple la función de coordinar el proyecto y son conocidos como los coordinadores.

Desde un principio se pensó el “Proyecto E” como un dispositivo que ofrezca otro modo de atención y de inclusión de la locura teniendo como impronta la construcción/reconstrucción de los derechos ciudadanos de las personas con padecimiento mental y la intervención en las lógicas más tradicionales de lo manicomial. A su vez también se piensa originariamente desde la lógica de la empresa social, por lo que la intención de funcionar puertas afuera del hospital ha estado siempre en el horizonte de este proyecto.

Vínculos con Extensión: Se mantiene desde 2009 un vínculo entre este proyecto de salud y la “Institución Universitaria” a través de diferentes acciones y proyectos de extensión en los que se articulan participantes provenientes de los campos disciplinares de las Ciencias Económicas y del Trabajo Social.

Construcción de Redes: El “Proyecto E” y otros dispositivos del ámbito de la Salud Mental ya han dado un paso importante en la incorporación de lógicas interdisciplinarias del trabajo social y la gestión del negocio. Por lo tanto, afrontan nuevos desafíos asociados a actuar cooperativamente con empresas sociales similares de otros lugares de la Región en la que están insertos y del País. Para ellos la pregunta que formulamos y que se pretende abordar con el proyecto iniciado en 2016 es: ¿Qué aporte es necesario desde el conocimiento técnico y científico de administración y de trabajo social, para facilitar la constitución de redes de empresas sociales de salud mental?

Además del “Proyecto E” y otros dispositivos que ya son realidades consolidadas, debe atenderse a la creación y sostenimiento de nuevos dispositivos.

Para estos nuevos dispositivos se plantea, replicar las experiencias adquiridas, apoyados en el vínculo sostenido con uno de los socios, la DPSM (dependencia del Gobierno Provincial) cuya política rectora incluye la sustitución de lógicas manicomiales, ya que en el funcionamiento de todas estas nuevas iniciativas se repiten el lazo interdisciplinario con el trabajo social y las falencias vinculadas a las ciencias de la administración.

Para esos dispositivos nos hemos planteado el siguiente interrogante: ¿Cómo afrontar el nacimiento y crecimiento de dispositivos de Salud Mental centrados en la producción, el trabajo y la sustentabilidad de empresas sociales?

3.2. Situación problemática del contexto

3.2.1. Caracterización somera del medio social con el que se trabaja

Los dos ejes de caracterización del medio social en el que se actúa son la locura y la pobreza. Ambas pueden pensarse mutuamente como causa y consecuencia, sin embargo no son pocos los estudios que afirman que la principal causa de la locura es el estado de exclusión social y vulnerabilidad que provienen fundamentalmente de la extrema pobreza.

La exclusión social y la pobreza están presentes en amplios sectores de nuestra sociedad derivados de la desocupación y la subocupación. Los involucrados forman parte de un sector de la sociedad que se encuentra desprotegido y en situación de vulnerabilidad social, por lo que encuadrados dentro de la denominada Economía Social y Solidaria permite promover la inclusión por medio de estrategias que ligen el desarrollo territorial con el desarrollo humano.

Se intenta, a partir de los distintos lugares de trabajo, sumado al compromiso y al esfuerzo de las instituciones y de la comunidad en su conjunto, hacer frente a las diferentes situaciones de crisis que afectan a los sectores vulnerables, con el objetivo de recuperar la dignidad y mejorar la calidad de vida de los actores.

3.2.2. Descripción de la situación del campo de la salud mental en la provincia

Sostenemos que es necesaria una concertación de las diferentes instancias de la política pública en salud para que puedan realizarse algunas transformaciones y algo de lo alternativo y contra-hegemónico se instale y produzca prácticas diferentes.

En la provincia se aprueba en el año 1991 la ley de Salud Mental que no obstante estar en vigencia no fue reglamentada hasta el año 2007. En la misma se recuperan normas y recomendaciones de organismos internacionales y básicamente insta a desarrollar las prácticas para el tratamiento del padecimiento subjetivo que menos restrinjan la libertad, que respeten criterios de regionalización, establece la transformación de los establecimientos de internación, la implementación de medidas asistenciales alternativas, la creación de las juntas especiales, de los departamentos de salud mental en el servicio penitenciario, entre otras.

