



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Mariana Sirianni

marianasirianni@hotmail.com

Descripción y análisis de un programa de integración sociolaboral para adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, basado en la implementación del dispositivo de empresa social como estrategia de salud mental comunitaria: estudio de caso

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Salud Mental Comunitaria del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Alejandro Barcala

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.172970>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Sirianni, M. (2011). *Descripción y análisis de un programa de integración sociolaboral para adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, basado en la implementación del dispositivo de empresa social como estrategia de salud mental comunitaria: estudio de caso* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de

http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaSMC/Sirianni_M_Descripcion_2011.pdf

Condiciones de uso www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



Universidad Nacional de Lanús
Departamento de Salud Comunitaria
Maestría en Salud Mental Comunitaria

Trabajo de Tesis

Descripción y análisis de un Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, basado en la implementación del dispositivo de Empresa Social como estrategia de Salud Mental Comunitaria. Estudio de caso.

Autora: Mariana Sirianni
Lic. en Terapia Ocupacional

Directora: Magíster Alejandra Barcala
Asesora Metodológica: Magíster Cecilia Ros

Agosto de 2009

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Laura Pezzoli que con paciencia me acompaña desde hace una década en el proceso de aprendizaje y producción de conocimiento.

Al equipo de profesionales y técnicos del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes que dispuso de su tiempo para colaborar en el proceso de recolección de datos y producción de información.

A las Magísteres Alejandra Barcala y Cecilia Ros que me alentaron y asesoraron durante todo el trabajo de tesis.

Al Dr. Emiliano Galende y a la Lic. Alicia Stolkiner que apoyaron el proyecto de investigación.

A la Magíster Débora Yanco que colaboró para la presentación y defensa de la tesis.

A la Dra. Diana Mauri que transmitió sus conocimientos como pionera en el desarrollo de la Empresa Social de Salud Mental.

A la Lic. Graciela Natella que alentó al desarrollo del estudio y colaboró desde la transmisión de la experiencia rionegrina.

A mis familiares, amigos y compañeros de trabajo que me animaron en el arduo proceso de investigación.

RESUMEN

En el presente trabajo de tesis se describe y analiza el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El mismo, está basado en la implementación del dispositivo de Empresa Social como estrategia de Salud Mental Comunitaria, cuyo objetivo final es la Integración Sociolaboral de personas con Trastornos Mentales Severos y cuyo medio para lograrlo es la actividad laboral y formativa. Considerándose a la Inserción Laboral como el objetivo más complejo y paradigmático de los procesos de rehabilitación, la investigación contribuye al análisis de las Políticas de Salud Mental tendientes a dar respuesta a dicha problemática y genera conocimientos que contribuyen a que programas como el analizado, queden instituidos como parte de las Prácticas que conforman las Políticas. A partir de un estudio longitudinal y retrospectivo, se plantea la evaluación del proceso de implementación del programa a modo de Investigación Evaluativa, en el sentido de tomar a la evaluación en tanto técnica y estrategia investigativa. A través del estudio, se identifican factores que explican situaciones de éxito o fracaso con el fin de reducir incertidumbres, mejorar la efectividad de las acciones y propiciar la toma de decisiones relevantes. Planteada como Estudio de Caso, la investigación se basa en 3 niveles: uno macro relacionado con el análisis del programa en interrelación con las Políticas de Salud/Salud Mental y el marco legal, otro meso que implica la descripción misma del programa y un último micro que indaga los resultados en base a las representaciones de los usuarios del programa y los profesionales implicados. Los resultados alcanzados pueden permitir en un futuro elaborar una metodología para la evaluación y seguimiento de prácticas como la analizada, además de contribuir a que dichas prácticas puedan ser replicadas en otros contextos y circunstancias.

PALABRAS CLAVE

Empresa Social de Salud Mental; Integración Sociolaboral; Salud Mental Comunitaria
Trastornos Mentales Severos; Políticas; Programas; Evaluación.

ABSTRACT

The following dissertation describes and analyses the Social and Labour Integration Program for Adolescents in the city of Buenos Aires. Such program, which is based on the development of the Social Enterprise Intervention, as a Communal Mental Health strategy, which proposes the social and labour integration of subjects with Severe Mental Disorders as a final objective, which is to be reached through work and instructive activities. Work placement is considered the most complex of the objectives in the rehabilitation process, investigation regarding such matter contributes to the analysis of Politics regarding Mental Health inclined to resolve such issues and generate knowledge that then contributes to such programs, and also such ground root analysis confirm the politics applied. Beginning with a long-term and retrospective study, to create the evaluation of the development process of the program in an Investigative and Evaluative manner, and therefore consider the evaluation as a technique and investigative strategy. Through the study, factors which explain success and failure situations can be identified, such factors reduce doubts, improve the action effectiveness and propose relevant solutions. Based on case studies, investigation is built upon three different levels: one related to program analysis in connection with health / mental health; a legal level, which implies the full description of the program; and a final level which considers the results obtained from the program users and the corresponding professional figures present. The results reached allow the possibility, in the near future, to elaborate a method for the evaluation and control of programs, such as the one in question, and also such programs may be eventually considered in different and various contexts and circumstances.

KEY WORDS

Social Enterprise Intervention; Social and Labour Integration; Communal Mental Health; Severe Mental Disorders; Politics; Programs; Evaluation.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	Pág. 1
Planteo y contextualización del problema.....	Pág. 1
Relevancia de la investigación.....	Pág. 2
CAPÍTULO II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	Pág. 6
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	Pág. 7
CAPÍTULO IV. ESTADO DEL ARTE.....	Pág. 12
La experiencia de Empresa Social de Salud Mental en Trieste, Italia.....	Pág. 12
Caracterización del dispositivo de Empresa Social de Salud Mental.....	Pág. 15
Experiencias de Empresa Social en otros contextos de reforma.....	Pág. 20
Investigación y evaluación en Empresas Sociales de Salud Mental.....	Pág. 26
CAPÍTULO V. MARCO TEÓRICO.....	Pág. 31
El trabajo como herramienta utilizada en la Empresa Social de Salud Mental.....	Pág. 31
El concepto de Rehabilitación Psicosocial.....	Pág. 32
El trabajo como necesidad y valor.....	Pág. 34
Procesos y condiciones de trabajo y su relación con la salud mental.....	Pág. 36
Trabajo, adolescencia y salud mental.....	Pág. 37
CAPÍTULO VI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	Pág. 40
CAPÍTULO VI. A. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIO LABORAL PARA ADOLESCENTES.....	Pág. 40
Contexto institucional.....	Pág. 40
Surgimiento del programa.....	Pág. 41
Población sujeto.....	Pág. 42
Instancias de derivación.....	Pág. 43
Ejes y estrategias de intervención.....	Pág. 43
Objetivos del programa.....	Pág. 44
Etapas pensadas para el desarrollo de proyectos en el marco del programa....	Pág. 44
Admisión, seguimiento y egreso de los usuarios del programa.....	Pág. 46
Configuración de equipos.....	Pág. 46
Red de actores implicados.....	Pág. 47
Fuentes de financiamiento.....	Pág. 48
Impacto del programa esperado.....	Pág. 48
Evaluación interna de los resultados del programa.....	Pág. 49

Proyectos desarrollados en el marco del programa.....	Pág. 49
Avances en cuanto a la consolidación del programa.....	Pág. 53
CAPÍTULO VI.B. ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIO-LABORAL PARA ADOLESCENTES A NIVEL DEL CONTEXTO DE LAS POLÍTICAS Y DEL MARCO LEGAL RELACIONADO.....	Pág. 55
La Reforma de Salud Mental en Italia.....	Pág. 55
La Reforma de Salud Mental en Argentina.....	Pág. 57
El Campo de la Salud Mental Comunitaria en el marco del proceso de Reforma de Salud Mental en Argentina.....	Pág. 59
La Empresa Social como práctica perteneciente al Campo de la Salud Mental Comunitaria.....	Pág. 61
Marco dado por las Políticas Públicas en relación a la aplicación de los dispositivos de Empresa Social en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires...Pág.	62
La Empresa Social en el marco de las Políticas, Planes y Programa de Salud Mental.....	Pág. 63
La Empresa Social en el contexto de las Políticas Sociales.....	Pág. 66
La Empresa Social en el marco de la Economía Social.....	Pág. 68
Marco Legal relacionado con la práctica.....	Pág. 71
Declaraciones y tratados internacionales.....	Pág. 71
Marco legal a nivel nacional.....	Pág. 74
Legislación específica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires relacionada con la temática.....	Pág. 75
Panorama actual configurado por el marco legal.....	Pág. 81
CAPÍTULO VI.C. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL PARA ADOLESCENTES SEGÚN REPRESENTACIONES DE LOS USUARIOS..	Pág. 83
Perfil de la población.....	Pág. 85
Influencia del programa en las oportunidades de educación.....	Pág. 88
Influencia del programa en las oportunidades de trabajo.....	Pág. 91
Expectativas respecto del programa.....	Pág. 94
Satisfacción con el programa.....	Pág. 97
Cambios notados a nivel personal, del entorno familiar y social.....	Pág. 98

CAPÍTULO VI.D. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL PARA ADOLESCENTES SEGÚN REPRESENTACIONES DE LOS PROFESIONALES.....	Pág. 99
Impacto del programa en el ámbito de los usuarios.....	Pág. 99
Impacto del programa a nivel del entorno sociofamiliar.....	Pág. 102
Impacto del programa a nivel del Sistema de Salud Mental y de la sociedad en general.....	Pág. 104
Debilidades y fortalezas del programa.....	Pág. 107
Cambios generados en el programa en el eje temporal.....	Pág. 110
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.....	Pág. 113
Impacto del programa a nivel de los usuarios y sus familias.....	Pág. 114
Impacto del programa a nivel del Sistema de Salud Mental.....	Pág. 117
La Empresa Social de Salud Mental en tanto dispositivo innovador.....	Pág. 120
Pensando en una metodología de evaluación.....	Pág. 123
Trabajo, salud mental y derechos de ciudadanía.....	Pág. 125
ANEXO I. ENCUESTA A LOS USUARIOS DEL PROGRAMA.....	Pág. 128
Consentimiento informado.....	Pág. 128
Encuesta.....	Pág. 130
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 135

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Planteo y contextualización del problema

La siguiente investigación, en el marco de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, surge de la decisión de plasmar en un estudio sistemático la experiencia de una práctica en salud mental que personalmente desempeño desde principios del año 2000.

Durante los últimos años de mi Licenciatura en Terapia Ocupacional, me interesé por los desarrollos del Campo de la Salud Mental Comunitaria en alternativa a la asistencia de los Trastornos Mentales Severos regida por un Modelo Médico Psiquiátrico de base manicomial, lo cual me llevó a viajar a Trieste (Italia), sede de una de las más importantes experiencias de reforma psiquiátrica.

A mi regreso, me incorporé al trabajo que llevaba a cabo desde principios de los años '90 un equipo de Terapeutas Ocupacionales del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en cuanto a la aplicación, en el contexto de dicha ciudad, del Modelo o Filosofía de Empresa Social de Salud Mental desarrollado en Trieste, cuyo principal objetivo se centra en la promoción de la Integración Sociolaboral de personas con Trastornos Mentales Severos.

Durante años, los Trastornos Mentales Severos, han sido atendidos desde un Modelo Médico Psiquiátrico, que ha generado respuestas simples ante problemáticas complejas como las que presentan las personas portadoras de dichos trastornos. Si bien, desde el punto de vista histórico-cronológico no puede establecerse un momento preciso y puntual para considerar a la salud mental como campo específico, es desde la segunda guerra mundial que la misma adquiere un perfil definido, a pesar de algunas experiencias importantes, consistentes y significativas desarrolladas desde principios del siglo XX.

El Campo de la Salud Mental, en contraposición con la concepción psiquiátrica biologista, individualista y deshistorizante, reconoce al padecimiento psíquico como indisociable de las condiciones de existencia de la persona y busca intervenir desde un modelo integral orientado hacia la comunidad.

La atención basada en la comunidad, implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico respecto de la prestación de

servicios y entiende desarrollar una red de servicios territoriales que contemple la atención de los problemas de salud mental en todos los niveles.

Los Trastornos Mentales Severos constituyen una de las mayores causas de pérdida de años de vida sana a nivel mundial. (Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A., 1997). A la gran morbilidad se le agrega la alta carga de discapacidad que los mismos conllevan y las dificultades propias del alto grado de estigmatización proveniente del medio familiar, social y del propio sistema de salud, incluyendo a los efectores de salud mental.

Los procesos de exclusión social que afectan a poblaciones cada vez más grandes, pueden implicar entre sus consecuencias fenómenos de desempleo más o menos estables. Desde dificultades para el sostenimiento del empleo, hasta la imposibilidad de acceder a él, son constantes en las vidas de las personas con problemáticas de salud mental. En general, las tasas de desempleo de las personas que padecen trastornos psicóticos, resultan ser mucho más altas que las de aquellas que no los padecen. Se calcula que el 85% de las personas con este tipo de trastorno, en distintos lugares del mundo, se encuentran desempleadas. (Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A., 1997).

Por otra parte, el desempleo prolongado puede actuar como sostenedor del trastorno mental y no ser únicamente su consecuencia. Este panorama se agrava en países como el nuestro donde, tal como se mencionara anteriormente, los procesos de marginación, fragilización laboral y desempleo afectan a altos porcentajes de población.

Relevancia de la investigación

Teniendo en cuenta el panorama anteriormente descrito, es que debe comprenderse la creación del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes del Hospital Dra. Carolina Tobar García que nace, justamente, de la necesidad percibida por trabajadores de salud mental respecto de la creación de un espacio comunitario, articulador entre la salida del sistema de salud mental y el ingreso al medio productivo de la población asistida en dicha institución.

A través de un trabajo conjunto entre servicios y equipos de profesionales del hospital y de organizaciones de la sociedad civil, se logrará con el correr del tiempo cierta autonomía respecto de la gestión del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, que pasará a desarrollarse casi por completo en instancias por fuera de la

institución hospitalaria, promoviéndose así dispositivos basados en la Filosofía de Empresa Social de Salud Mental en y con la comunidad.

La Empresa Social se presenta como un dispositivo de atención en Salud Mental, cuyo objetivo final será la Integración Laboral de personas con Trastornos Mentales Severos y cuyo medio para lograrlo será la actividad laboral y formativa.

En este sentido, la inserción laboral se presenta como uno de los objetivos más complejos y paradigmáticos de los procesos de rehabilitación. El trabajo se transformará entonces en la cuestión fundamental sobre la cual intervenir, teniendo en cuenta que el mismo, conjuntamente con la propiedad de bienes, resulta ser la base de la integración social, del sostenimiento de la identidad y de la ciudadanía efectiva. (Galende E., 1997).

Desde el momento de la creación del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, se observará que el poder hospitalario “permitirá ejecutar” este tipo de propuesta, pero no se planteará la necesidad de destinar recursos para este tipo de prácticas, a pesar de que se reconozca a las Empresas Sociales como efectores de Salud mental ya desde el Plan de Salud Mental relativo a los años 2002 al 2006 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, como desde la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Empresa Social, por sus bases mismas, se constituye en un dispositivo que contempla la voluntad de Reforma del Sistema de Salud Mental. A pesar de ello, en contextos como el de la Ciudad de Buenos Aires, éste y otros dispositivos de base comunitaria, no han logrado, al menos hasta el momento, generar un circuito totalmente alternativo al manicomio.