Durante aproximadamente ocho años no existió en la estructura del estado una dependencia propia de la Salud Mental, lo que implicó en el sector la falta de una política en Salud Mental que otorgara direccionalidad y coherencia a las acciones de los servicios.

En el año 2003 comienza a funcionar, con una muy pequeña estructura y un magro presupuesto que se irá incrementando y complejizando a través del tiempo.

Se establece así el programa de salud mental de la provincia que en su introducción dice:

“Los lineamientos generales de una Política en el Campo de la Salud mental derivan necesariamente de una determinada lectura de los problemas subjetivos, sociales, jurídicos y culturales reunidos mediante la delimitación de dicho campo. Delimitación que, a su vez, cumple el único fin de producir un recorte convencional que posibilite una praxis. Praxis que será, entonces, político/clínica. Sobre todo en el sentido que las decisiones políticas deberán estar ordenadas sólo, y siempre, hacia la posibilidad de Dispositivos Clínicos acordes a las diversas modalidades y formas del padecimiento subjetivo, en los distintos niveles de atención, incluidos los de promoción y prevención de la salud.”

En ese momento, la Dirección de Salud Mental de la Provincia estableció organizar sus acciones y presupuesto en base a cinco Programas: 1) el de la Clínica de la Subjetividad en Atención Primaria; 2) el de Sustitución de lógicas manicomiales; 3) el de Capacitación de recursos humanos; 4) el de Infancia; y 5) el de Logística y enlace intersectorial.

Si bien los Programas de Salud Mental de la provincia se han pensado y delineado estratégicamente y a mediano plazo en el año 2003, los diversos dispositivos se han ido creando paulatinamente, a medida que se iban encontrando los intersticios para poner en agenda un modo de asistencia y una práctica concreta. Como todo campo se constituye en un espacio de lucha, y respecto a esto el análisis debe hacerse en dos dimensiones:

- La primera dimensión tiene que ver con la relación del campo respecto de otros campos, es decir, la lucha que se da al interior del espacio público estatal para disputar presupuesto, recursos y todas las estrategias necesarias para legitimar las prácticas.
- La segunda dimensión se refiere a la lucha al interior del campo; aquí es imperioso tener en cuenta que no se trata de un colectivo homogéneo; la trayectoria recorrida ha estado signada por múltiples disputas por imponer discursos y prácticas; el colectivo que conforma el campo de la salud mental en la provincia ha tenido innumerables quiebres.

Por un lado, se entiende que la disputa se da en función de la lucha respecto a la ocupación de los lugares de toma de decisión y determinación política del campo, es decir, concretamente por quiénes son los que ocupan la estructura orgánica de la DPSM.

Lo que aquí se discute en el fondo es la diferencia respecto a cómo se construye políticamente, cuáles son las estrategias pertinentes, cómo se debe posicionar la DPSM respecto a los otros campos en juego en lo público estatal.

Por otro lado, se interpreta que existen algunos puntos de encuentro, ciertos ejes comunes, como por ejemplo la imperiosa necesidad de la sustitución de las lógicas manicomiales, la asistencia entendida desde lo interdisciplinario, la salud entendida como salud integral, salud colectiva, entre otros.

No obstante de este colectivo se desprende un sector, conformado por quienes ocupan los lugares de la toma de decisión, que a partir del trabajo de gestión concreta, se han encontrado con límites para la puesta en práctica del proyecto, límites que tienen que ver con la relación con el afuera del campo para poder construir el campo y que implica un redimensionamiento del plan, lo que deriva en la materialización de algunos íconos produciéndose así un aggiornamiento; es el trabajo con lo posible.

Esto genera del otro lado, un sector que produce fuertes críticas que versan sobre el abandono de ciertos ejes centrales y que sostiene que se ha girado de un proyecto de transformación a uno de reforma, entendido éste en el sentido más negativo del término: hacer algo para que nada cambie.

4. METODOLOGÍA DE TRABAJO

El vínculo entre las funciones principales de la Universidad: Enseñanza, Investigación, Extensión; está presente y posibilita un trabajo sustentado en métodos propios de la investigación aplicados a la extensión y que arrojan resultados concretos a la enseñanza.

La línea de investigación utilizada se enmarca en la teoría metodológica de Investigación Participativa que es una forma de la denominada Investigación-acción. Siguiendo a Arnal y otros, al tratar los tipos de investigación-acción entre las cuatro modalidades que señalan se refieren a "Investigación-acción participativa", en los siguientes términos: "Implica a los miembros de la comunidad en el proyecto de investigación, considerándolos como agentes del proceso de investigación." (Arnal y otros; 1992: 250).

Otra obra que nos brinda apoyo teórico sobre el trabajo participativo es la de Miklos y Tello, en la que al tratar el modelo de planeación interactiva se expresa bajo el título de "Principio participativo" que, "La riqueza y el beneficio de un ejercicio de planeación se encuentra más en su proceso que en el producto". (Miklos y Tello; 1993: 27).

Es decir, que más allá del resultado final que se obtenga, la participación brinda elementos que dejan su huella y permiten incorporar al valor institucional la experiencia de procesos interactivos.

La base de sustento de los proyectos institucionales que se vinculan al proyecto de extensión que presentamos, sean públicos, privados o propios del campo de las asociaciones sociales sin fines de lucro, y la forma en que se organizan reflejan una ideología. Es primordial que el grupo extensionista aborde la intervención respetando esa ideología particular de cada organización.

Al referirnos al término tomamos la definición de Díaz Llorca: "Ideología organizacional: Conjuntos de ideas de carácter organizacional que expresan la esencia filosófica de cómo desarrollar la gestión dentro de una organización. ... se resume en un sistema de valores que refleja la estrategia de valores a desarrollar en una organización dada".

Lo que se propone es una acción conjunta con las personas que concretamente trabajan en los diferentes dispositivos, es decir una capacitación mutua en la práctica concreta desde las mismas necesidades y problemáticas planteadas en el devenir cotidiano de estas organizaciones. Esto nos va a permitir comprender la lógica desde la que se plantean la tarea que desarrollan para así poder encontrar las herramientas necesarias que posibiliten por un lado construir redes de empresas sociales y por otro generar conocimientos de cómo están trabajando para redireccionar la práctica en función de sus objetivos en tanto parte de una política pública que pretende la producción de salud e inclusión.

Para esto se plantea el trabajo en las reuniones que desarrollen cada uno de los dispositivos, y el acompañamiento concreto en actividades de construcción de redes para que optimicen sus acciones. Con actividades de este tipo se logra que los actores sociales involucrados en la gestión de dispositivos de salud con perfil productivo, puedan mejorar sustancialmente los procesos de edificación de redes.

La actividad por desarrollar está dirigida a los dispositivos que actúan bajo la formalidad que les otorgan las instituciones participantes. En el caso del "Proyecto E", el marco de este proyecto está dado por el programa "Sustitución de Lógicas Manicomiales".

Bajo un sentido de Hospital de puertas abiertas, el proyecto se suma a un conjunto de actores y sectores que ingresan al hospital y contribuyen a la producción de salud.

La experiencia recogida en cuanto a la participación de alumnos en el equipo extensionista bajo distintas formas (becario de extensión, prácticas académicas internas, voluntarios) permite incluir un objetivo general vinculado a la interrelación entre las actividades de extensión con el proceso de enseñanza y aprendizaje.

5. VÍNCULO CON POLÍTICAS PÚBLICAS

La Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657 fue sancionada en noviembre de 2010 y se encuentra en etapa de reglamentación. Debe ser interpretada en el marco de un proceso histórico de cambios que se vienen dando tanto a nivel internacional como local en las últimas décadas.

Algunos antecedentes locales y regionales de la ley 26.657:

- Ley 2440 de Promoción Sanitaria y social de las personas con sufrimiento mental. 1991. Provincia de Río Negro.

La Ley 2440 de la provincia de Río Negro constituye el primer antecedente legal a nivel nacional. Sancionada en 1991 y reglamentada en 1992, esta Ley expresa un Modelo de Salud Mental Comunitaria ya iniciado en 1985 a partir de los lineamientos establecidos por el Departamento de Salud Mental para constituir un sistema provincial de atención en salud mental comunitaria, y legitimado por años de práctica de los equipos de salud mental de la provincia.

Esta experiencia fue posible, en parte, por el decidido apoyo de las autoridades nacionales que eligieron esta provincia como zona de demostración.