Podría suponerse entonces, que dicha “libertad” otorgada desde instancias de gobierno en cuanto al desarrollo de la práctica, tenga que ver justamente con la creencia de que este tipo de prácticas no pueden gozar de la suficiente autonomía y fuerza como para romper con la lógica manicomial que rige el sistema de atención.

Hacer un análisis retrospectivo de una práctica compleja de Salud Mental Comunitaria, como la desarrollada por el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, no resulta una tarea sencilla. Sin embargo, el bagaje de conocimientos acumulados y la escasez de material escrito que acompañe a la reflexión sobre lo acontecido en los años de trabajo en nuestro contexto, más que en estímulo, se han transformado en la obligación de escribir este trabajo de tesis.

La importancia de la presente investigación, radica en contribuir al análisis de las Políticas de Salud Mental tendientes a dar respuesta a la Integración Sociolaboral de las personas con Trastornos Mentales Severos. Además de ello, se intenta generar conocimientos que contribuyan a que programas como el analizado, queden instituidos como parte de las Prácticas que conforman dichas Políticas de Salud Mental.

Si bien se considera que la evaluación interna de un programa como éste es tarea específica de los planificadores y gestores del mismo, el objetivo de estudiar el programa, en el marco de la presente tesis, posee la intención de tomarlo como “caso paradigmático” a partir del cual poder realizar un análisis más amplio respecto de la Salud Mental Comunitaria.

Se estima que esta investigación permitirá demostrar cómo se desarrolló la aplicación de un modelo proveniente de otro contexto socio-sanitario (Trieste, Italia) en un contexto como el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, teniendo en cuenta las características propias que asumió en este proceso. La descripción y el análisis de este tipo de dispositivo, permitirán arribar a conclusiones acerca de una intervención que, si demuestra ser eficaz, podrá ser replicada en otros contextos y circunstancias, estableciendo requisitos básicos para poder pensarla como modelo de práctica de integración sociolaboral.

Resulta importante evaluar el dispositivo, para demostrar cuáles han sido los resultados generados por la aplicación del mismo y en qué medida se produjeron cambios en los usuarios y sus familias, en los profesionales, en el sistema de salud mental y en la sociedad en general.

La planificación y la gestión de este tipo de programa no han respondido a una racionalidad lineal debido, entre otras cosas, a la necesidad de “adaptarse” a las coyunturas para poder dar continuidad a la práctica. Es por eso, que resulta importante intentar establecer relaciones de causalidad respecto de cuáles han sido los procesos que han llevado a determinar el funcionamiento del dispositivo tal y cómo lo conocemos en la actualidad. Se intentará además, a través de un análisis retrospectivo, demostrar cuáles han sido los factores determinantes de algunos de los principales cambios que se han dado en el tiempo.

La investigación que me planteo es de tipo descriptiva y el principal supuesto que la guía consiste en la creencia de que este tipo de dispositivo, además de ser efectivo en cuanto al logro de la integración sociolaboral de la población sujeto, se ha instituido como parte del conjunto de las prácticas de Salud Mental Comunitaria que

funcionan de manera alternativa al Modelo Médico Psiquiátrico y Clínico Asistencial que se mantiene, aún hoy, en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sostengo que este tipo de estrategia, que nace del trabajo de los técnicos del equipo para luego ser avalada por las políticas, se constituye entonces en una práctica con objetivos transformadores del Sistema de Salud Mental. Este tipo de dispositivo intenta inventar una institución alternativa al manicomio, es decir, una red de cuidados a nivel territorial que, al igual que en otras reformas suscitadas en otros países y regiones, sirvan en tanto instancias transformadoras del pensamiento y de las prácticas de tipo manicomial.

Por último, estimo que la investigación puede permitir en un futuro, elaborar una metodología para la evaluación y el seguimiento de este tipo de dispositivo, pudiendo además servir para valorizar los resultados de las acciones públicas, fundamentalmente en términos del avance o retroceso en la protección de los derechos y del mejoramiento de la calidad de vida de la población asistida, haciendo extensivo el ejercicio de la ciudadanía a los sectores más vulnerables.

CAPÍTULO II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de la investigación, supone contribuir a la producción de conocimiento acerca del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes surgido del equipo de trabajo del Hospital Dra. Carolina Tobar García, y de los Emprendimientos Sociales de Salud Mental implementados, a partir de dicho programa, como estrategia innovadora en la atención de salud mental.

Los objetivos específicos, se plantean en base a 3 niveles de análisis: uno **macro** relacionado con el análisis del programa en interrelación con las políticas de salud/ salud mental y el marco legal relacionado, uno **meso** que se atiene básicamente a la descripción misma del programa y uno **micro** que intentará realizar un análisis de los resultados del programa en base a las representaciones de los “usuarios”¹ y los profesionales implicados.

Los objetivos específicos de este estudio son:

- a) Describir y analizar el surgimiento y el desarrollo del programa teniendo en cuenta el marco de las políticas públicas.
- b) Analizar el surgimiento y el desarrollo del programa teniendo en cuenta el marco legal relacionado.
- c) Describir y analizar el programa teniendo en cuenta las siguientes dimensiones de análisis: contexto institucional, surgimiento del programa, población sujeto, instancias de derivación, ejes y estrategias de intervención, objetivos, etapas, admisión, seguimiento y egreso de los usuarios, configuración de equipos, red de actores implicados, fuentes de financiamiento, impacto, evaluación interna de resultados, proyectos en el marco del programa, avances en la consolidación del programa.
- d) Explorar los resultados alcanzados por el programa a través de la evaluación del cumplimiento de los objetivos desde la perspectiva de los usuarios y de los profesionales.
- e) Reflexionar sobre el estado actual del programa analizando las modificaciones implementadas en el tiempo y los determinantes de esas modificaciones.
- f) Determinar las razones de la importancia de este tipo de dispositivo y el impacto generado por el mismo sobre todo a nivel del sistema de atención en salud mental.

¹ Término utilizado en referencia a los participantes de la Empresa Social de Salud Mental según la tradición o filosofía que diera origen a este dispositivo y adoptado por los profesionales del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

En el marco de la presente investigación, se ha realizado un estudio longitudinal y retrospectivo, tomándose como línea de base el comienzo del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes en el contexto de la Ciudad de Buenos Aires (año 1993), abarcando el estudio hasta finales del año 2008.

Debido a que el programa no ha finalizado, no podría considerarse un estudio “ex –post”, sino una evaluación que ocurre durante el proceso o “de gestión”. (Nirenberg O., Brawerman J., Ruiz V., 2007). Este tipo de evaluación se plantea a ser llevada a cabo en el continuo del proceso de implementación del programa, teniendo en cuenta los resultados en cuanto a los objetivos previstos, efectos buscados y factores que influyen los resultados, pudiendo ser de utilidad para la modificación de las estrategias de trabajo a desarrollar.

El estudio, puede considerarse además como una “Investigación Evaluativa”, en el sentido de “tomar a la evaluación en tanto técnica y estrategia investigativa, en un proceso de hacer preguntas sobre el mérito y la relevancia de una propuesta o programa, que tiene entre uno de sus objetivos centrales fortalecer el movimiento de transformación en pro de la ciudadanía y los derechos humanos.” (De Souza Minayo M.C., Goncalves de Asis S., Ramos de Souza E., 2005: 17).

La Investigación Evaluativa implica la descripción y el análisis en profundidad de un programa o un dispositivo, estableciendo esquemas interpretativos a partir de marcos conceptuales e intentando formular hipótesis que se verificarán durante el proceso de investigación para explicar el fenómeno. Una evaluación como está, que intente identificar factores que expliquen situaciones de éxito o fracaso, podría llevar a reducir incertidumbres, a mejorar la efectividad de las acciones y a propiciar la toma de decisiones relevantes, respondiendo al interés no sólo de los beneficiarios del programa sino también a los responsables de la aplicación del mismo y de la sociedad en general.

Esta investigación queda planteada como un “estudio de caso”. Entre los diversos diseños metodológicos de investigación cualitativa, el estudio de caso es una de las modalidades más frecuentemente utilizadas para el análisis de las experiencias de los programas y los servicios. La expresión “estudio de caso” surge en el ámbito de la investigación médica y de la psicología, y en esas áreas, el término generalmente describe el análisis detallado de un caso individual para explicar la dinámica y la patología de determinada enfermedad. En el campo de las ciencias sociales, en cambio,

el caso típico no es un individuo. El caso suele ser una organización, una práctica social, o una comunidad, habitualmente estudiada a través de la observación participante y de entrevistas. (Ferreira Deslandes S., Gomez R., 2007: 84).

Una investigación como ésta, implicó la utilización de distintas técnicas para obtener y analizar los datos. Buscó tener en cuenta la participación y las percepciones de los sujetos involucrados en la creación y en la implementación del programa e incluyó a los actores del programa, no sólo como objetos de análisis sino, principalmente, como sujetos de auto-evaluación.

Se utilizaron distintos instrumentos, según el tipo de información requerida para las distintas instancias de la investigación y los distintos niveles (macro, meso y micro mencionados en los objetivos de la investigación).

Respecto del nivel **macro**, se ha realizado un análisis documental en base a las políticas públicas y el marco legal relacionado con la temática, para explicar el surgimiento, el desarrollo del dispositivo, así como también, los efectos generados en el sistema a partir del desarrollo del mismo.

Se han tomado además, como fuente fundamental de información, los documentos elaborados por el Gobierno de la Ciudad de Buenos, en relación con la legislación, las políticas, planes y programas que funcionan en articulación con el programa analizado.

Para dar curso a la investigación en lo que se denominó el nivel **meso**, es decir, el desarrollo mismo del programa, se crearon dimensiones de análisis a partir de categorías existentes en los documentos relevados respecto de la puesta en práctica del programa, complementándose con otras categorías creadas a los fines de esta investigación, para las cuáles ha sido necesaria la información suministrada por los informantes calificados a partir de entrevistas y grupos focales.

El análisis documental se ha realizado a través del relevamiento de informes confeccionados por los profesionales del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes en los que se detallan: antecedentes, objetivos, ejes y etapas del programa, proyectos, equipo de trabajo, población beneficiaria, admisión, evaluación de resultados, etc.

Dicha información se ha complementado a través de la consulta de la “Guía de Procedimiento” elaborada por la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires respecto del desarrollo del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes.

Para la descripción del “Contexto Institucional” en el que se desarrolla el programa, se ha tomado el “Informe Final de Relevamiento” del Hospital Carolina Tobar García para el período 2004/2005 realizado por la Auditoría General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, complementándose con información suministrada a partir de las entrevistas y grupos focales realizados a informantes calificados.

Respecto de la aprobación del programa, la creación de otros programas en relación al evaluado y demás acuerdos relacionados con el tema (que quedan explicitados en la investigación), se han relevado y analizado las publicaciones de las distintas Resoluciones del Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se han analizado además, los documentos relacionados con una asociación civil creada a los fines de co-gestión del programa, así como de los libros de actas de la misma.

En un nivel **micro**, se han rastreado las representaciones tanto de los usuarios como de los profesionales implicados en el desarrollo del programa. Respecto de los **usuarios**, se aplicaron **16 encuestas autosuministradas** (ver anexo), seleccionándose una muestra de los actuales participantes del programa.

Actualmente, el universo de adolescentes que participan del programa se conforma con alrededor de 30 de ellos, los cuales se integran en emprendimientos de gastronomía, estampado de remeras y construcción de títeres.

La muestra no ha sido seleccionada aleatoriamente sino que, se han tenido en cuenta básicamente 3 criterios en cuanto a los jóvenes a encuestar:

- 1) La antigüedad de los mismos en el programa, estableciéndose 4 subgrupos de antigüedad 6 meses, 12 meses, 18 meses y 24 meses.
- 2) La instancia de la derivación, estableciéndose un grupo de adolescentes derivados de instancias comunitarias y otro grupo derivado desde el sistema de salud.
- 3) El emprendimiento del cual participa cada adolescente, intentándose abarcar todos los que se desarrollan en el marco del programa.

La muestra, si bien no puede considerarse representativa de todo el universo de los sujetos que han participado del programa desde los comienzos del mismo, se considera representativa del universo de usuarios que participan actualmente del programa, al haberse contemplado los tres criterios anteriormente descriptos.

Las encuestas aplicadas a los usuarios, integradas por un grupo de preguntas cerradas y otro de preguntas abiertas, han sido confeccionadas a los fines de la investigación, intentando indagar básicamente las percepciones de los usuarios respecto

de la influencia del programa en el ámbito de la educación y del desempeño laboral, además de las expectativas previas y las opiniones posteriores a la participación en el mismo.

El análisis de las preguntas cerradas ha permitido presentar proporciones en cuanto a sus respuestas. Las preguntas abiertas han intentado explorar las representaciones de los usuarios y rastrear las opiniones de la mayoría, permitiendo construir algunos criterios en base a las respuestas.

Se han rastreado además los legajos confeccionados para cada uno de los jóvenes participantes del programa, con la finalidad de complementar la información con aquella generada a partir de las encuestas suministradas a los usuarios. Cada legajo está compuesto por una Panilla de Derivación, una Planilla de Admisión, una Historia Social, la Evaluación del Proceso de Empresa Social en Salud Mental (creada por los profesionales a cargo del programa) y los Informes de Evolución.

Se han realizado además **observaciones participantes** en los grupos de trabajo por emprendimiento, lo cual ha servido para complementar la información obtenida a través de las encuestas y del análisis de los legajos individuales. La observación participante se realizó en todos los emprendimientos con el objetivo de penetrar en el contexto de la investigación (De Sousa Minayo M.C., 1995) observar la lógica organizacional e identificar la relación entre los diferentes actores. A partir de la observación participante se ha logrado conocer el lugar, los hábitos de los usuarios, la dinámica grupal entre usuarios y coordinadores, el encuadre dado al trabajo, la relación con los otros dispositivos del sistema de salud mental, además de la totalidad de las prácticas realizadas en los emprendimientos.

Toda la información obtenida a partir de la aplicación de la encuesta, del análisis de los legajos y de las observaciones participantes, ha sido procesada y se ve reflejada tanto en la descripción y el análisis del programa como en los apartados referentes a la evaluación de los resultados del programa.

Respecto de los usuarios que ya han transitado por el programa en años anteriores (por ende, en proyectos anteriores) se ha hecho un relevamiento en base a registros que han quedado en manos de los profesionales del equipo. Uno de los problemas encontrados, ha sido la escasez de datos respecto de estos usuarios.

En cuanto a los **profesionales**, se han realizado **5 entrevistas en profundidad** a aquellos considerados informantes calificados, sobre todo, por ser quienes han creado el

programa y llevan a cabo la gestión desde su origen (3 Terapistas Ocupacionales, 1 a un Psicólogo y 1 a una Trabajadora Social).

El análisis documental ha servido como fuente secundaria de información, complementando aquella primaria obtenida en base a las entrevistas. En ocasiones, las entrevistas han sido corroborativas de los datos relevados en los documentos.