El caso rionegrino significó un proceso paulatino de transformaciones que condujeron a la erradicación de los manicomios y a la instauración de un modelo de atención basado en prácticas comunitarias de salud mental. Proceso que, aunque no exento de obstáculos y

zonas grises, pone en evidencia que es posible un abordaje de la salud mental que prescindiera del manicomio y sus formas típicas de intervención.

- Ley 8.806. Provincia de Entre Ríos. Sancionada 1994/ Reglamentada 1999.
- Ley 10.772. Provincia de Santa Fe Sancionada 1992/Reglamentada 2007

Así mismo la sanción de la Ley 26.657 debe ser leída necesariamente como la expresión y el resultado de múltiples movimientos, experiencias, prácticas, tanto a nivel mundial como a nivel local. En el proceso de elaboración y modificaciones de esta Ley participaron distintos actores del campo de la Salud Mental y los Derechos Humanos.

El proceso estuvo (está aún) signado por debates - disputas - consensos.

Definición de SALUD MENTAL en la Ley 26.657:

“ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

Principales contribuciones de la LEY 26. 657.

Hay cuatro conceptos centrales que rompen legalmente con una concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo:

1- *Derechos humanos*. Claramente establece la defensa de los derechos de los pacientes modificando el Código Civil. Este es un elemento central para impedir las internaciones de personas por su peligrosidad. Conceptualmente se reemplaza el criterio de internación que obedecía a la noción de peligrosidad para sí o para terceros por la “constatación de riesgos cierto o inminente”. Las internaciones involuntarias quedan restringidas y sujetas a control por un Órgano de Revisión en el que participarán organismos de derechos humanos. Se propician las internaciones por plazo breve.

2- *Interdisciplina* (que rompe con hegemonía psiquiátrica). La ley plantea que “debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes...” En el mismo sentido el texto de la Ley sostiene: “...el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales...” “La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica...”

3- *Abolición de las estructuras manicomiales*. “...Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos...”. Esta idea no solo refleja una realidad superadora sino que además define el tema de la salud mental como un trabajo interdisciplinario e intersectorial.

4- *Reivindicaciones democráticas* en relación a la igualdad del conjunto de los profesionales. "...los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental..."

Si bien la Ley implica una ruptura en relación a una tradición en el campo de la Salud Mental, es preciso tener en cuenta que la Ley de por sí no va a poder romper el poder político, gremial y empresario que hay en el campo de la salud mental. Sin embargo su sanción permite avanzar en la lucha por una organización ética, racional y científica en el campo de la Salud Mental.

6. CASO "PROYECTO E": VÍNCULO UNIVERSIDAD - MEDIO SOCIAL

La historia de la experiencia que se presenta, puede resumirse en la confluencia de algunas iniciativas que desde vertientes diferentes encontraron su espacio vital común. Ninguna de ellas fue pensada en función de las otras, sin embargo todas pudieron potenciar sus alcances en la medida que se encontraron en tiempo y espacio.

Cada una estuvo planteada bajo el paraguas de programas de políticas institucionales, algunas ligadas al Gobierno de la Provincia y otra nacida en el seno de la Universidad.

Por un lado en abril de 2007 desde la DPSM, en el marco del programa "Sustitución de Lógicas Manicomiales", nace un emprendimiento con el objetivo de impulsar un proyecto de producción de galletitas en términos de política institucional.

Se constituye así un grupo de trabajo integrado por un equipo de profesionales que ocupa el lugar de coordinación del proyecto y un grupo de pacientes seleccionados e interesados en el mismo. Mediante distintas capacitaciones centradas en lo productivo se diversificó la producción en 2008 y se mejoraron las condiciones de trabajo con el apoyo y puesta en acto de múltiples acciones.

Por su parte, durante el año 2009 en la institución universitaria, se coordinaron a través de un programa denominado GEDESU, tres proyectos de extensión. En particular el proyecto vinculado a esta presentación estuvo orientado por la finalidad de "Promover el mejoramiento de la calidad de vida de sectores sociales en situación de riesgo y/o vulnerabilidad a través del apoyo, la creación y el fortalecimiento de emprendimientos productivos sustentables y autogestionados por protagonistas locales". Es importante destacar que la génesis de este proyecto no estaba orientada a la salud y mucho menos a la salud mental.