Las entrevistas en profundidad han constituido la herramienta más adecuada para conocer las representaciones de los profesionales implicados, sus perspectivas y la significación que otorgan a la problemática. Los ejes de indagación han tenido que ver con el cumplimiento de los objetivos del programa en relación a los usuarios, sus familiares y al sistema de salud mental; además de otros ejes que han tenido que ver con el surgimiento del dispositivo, la aplicación del modelo de práctica, los cambios producidos en el tiempo y la percepción respecto de debilidades y fortalezas del programa.

Se han realizado además **2 grupos focales** de los cuales han participado **profesionales** de las distintas disciplinas que integran el equipo de trabajo (Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social, Psicología Social). Este instrumento se encuentra entre los más utilizados en el trabajo tanto con usuarios como con profesionales en el ámbito de la salud. Los grupos focales se han realizado para complementar la información obtenida a partir de las entrevistas en profundidad.

CAPÍTULO IV. ESTADO DEL ARTE

Las experiencias de Empresa Social en Salud Mental que se han desarrollado, tanto en el contexto de origen como en otros, han sido extremadamente variadas. Debido a los alcances de esta investigación, se hará mención principalmente al modelo de Empresa Social en Salud Mental triestino, el cual sirviera de referencia a otras prácticas que serán citadas.

La Experiencia de Empresa Social de Salud Mental en Trieste, Italia

“Se empezó a hablar de Empresa Social en 1987 para dar un nombre a las nuevas estrategias dirigidas a enfrentar la crisis del trabajo y la crisis de la asistencia en algunas experiencias históricas de innovación de las instituciones y de las políticas sociales en diferentes lugares de Europa e Italia. En la actualidad, la expresión Empresa Social circula en esferas bastante heterogéneas: entre los que se ocupan desde distintas perspectivas de la privatización o recalificación de la asistencia social, o bien de las políticas laborales capaces de enfrentar el desempleo y la desocupación (...).” (De Leonardis O, Mauri D., Rotelli F., 1994:11).

A su vez, autores como Rotelli F. (2000: 301) afirman que: “Toda la historia de los 20 años de trabajo psiquiátrico desarrollado en Trieste puede ser traducida en apenas una expresión: denominamos Empresa Social a aquella que hace vivir lo social, lo que es diferente a la situación precedente en la que lo social era expropiado de sus contradicciones delegando a los psiquiatras la reclusión de los pacientes dentro de los muros del manicomio. Empresa Social es el proceso mismo de demanicomialización (...).”

La Empresa Social, según este último autor, podría entenderse como el proceso mismo de ruptura de la práctica psiquiátrica tradicional y la consecuente construcción de una compleja red de servicios, que son el instrumento para la construcción real de los derechos de las personas con sufrimiento mental.

“La historia de la desinstitucionalización, de la desarticulación del manicomio desde adentro iniciada por Franco Basaglia a comienzos de la década del '70, ha llevado a la clausura oficial del manicomio y a la diseminación de una gran variedad de lugares de cura en el tejido ciudadano (...) entendidos no como ambulatorios psiquiátricos para enfermos mentales, sino como laboratorios de salud mental para todos.” (De Leonardis O, Mauri D., Rotelli F., 1994: 56)

Entre estos dispositivos de cura se encuentra la Empresa Social, noción que en Italia nace muy vinculada a la tradición cooperativista de larga data en este país. Según los idearios de esta nueva práctica, el trabajo en las cooperativas se configura como una de las formas privilegiadas de expresión y aplicación de la “filosofía” de Empresa Social.

A través de este dispositivo, los pacientes a los que se “explotaba laboralmente” por vía de la ergoterapia institucional, se transforman en personas “jurídicamente capaces” de constituirse como trabajadores-socios de las cooperativas. Tal proceso evolutivo desde la ergoterapia manicomial hacia el desarrollo de cooperativas fuera del manicomio, ha permitido construir una práctica y un saber que contribuyen en gran medida a la comprensión de los mecanismos anti-institucionales del trabajo.

La forma cooperativa no sólo se constituye como el opuesto de la lógica del aprovechamiento del trabajo dependiente, sino también como forma concreta de solidaridad, como forma colectiva del ejercicio de la empresa.

La ley italiana N° 381/91 que establecerá la “Disciplina de las Cooperativas Sociales” ha servido y sirve actualmente para dar marco al desarrollo de un “Sistema de Cooperativas Integradas” que promueve la diversidad de puestos de trabajo intentando generar espacios adecuados para cada una de las personas que integran dichas cooperativas.

Este marco legal promueve, en el contexto italiano, la creación de 2 tipologías básicas de cooperativas sociales con 2 objetivos bien delimitados. La legislación establece que las cooperativas sociales tienen el objetivo de perseguir el interés general de la comunidad para la promoción humana y la integración social de los ciudadanos, a través de: 1) la gestión de servicios socio-sanitarios y educativos (cooperativas de “tipo A”) y 2) el desarrollo de diversas actividades –agrícolas, industriales, comerciales o de servicios- finalizadas a la inserción laboral de personas en desventaja (cooperativas de “tipo B”).

En las cooperativas sociales se consideran personas con desventajas a aquellas con distintos tipos y grados de discapacidad física, psíquica y sensorial, ex pacientes de instituciones psiquiátricas, sujetos en tratamiento psiquiátrico, ex convictos, adictos, personas que viven en situación de pobreza, entre otros. Las personas con desventajas, según la normativa, deberán constituir al menos un treinta por ciento (30%) del conjunto de los trabajadores de la cooperativa.

La innovación introducida por la ley, en referencia a las cooperativas sociales de “tipo B”, se basa en haberlas individualizado como instrumento privilegiado y especializado para la inserción laboral de estos “sujetos en desventaja” o, como actualmente se los reconoce también, “colectivos de difícil inserción”.

Todas las personas que se integren laboralmente en las cooperativas deberán tener una actitud suficiente para el desarrollo del trabajo. La presencia de trabajadores de la comunidad, en conjunto con aquellas personas con cierto grado de discapacidad o desventaja, deberán garantizar el desempeño de la actividad propia de cada cooperativa, teniendo presente tanto un proyecto general de formación cuanto programas personalizados adecuados a las necesidades de cada integrante del proyecto.

En consideración al hecho de que este tipo de cooperativas sociales se plantean el doble desafío de habilitar para el trabajo a sujetos en desventaja y de producir bienes y servicios factibles de ser colocados en el mercado, la ley 381/91 prevé para ellas algunos beneficios, como por ejemplo, que las alícuotas de contribución de seguridad social obligatoria y obra social, correspondiente a la retribución de personas en desventaja, sean reducidas a cero.

Tales beneficios, permiten que personas destinadas a “pesar” sobre la comunidad (en términos de costos para el orden público a través del otorgamiento de por vida de subsidios, pensiones por discapacidad, etc.) puedan transformarse en trabajadores productivos y capaces de autonomía económica, con evidentes ventajas económicas también para el Estado.

A partir de lo anteriormente dicho, en la mayor parte del territorio italiano, las cooperativas alcanzan a conformarse como un importante recurso, con la función no sólo de lograr la inserción laboral de los colectivos antes mencionados, sino también de contribuir a la modificación de la imagen y de las representaciones sociales respecto de las persona con sufrimiento mental.

Como se hacía mención anteriormente, es entonces a través de las cooperativas sociales que en Italia se aplican las bases de la Filosofía de Empresa Social. Sin embargo, en la actualidad, se incluyen dentro de la denominación de Empresa Social a otro tipo de organizaciones. “Se entiende por Empresas Sociales a todas aquellas organizaciones privadas sin fines de lucro que ejercen de manera estable y principal una actividad económica de producción o de intercambio de bienes y/o de servicios con fines de utilidad social, dirigida a fines de interés general” (Ley nacional italiana

118/2005). La norma parte del reconocimiento de la ley nacional italiana 381/91 para ampliar la red a este tipo de organizaciones.

Cabe aclarar, que lo que se considera “bienes y servicios de utilidad social”, contempla tanto productos como intercambios en tan variados sectores como la asistencia social, la asistencia sanitaria, la asistencia socio-sanitaria, la educación, la instrucción y formación, entre otros.

En lo que respecta al sistema de salud mental, tanto las Cooperativas Sociales como las Empresas Sociales, se integran y constituyen una parte vital del mismo, considerándose las como un servicio más dentro de la red territorial.

Una multiplicidad de opciones se ofrecerá a los usuarios del sistema, permitiéndoles transitar el camino que va desde su formación hasta su verdadera integración sociolaboral (a través de subsidios o becas de formación en una instancia inicial, como socios de cooperativas, etc.).

Caracterización del dispositivo de Empresa Social de Salud Mental

En los siguientes apartados se hará mención a algunas de las principales características que, según De Leonardis O., Mauri D., Rotelli F. (1994), distinguen a este tipo de dispositivo de otros con finalidades similares.

Denominación de Empresa Social

La Empresa Social es “empresa”, porque se funda sobre emprendimientos y se articula a través de realidades jurídicamente autónomas y económicamente productivas dentro del mercado.

La Empresa Social es “social”, porque tiene como objetivo la reinserción social y laboral de personas en desventaja, y porque trabaja promoviendo la articulación entre una comunidad y sus instituciones.

La forma organizativa, los objetivos perseguidos y los medios utilizados responden a una “filosofía” que se revela particularmente interesante y apropiada en el caso de personas portadoras de disturbios mentales.

La búsqueda de sinergias

Una de las principales características de la Empresa Social, es aquella que tiene que ver con la incorporación dentro de la empresa, de una variedad de recursos, actores y contextos, de origen y naturaleza diversos, bajo el principio de contaminación y búsqueda de sinergias.

Respecto del financiamiento de este tipo de dispositivo, las Empresas Sociales buscarán combinar una variedad de recurso, que van desde los recursos otorgados por el Estado, fondos otorgados por organismos internacionales, fondos de origen privado, además de las utilidades generadas por la misma empresa.

En este sentido, la Empresa Social considera a la cooperación como terreno propicio para generar “juegos de reciprocidad”, en los cuales los recursos de los otros no se constituyen como una amenaza sino como una oportunidad.

Más allá del tipo de financiamiento, la Empresa Social se piensa como un dispositivo que intenta terminar con la tradicional división entre “el mundo de la empresa, del mercado y de la producción” por un lado, y “el mundo de la asistencia y de los costos sociales” por el otro.

Se podría considerar a este tipo de dispositivo, como aquel que viene a cumplir de alguna manera con el rol del Estado Social, implementando estrategias destinadas a conectar el mundo de la producción y el mundo de la reproducción social, el mundo del trabajo y el del no-trabajo, el mundo del desarrollo económico y el del bienestar social.

“El punto de partida de las estrategias de Empresa Social no es el mundo de la producción de riqueza, sino el mundo de su distribución y redistribución. La Empresa Social es, en efecto, una estrategia productiva, pero cuyo lugar de elección es lo social, la reproducción, la asistencia, la redistribución.” (De Leonardis O, Mauri D., Rotelli F., 1994: 26)

El dispositivo se plantea entonces, como una estrategia de transformación de los aparatos administrativos y organizativos de la asistencia. Se propone hacer una inversión en los recursos materiales y humanos que se han depositado en ella, comenzando por los destinatarios de la asistencia misma. Según los propulsores de esta filosofía, mientras el “mundo del Estado Social” y el “mundo del mercado de trabajo” permanezcan separados, las consecuencias serán siempre desastrosas y se continuarán destruyendo energías para reproducir una cultura asistencialista.

La figura del emprendedor

Desde el momento de la creación de este tipo de dispositivo, se ha hecho hincapié en la figura del sujeto emprendedor, quien poniendo en práctica sus capacidades logra alcanzar su mayor nivel de autonomía.

Este tipo de dispositivo invierte en su principal capital: las personas. Dando crédito a ellas mediante el reconocimiento de sus capacidades y generando las condiciones necesarias para que estas capacidades puedan implementarse. Si no se otorga crédito a los sujetos que participan del emprendimiento o de la empresa, según los creadores de la filosofía, no queda otra alternativa que trabajar con un residuo inerte conformado por la enfermedad y la incapacidad.

Para hacer que las personas se arriesguen a transformarse en emprendedores respecto de sí mismos, resulta esencial poder moverse en escenarios de vida reales, donde se trabaja y se gana, se intercambia y se consume. El riesgo real que implica promover un emprendimiento productivo, se transforma entonces en “terapéutico” en el sentido que intenta promover la autonomía y no la dependencia respecto de un servicio.

Obviamente, en el desarrollo cotidiano del emprendimiento, se trabaja por encontrar un equilibrio entre el estimular a las personas a correr riesgos y darles la posibilidad de declarar sus propios límites, miedos, errores, etc. Las Empresas Sociales se configuran entonces, como lugares “semiprottegidos” en relación a que intentan, como se mencionaba anteriormente, acercarse a una situación real de trabajo, pero tomando en consideración las necesidades específicas de las poblaciones que comprende.

La contemporaneidad entre la formación y el trabajo

Desde el desarrollo de las cooperativas sociales en Italia, los usuarios que las integran se transforman en socios activos y emprendedores, de acuerdo a un proceso de trabajo que prevé la contemporaneidad del momento formativo y de aquel productivo, incentivando la asunción de responsabilidades y el incremento de las capacidades de elección y riesgo.

Debido a que se intentan crear situaciones económicamente autosuficientes, en grado de asegurar la continuidad laboral de los socios de las cooperativas, los diversos momentos del proceso –preparación o preformación, formación profesional, trabajo– resultan inseparables.

En el ámbito de la Empresa Social, se hablará de “formación en tarea” y se considerará fundamental el hecho de implementarla en lugares de trabajo lo más cercanos a la realidad posible.

Se estimará además, que la formación misma contempla un proceso siempre incompleto. No se trata entonces de aprender un oficio que luego pueda desarrollarse en otra parte, gracias a una inserción laboral. El oficio se aprende mientras se construye el lugar donde se ejercita, y el lugar no es sólo un “puesto de trabajo”. La formación no busca solamente proveer habilidades específicas de un “oficio”, sino que se propone el objetivo de fomentar en los individuos participantes la adquisición de habilidades de manejo (de sí mismos y de la empresa).

En la Empresa Social, se puede decir entonces, que se revierte el tradicional mecanismo de la formación asistencial paternalística, según el cual es necesario que una persona (loca, adicta, etc.) demuestre primero una mejoría, para poder ser candidata a una integración laboral, siendo el trabajo un “premio”. El trabajo no es concebido entonces como simple respuesta a la necesidad, sino como un espacio de producción de sentido y de valor subjetivo.

El criterio de calidad

La Empresa Social intenta operar en el sistema económico a través de pequeñas unidades que incorporen el criterio de calidad como fundamental. La Empresa Social intenta reconocer la calidad como necesidad de vida. La entrada a este “mercado cualitativo” implica que la calidad del producto se refleje también en la calidad de trabajo, del ambiente, etc.

En este sentido, se rompe con la lógica tradicional de la descalificación de los lugares de la asistencia, caracterizados por la despersonalización, la estandarización, la indiferencia y la degradación.

Se remarca la importancia en los procesos de rehabilitación de disponer de lugares y productos de alta calidad. Paradójicamente se podría decir, según los idearios del modelo de Empresa Social, que “el lujo es terapéutico” o que existe una dimensión estética y no sólo ética del proceso rehabilitativo.