El encuentro entre estas dos iniciativas puede considerarse azaroso. Tuvo alcances no previstos por ninguna de ellas en forma individual, naciendo un vínculo profesional interdisciplinario de tal manera que, a través de los actores involucrados se fue ampliando la participación hacia otras dependencias vinculadas a ellos. Un ejemplo importante lo constituye la incorporación de docentes de la carrera de Trabajo Social ajena en principio a la disciplina de las Ciencias Económicas.

Siguiendo la lógica de la Extensión entre ambas, se construyeron nuevos escenarios y se desarrollaron prácticas con diversidad de objetivos, entre otros:

- construir un emprendimiento productivo que tenga como horizonte la producción de salud y que, a su vez, sea competitivo y generador de trabajo;

- generar un espacio de práctica profesional supervisada para los estudiantes de diversas disciplinas que participan de la iniciativa, en un marco multidisciplinario.

En cuanto a la formalización de los lazos, las instituciones que participan como contraparte a la Universidad, firman con ella Convenios de Cooperación cuyo objeto es: "...establecer lazos de mutua colaboración, de carácter académico, pedagógico y de extensión sobre temas y problemáticas referidos al desarrollo y ejecución de los Proyectos de Extensión", que oportunamente evaluados son aprobados por el Consejo Superior de la Universidad.

El alcance multidisciplinario y multifuncional de la universidad respecto al medio se ve reflejado en diversas relaciones explícitas e implícitas del proyecto. Así encontramos la integración con los contenidos de diversas materias en las áreas de administración, contabilidad, economía y trabajo social. Asimismo debe considerarse la articulación con líneas actuales de investigación que se vinculan a la Economía Social y Solidaria y al ámbito de pequeñas empresas. También es importante destacar el vínculo con los derechos humanos por las características de vulnerabilidad social de los grupos participantes.

7. RESULTADOS OBTENIDOS

Desde el emprendimiento se producen intervenciones y se trabaja en situaciones clínicas en paralelo con el mismo proceso de organización como empresa. La Empresa Social "Proyecto E" fabrica sus productos y servicios y al mismo tiempo produce trabajo y salud; es decir, afiliación, construcción de horizonte de posibilidades, respecto de una categoría de personas que han sido en sus trayectorias personales, marginadas, estigmatizadas e institucionalizadas.

7.1. Resultados esperables de las acciones de Extensión:

Como resumen de resultados alcanzados por la Universidad y que fueron proyectados desde el nacimiento de las diferentes propuestas de extensión mencionamos:

- Haber podido prestar apoyo para facilitar la organización y administración de los dispositivos en su dimensión de empresas o emprendimientos productivos. En el marco de la lógica de la extensión, lo que se brindó fundamentalmente fue un proceso de enseñanza para que estas empresas pudieran formar su propia capacidad de autogestión.
- Al mismo tiempo lograr que los alumnos participantes se vean involucrados en una práctica pre profesional sumamente activa y poco habitual en sus carreras de grado. La participación de estudiantes en el equipo extensionista (becarios, prácticas académicas internas, voluntarios) permite ir consiguiendo el objetivo vinculado a la interrelación entre las actividades de extensión con el proceso de formación y aprendizaje.
- Haber mantenido la lógica de la extensión, en el sentido de la construcción común y además con una distribución de los valores traducida en el criterio que hemos denominado **crédito cero**. Esto significa que tanto las instituciones como las personas participantes cualquiera sea su rol, son al mismo tiempo proveedores y beneficiarios sin "saldos pendientes". Todos están seguros que al finalizar el vínculo ninguno será acreedor ni deudor por que se han transferido mutuamente valores equivalentes.