La calidad de los productos, de los procesos y de las relaciones, la calidad de los consumos materiales y culturales, se transforma en un factor fundamental a tener en

cuenta por los operadores de salud mental, sobre todo para aquellos usuarios que han vivido en una espiral de carencia.

La pequeña dimensión y la diversificación de los campos de acción

La pequeña dimensión es en la Empresa Social un punto de partida con una serie de ventajas: menores riesgos respecto del capital invertido, menor complejidad en la gestión, horizontalidad y transparencia en los procesos relativos a la transmisión de información y toma de decisiones, etc. La Empresa Social privilegia además la pequeña dimensión de la unidad productiva, con el objetivo de favorecer el desarrollo de dinámicas de individuación y al mismo tiempo de socialización.

Como es obvio, la pequeña escala siempre corre el riesgo de condenar a las unidades productivas a la invisibilidad, a la debilidad y a la fragilidad en el plano económico, a una fatigosa supervivencia dentro de nichos del mercado. Por ese motivo es que, al menos en sus comienzos, la Empresa Social debe necesariamente contar con el apoyo del Estado.

Dentro de pequeñas unidades, se intenta sin embargo alcanzar una cierta diversidad en cuanto a la producción, contra los riesgos de la institucionalización. Se intenta inventar “el lugar justo” para cada sujeto, no existiendo un sólo puesto justo sino diversos, según las experiencias realizadas, los procesos de vida, de cada individuo.

La búsqueda de la horizontalidad

Por último, una de las características fundamentales de la Empresa Social, es que en esta última se intenta estimular la modalidad de control horizontal de los dispositivos. Por eso, como se mencionaba anteriormente, el trabajo en las cooperativas se configura como una de las formas privilegiadas de expresión y aplicación de la Empresa Social. Se puede afirmar que los usuarios, al constituirse como socios de las cooperativas, aumentan su capacidad de control respecto del emprendimiento.

En este contexto, los operadores de la asistencia deberán incorporar competencias técnicas y de gestión, debiendo formarse en el proceso mismo de desarrollo del dispositivo, siendo partícipes del riesgo que implica el emprendimiento.

Experiencias de Empresa Social en otros contextos de reforma

En el siguiente apartado se hace breve mención al contexto de reforma en el cual surgen tres de las experiencias más reconocidas de Empresas Sociales de Salud Mental. Se describen algunos de sus principales objetivos y metodologías de intervención, además de mencionarse algunos aspectos del complejo proceso de evaluación de estos dispositivos.

Empresas Sociales en el contexto de Río Negro, Argentina

Para describir lo relacionado con la experiencia en esta provincia, además de la bibliografía relacionada con el tema, se ha utilizado como fuente de información a aquella obtenida a través del trabajo conjunto de años con la Dra. Diana Jerez -actual Directora de Salud Mental de la Provincia de Río Negro-, como así también a través de entrevistas realizadas en el año 2008 a la Dra. Analía Broide -Jefa del Equipo de Salud Mental del Bolsón-, al Sr. Marcelo Muslillo -principal responsable de las Empresas Sociales que desde el año 2001 vienen desempeñando su actividad también en el Bolsón- y a la Dra. Graciela Natella –una de las principales propulsoras conjuntamente con el Dr. Hugo Cohen de la ley de la Provincia de Río Negro N° 2.440.

En la provincia de Río Negro, se inicia un proceso de reforma de la atención psiquiátrica a partir de la vuelta a la democracia de nuestro país. Según autores como Alberdi, (2003) Río Negro será elegido por los planificadores en salud mental como una “zona de demostración”, es decir, una zona con poco desarrollo del organismo sanitario, en la que se concentrarán los recursos técnicos y materiales para la puesta en funcionamiento de técnicas modernas de salud pública, en este caso de salud mental, para fin de experimentación y difusión de nuevos modelos.

Según el autor, las relativas “buenas” condiciones de trabajo que se presentaban en el nuevo departamento de salud mental, el apoyo de las autoridades nacionales, la posibilidad de desarrollar tareas full-time de los profesionales en el área de la salud pública, entre otras condiciones, permitieron al equipo desarrollarse con más fuerza que en otras provincias.

Con el cierre del manicomio de Allen y con la sanción de la Ley 2.440 de “Tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental” aprobada en 1991, se fue dando cada vez mayor fortaleza a la reforma.

Según las opiniones de los profesionales entrevistados, uno de los ejes fundamentales del Programa de Desmanicomialización en la Provincia de Río Negro, ha sido y es la inserción social de personas con sufrimiento mental. En este marco, la preocupación por la inserción laboral es determinante del pronóstico y la evolución de la persona.

El eje de la reinserción social a través del trabajo, se puso en práctica en esta provincia, sobre todo, mediante la implementación de dispositivos de Empresa Social. Según los profesionales que llevan a cabo la tarea, las estrategias de Empresa Social se aplican siguiendo la filosofía que les dio origen -la triestina-, pero se desarrollan de una forma “adaptada” al contexto social, político y económico de la provincia.

Las Empresas Sociales, si bien no cuentan con el respaldo de una legislación específica como en Italia, quedan bajo la protección del Instituto Rionegrino de Salud Mental, creado a los efectos de sostener y consolidar el proceso de reforma.

Este tipo de dispositivo, se consolida como servicio de salud mental en varias de las ciudades rionegrinas (entre ellas El Bolsón, Viedma, Bariloche y Cinco Saltos) desde diversas modalidades: grupos operativos, grupos preempresariales, empresas sociales, cooperativas de trabajo, etc.

Según los profesionales, desde el comienzo de la aplicación de esta modalidad de intervención, se han intentado formar grupos mixtos con el objetivo de generar fuentes de trabajo genuinas para personas con sufrimiento mental y/o con dificultades de acceso al mercado laboral. (Muscillo M., 2006).

El objetivo de las Empresas Sociales, se basa en ligar grupos vulnerables a una iniciativa económica (no asistencial). Lograr que las personas pasen de ser “sujetos pasivos” de distintos tipos de asistencia o ayuda, a poseer una “función activa”, por medio de una cultura emprendedora, vinculándose con el mercado en forma directa.

Otro de los objetivos importantes que se menciona, es aquel que tiene que ver con el logro de un cambio en la percepción que la comunidad tiene sobre la enfermedad mental. Demostrar a los clientes de las empresas, que las personas que padecen sufrimiento mental no pierden por ello la capacidad de trabajar ni de incluirse en relaciones dinámicas donde la economía entra en juego. (Muscillo M., 2006).

Al igual que en el resto del país, la desventaja que significa inexistencia de una legislación a nivel laboral e impositiva favorable a este tipo de emprendimiento, continúa manifestándose hasta la actualidad. Sin embargo, en toda la provincia, muchas

de las Empresas Sociales han logrado alcanzar un punto de eficiencia que les permite participar de licitaciones públicas en base a oferta de servicios, etc.

En este sentido, proyectos que surgen en su mayoría por iniciativas de los servicios de salud mental, se transforman luego en entidades totalmente autónomas que llegan a funcionar con recursos propios, no percibiendo subsidios del Estado ni de cualquier otra entidad.

La forma jurídica adoptada por varias de las Empresas Sociales es la Cooperativa de Trabajo, constituyéndose ésta en una opción favorable en lo que hace a la toma de decisiones en forma democrática y a la distribución solidaria de la propiedad del capital y su renta.

En el territorio de Río Negro, entre las evaluaciones que se utilizan actualmente para valorar dispositivos de estrategia comunitaria, entre ellos las Empresas Sociales, se han hallado: “el Informe diario de actividades y consultas en salud mental” (IDCSM) y “el Resumen diario y mensual de actividades y consultas en salud mental” (RACSM), ambos, oficialmente implementados en toda la provincia a partir del año 1993.