7.2. Resultados propios del “Proyecto E”:

Luego de siete años de acción son muchos los logros alcanzados:

- Han transitado aproximadamente 60 personas por la empresa social. Un promedio de 15 personas conforman la planta estable. Hay algunos que continúan estando desde el principio.
- Para muchos de ellos este espacio ha sido de aprendizaje o de ayuda para concretar proyectos personales.
- No toda la población que se ha acercado ha tenido estrictamente problemas de salud mental, sino que han padecido otro tipo de exclusiones y/o vulnerabilidades conformando grupos heterogéneos respecto de los cuadros clínicos.
- Con los que no han podido sostener la lógica que se propone este dispositivo siempre se ha pensado alguna otra alternativa articulando con otros espacios más afines a sus necesidades y/o particularidades.
- Muchos han podido emprender sus propios proyectos. Igualmente, algunos de ellos mantienen la referencia con la empresa social al momento de resolver cuestiones de diverso tipo (de orden laboral, personal o de salud).
- Para la mayoría de ellos el ingreso económico que les implica el trabajo en el “Proyecto E” les ha permitido independizarse o hacer aportes dentro de su entorno familiar, ubicándolos en otra posición al interior del mismo adquiriendo mayor autonomía e interviniendo en las representaciones sociales respecto a la locura.
- Ha implicado para los trabajadores de la empresa social un modo muy diferente de transitar las crisis subjetivas o descompensaciones de sus cuadros psicopatológicos: se han evitado internaciones y de ser necesarias han sido sumamente breves en la mayoría de los casos.
- Observamos que a partir de la incorporación de personas a este tipo de dispositivo ha mejorado su calidad de vida: han construido vínculos rompiendo con situaciones de soledad y aislamiento en algunos casos.
- Se mantuvo siempre el criterio de calidad total, y por lo tanto aplicable a productos, servicios, procesos y personas. Aún identificado en el marco de la ESyS, la empresa brinda su producción al medio competitivo de la economía de mercado. Sus productos y servicios son demandados porque se reconoce su calidad.
- La prestación de servicios al ámbito público no es excluyente. Como ejemplo se puede mencionar que hacia fines de 2015 la empresa fue convocada para proveer sus productos a una importante empresa multinacional y ya se están presentando servicios en forma regular.

Por otro lado también se han producido efectos valorables hacia el interior del hospital:

- Se pudo instalar y sostener un dispositivo diferente a la lógica de los talleres protegidos o laborterapia.

- Se pudo romper con cuestiones que estaban negadas institucionalmente a los “pacientes”; pedir llaves y abrir una oficina; hacer gestiones al interior del hospital de forma autónoma (llevar ropa al lavadero; llamar a mantenimiento para pedir una reparación; llevar ropa al costurero).
- Se ha hecho uso de recursos del hospital para cuestiones que tradicionalmente no estaban permitidas (usar la movilidad para prestar servicios de catering y hacer compras; anticipos de dinero para gastos de funcionamiento del emprendimiento) Esto ha implicado instalar una discusión respecto a la necesidad de tener que invertir en este tipo de dispositivos, tal como lo plantea la ley, logrando que esto sea comprendido por los empleados del hospital.
- El espacio de la cantina ha inaugurado un vínculo sumamente fructífero con el personal del hospital ya que observamos un reconocimiento del trabajo que realiza el emprendimiento y al mismo tiempo reivindica el lugar de trabajadores de los participantes del mismo, estableciéndose otro tipo de relación rompiendo la lógica profesional/paciente.
- Los otros dispositivos del hospital proponen a sus pacientes la incorporación al emprendimiento como parte de la estrategia de tratamiento. No siempre, pero muchas veces se ha logrado un trabajo en conjunto con los terapeutas de los trabajadores en función de un proyecto terapéutico en común.

7.3. Resultados obtenidos que originalmente no fueron previstos:

Tal vez sean estos los que puedan considerarse más impactantes por su condición de imprevisibles.

7.3.1. Campo de desarrollo profesional en el ámbito de grupos vulnerables:

Un resultado no esperado originalmente es el alcance de la experiencia pre profesional de los estudiantes de ciencias económicas participantes del proyecto. Si bien se espera conseguir que a través de la participación activa se genere una experiencia de conocimiento de los futuros profesionales, y un aprendizaje mediante la práctica experiencial, lo que no era previsible es la apertura de un campo de desarrollo profesional en el marco de la economía social y solidaria y en particular vinculado con grupos vulnerables.

Este alcance les permitió obtener un plus diferenciador, los alumnos y también varios docentes, que pasaron por la experiencia han ampliado sus horizontes hacia lugares nuevos, proyectando un futuro impensado.

7.3.2. Mejora en la salud de los trabajadores:

Dado el anclaje disciplinar del proyecto (Facultad de Ciencias Económicas) la formulación del mismo no contempla como resultados de la intervención la mejora en la salud de los grupos que constituyen los destinatarios finales. Sin embargo, a la hora de evaluar resultados no se puede dejar de mencionar que el proyecto de extensión hace su aporte en ese sentido.

Los docentes, alumnos y otros participantes del proyecto de extensión se encuentran siendo protagonistas de un efecto terapéutico que jamás se plantearon. Las expresiones que surgen de la propia Empresa Social así lo reflejan:

“El apoyo brindado por extensión en términos de organización administrativa/contable también alcanza una dimensión simbólica. Cuando reconocemos que, en parte, un padecimiento es el resultado de una desorganización, esta intervención administrativa cobra otra relevancia. En el marco de algo que se está organizando, un padecimiento fruto de un desorden recibe un efecto clínico. Esto es producir salud. La repercusión material, real de organizar los números, y la administración tiene un impacto simbólico en estas subjetividades.”

Tal es así que en casos concretos, la mejora en la salud obtenida resulta “un retroceso” en el funcionamiento del proceso de generación de capacidades propias para el funcionamiento autónomo de los dispositivos.

Si una de las personas que fueron capacitándose a lo largo de la intervención sucesiva de distintos proyectos de extensión, logra un avance que le permite comenzar a independizarse del dispositivo de salud, esto es celebrado por todos los participantes como un logro significativo. Ese resultado a todas luces gratificante, obliga a la intervención a comenzar nuevamente algunos caminos ya recorridos, ya que el cambio de las personas que ejecutan los procesos instalados requiere nuevas capacitaciones y también nuevas estrategias.

7.4. Resultados reconocidos en el marco de la Política Pública

El “Proyecto E”, entre otros, recibió el 17 de diciembre de 2015 su reconocimiento como dispositivo de salud, sustitutivo de lógicas manicomiales, formalizado a través de Resolución del Ministerio de Salud de la Provincia. Dentro de los considerandos de dicha resolución se deja constancia del trabajo articulado con la Institución Universitaria.

7.5. Resultados demostrados en producciones conjuntas

La participación del equipo extensionista junto a los coordinadores y trabajadores del “Proyecto E” en diferentes eventos científicos, encuentros de diverso tipo y producciones ha sido muy importante. Se resume en el Anexo II la producción correspondiente a los últimos 3 años.

7.6. Algunas mediciones cuantitativas

Teniendo en cuenta que se han desarrollado diversas actividades y proyectos de extensión, la conformación del equipo extensionista ha ido variando a lo largo del tiempo. Tomando solo aquellos proyectos cuyo vínculo es directo entre la Facultad y la institución referente del medio social, la cantidad aproximada de integrantes, que participaron según el rol que desempeñan en la Facultad es de 15 Docentes, 6 Alumnos Becarios, 6 Voluntarios Adscriptos, 8 Coordinadores y 40 Voluntarios Alumnos.

8. CASO “PROYECTO E”: PERSPECTIVAS

Los desafíos que se plantean hacia el futuro están resumidos en la presentación de un nuevo proyecto de extensión cuya ejecución bianual comenzó en abril de 2016.

La finalidad planteada es: “Aportar el conocimiento interdisciplinario en Administración y Trabajo Social al proceso de consolidación de Empresas Sociales de Salud Mental.”

Son objetivos generales:

- Fortalecer el proceso de creación de redes regionales y red nacional de empresas sociales de salud mental.
- Aportar al aprendizaje interdisciplinario de los alumnos participantes

El propósito de acompañar a los trabajadores en las áreas de administración y de trabajo social busca generar al finalizar el proyecto, capacidades autónomas de desarrollo en la gestión de redes, toma de decisiones basadas en estudios de mercado y análisis de variables, incorporación de políticas de marketing, ampliación de las líneas y sectores productivos, eficiencia en obtención de costos y colocaciones de márgenes de utilidad.

A su vez, también provee a los alumnos partícipes una experiencia de aplicación de los conocimientos en empresas donde el objetivo primordial no es el fin de lucro. Les permite interactuar con emprendedores y profesionales en otras áreas, articulando saberes y propiciando un vínculo que trascenderá la etapa de desarrollo de este proyecto.

Finalmente, se sembrará en todos los participantes (hacia fuera y hacia dentro de la universidad) un conjunto de valores como la solidaridad, el cooperativismo y la ayuda mutua que perdurarán y crecerán en cada uno.

9. CONCLUSIONES

La extensión universitaria, una de las tres funciones de la universidad, es generadora de instancias de construcción en común con el medio social al cual pertenece esta institución.

La Economía Social y Solidaria como marco de actuación de la Empresa Social se constituye en un campo de aprendizaje y de desarrollo profesional para las Ciencias Económicas.

La Empresa Social encontrará fortalezas en el trabajo en colaboración y es por ello que debe integrarse a Redes existentes o participar de procesos para su creación.

Para la universidad una forma de integrarse al medio de un modo comprometido es utilizando la metodología de investigación participativa.

La investigación y la extensión se deben involucrar en las políticas públicas.

El caso presentado, "Proyecto E" ha sido y sigue siendo un espacio de aprendizaje y de construcción común de todos los participantes y las instituciones que ellos representan.

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS

1. ABELEDO, Anahí (2010). "La salud en el país: cuánto se gasta y quién la paga"; Clarín, 23 de mayo de 2010.
2. ALBERDI, José María (2003); "Reformas y contra reformas, políticas de salud mental en la Argentina"; UNR Editora; Rosario.
3. ARNAL, Justo; del RINCÓN, Delio y LATORRE, Antonio (1992) – Investigación educativa. Fundamentos y metodologías. Editorial Labor. Barcelona, España.
4. BONAZZOLA, Bonazzola Pablo (2011). "Las dolencias del sistema de salud"; Le monde diplomatique; Septiembre 2011; N° 147.
5. BULARD, Martine (2010). "Cómo funcionan los sistemas de salud en el mundo"; Le monde diplomatique, marzo 2010, N° 129.
6. CANALE, Sandra y PUCCIO, José (2013). "): "La Extensión como experiencia de Práctica Profesional Supervisada". ISBN-13: 978-987-692-022-3. FCE. UNL.
7. CASTEL, Robert (2010). "El ascenso de las incertidumbres". Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
8. CORAGGIO, José Luis (2008). "La Economía Social como un marco de sentido para las relaciones entre la Universidad y las Comunidades" en Arias, Gonzalo. Economía social. (Para que el conocimiento nos sirva a todos). Buenos Aires. Ministerio de Educación.
9. CORAGGIO, José Luis (2010). "Economía Social y Solidaria. El trabajo antes que el capital". Ediciones Abya – Yala. Quito, Ecuador. Julio 2011.
10. DEMONTE, Norberto y PUCCIO, José (2015). "Extensión, Investigación y Docencia en Empresas Recuperadas". Revista de Extensión Universitaria +E. Año 5. N° 5. Editorial Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe.
11. DÍAZ LLORCA, Carlos (2010) "Hacia una estrategia de valores en las organizaciones", Caracas, Venezuela, Fondo Editorial.
12. Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657
13. Ley de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe 10.772 y su Reglamentación.
14. Mesas de Diálogo Regionales (2013). Acuerdos básicos para la construcción de una Ley de Economía Social y Solidaria en la Provincia de Santa Fe, 7/9/2013.
15. MIKLOS, Tomás y TELLO TORRESCANO, María Elena (1993) – Planeación Interactiva. Nueva estrategia para el logro empresarial. Editorial Limusa, S.A. México, D.F., México.
16. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, (2015) Resolución 0007, 17/12/2015.
17. PUCCIO, José; AZERRAD, Rut; DEMONTE, Norberto Gabriel y AMBROSINIE, Marcela (2014). "Experiencias del proceso de reconversión de Empresas

Recuperadas". ISBN ISBN 978-987-692-047-6. Jornadas de Investigación. FCE. UNL.

18. PUCCIO, José; SCHMUCK, María Soledad; PLOTNIC, Karenina y COLOMBO, Natalia (2013). "Cuándo continuar y cuándo retirarse de la acción. Un desafío de la extensión universitaria". Revista de Extensión Universitaria +E. Año 3. N° 3. Editorial Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe.
19. SAIDON, O. y TROIANOVSKI, P. (compiladores) (1994); Políticas en Salud Mental; Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial; Buenos Aires.