Estos registros dan cuenta del trabajo realizado a través del Programa de Salud Mental Comunitaria de la provincia. El objetivo es registrar todas las actividades que realizan los equipos a fin de contar con datos estadísticos para la descripción, evaluación y programación del trabajo en salud mental. Se registran 5 tipos de actividades principales: asistencia individual, asistencia grupal, institucional, comunitaria y actividades de internación; haciéndose especial hincapié a la continuidad de los cuidados en la estrategia terapéutica.

Dentro de las denominadas “actividades de tipo comunitario” encontramos las intervenciones de “promoción laboral” definidas como las actividades, generalmente de carácter interinstitucional o de gestión comunitaria, destinadas a propender a la inclusión de los usuarios en instancias relacionadas con el trabajo, acorde a sus posibilidades, con relación a los distintos momentos de su rehabilitación y tendiendo a su plena reinserción social. Se incluyen además, actividades de seguimiento y monitoreo de la inclusión laboral del usuario.

Dentro de las actividades a registrar se encuentran: la inclusión del usuario en Cooperativas de Trabajo y en Empresas Sociales, la gestión de empleo o de planes sociales por parte de los operadores, etc.

Empresas Sociales en el contexto de San Pablo, Brasil

Las dos principales fuentes de información consultadas a los fines de plasmar el desarrollo de las Empresas Sociales en este contexto han sido: los boletines del Instituto Franco Basaglia (2003) y el texto de Paulo Amarante (2006) donde se hace referencia a la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil.

Según el autor antes mencionado, el proceso de pasar de una condición psiquiátrica caracterizada por un cuadro de ineficiencia, baja calidad de atención y violación de los derechos humanos, a un sistema de atención basado en la comunidad como se da en varios de los Estados de Brasil actualmente, tuvo que ver con el proceso de reconstrucción democrática que atravesó el país desde fines de los '80.

Fue en 1986, en el marco de la Octava Conferencia Nacional de Salud, cuando se consolidó la base conceptual y doctrinaria que apoyaría la elaboración de los nuevos lineamientos jurídico-políticos en salud (Constitución y leyes orgánicas de salud) y el proceso de reforma institucional desencadenado por la implantación del Sistema Único de Salud (SUS), dado a partir del año 1990.

La viabilidad de la reforma sanitaria, se fue construyendo en dicho país, a través de distintas vías: una jurídico legal, una sociopolítica -que buscó involucrar a la sociedad civil y sus organizaciones en la lucha en pro la salud- y una institucional-centrada en la implantación y el desarrollo del SUS descentralizado a nivel de estados y municipios-.

En el marco de esa estrategia política de gestión de la salud, la salud mental se integra instituyéndose lo que se ha denominado “Reforma Psiquiátrica”, que comienza a gestarse ya a mediados de los 80'. El objetivo principal de la reforma psiquiátrica se propondrá lograr la deshospitalización y mantener una postura ética en el tratamiento de los enfermos mentales. “El proceso formaba parte del entusiasmo por la reconstrucción democrática que atravesó el país a fines de los '80 pero se refería también a la influencia por el pensamiento y la práctica de Franco Basaglia desde los últimos años de la década del '70 y al empeño militante del movimiento de la Lucha Antimanicomial. (Amarante P., 2006:9).

Las tres conferencias dadas con motivo de la visita del precursor de la reforma italiana, Franco Basaglia, en el año 1979 a San Pablo, Río de Janeiro y Belo Horizonte, fueron transcriptas en el libro publicado en el año 2000 en Italia “Conferenze brasileane”, traducido al español y editado por Topía en Buenos Aires (2009) bajo el título “La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio”. En él se sintetizan

las reflexiones sobre lo acontecido a nivel de reforma en salud mental en Italia y sobre la necesidad imperiosa de realizar un giro en la atención en salud mental a nivel mundial, incluido Brasil.

Siguiendo con la descripción respecto de las transformaciones que se fueron dando en dicho país, como primer paso, se produce una reconversión de los recursos del hospital psiquiátrico, reduciéndose ampliamente las camas de varios hospitales monovalentes y realizándose proyectos de sostén del usuario a través de una red de recursos en la comunidad.

De manera global, dicha reestructuración se da por medio de la redefinición de los servicios de atención en los niveles primario, secundario y terciario. En el caso de salud mental, se inauguran servicios tales como: Unidades Básicas de Salud, Unidades Básicas de Salud de la Familia, Centros de Atención Psicosocial, Hospitales de Día, Centros de Convivencia, Cooperativas Sociales, etc.

En todo el territorio brasilero, el termino “Rehabilitación Psicosocial”, se introduce en los discursos como hipótesis de superación de un modelo basado en la enfermedad mental. Respecto del entramado de los dispositivos tendientes a la integración social y laboral, existen diversas estructuras que lo conforman, entre ellas: Núcleos de Salud Mental y Trabajo, Programas de Generación de Renta pertenecientes a los municipios y en articulación con los servicios de salud mental, Programas de Generación de Renta propios de los Centros de Atención Psicosocial, Programas específicos de capacitación, Empresas Sociales, Cooperativas de Trabajo, programas realizados a partir de convenios específicos con las Secretarías de Trabajo de los Estados, etc. En todos ellos el trabajo es utilizado como estrategia de conquista de autonomía.

En relación a las evaluaciones utilizadas para el funcionamiento de los dispositivos, existe una inmensa variedad de metodologías aplicadas, la gran mayoría de ellas de corte cualitativo.

Empresas Sociales en el contexto de Andalucía, España

Como principal fuente de consulta respecto del caso concreto de Andalucía, se ha tomado la información suministrada por FAICEM -Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental-, considerando que dicha organización, en el contexto de transformación del sistema de atención en salud mental, ha sido creada con el objetivo principal de desarrollar y gestionar recursos de apoyo social para pacientes

usuarios de los servicios públicos de salud mental con necesidades no atendibles desde los programas generales de servicios sociales.

Andalucía se ha transformado en un referente a nivel mundial respecto del proceso de reforma psiquiátrica. El mismo, iniciado en 1984, ha permitido acabar con algunas formas tradicionales de atención a las personas afectadas por trastornos mentales graves. Así, la creación de una nueva red sanitaria pública, de base y orientación preferentemente comunitaria e integrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), ha permitido el cierre de los hospitales psiquiátricos, instituciones asociadas a siglos de marginación y exclusión social.

La necesidad de organizar la atención a la salud mental en distintos niveles, diversificando así la oferta frente a la institución única, dio como resultado un modelo en el que se combina la atención sanitaria en salud mental con recursos específicos de apoyo social.

Si bien el conjunto de intervenciones sanitarias encuentra su base en el marco del SSPA, las medidas de apoyo social precisas para complementar eficazmente aquéllas, tuvieron más dificultades para integrarse en el marco histórico de las prestaciones de los servicios sociales, sobre los que recae la respuesta a una multiplicidad de necesidades de distintos colectivos desfavorecidos.

Por todo esto, se crea en 1993, a instancias del Parlamento Andaluz, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Dicha organización, de responsabilidad pública y financiada mayoritariamente por presupuesto público, tuvo desde sus inicios la finalidad de promover recursos de apoyo social para los usuarios del sistema, permitiendo entre otras cosas, una mayor flexibilidad respecto de la participación de profesionales, familiares y otras entidades ciudadanas.

El objetivo general de la Fundación, es en la actualidad la prevención de la marginación y la desadaptación de cualquier persona afectada por una enfermedad mental grave causante de una incapacidad personal y social, así como el apoyo a su integración social y laboral. La consecución de este objetivo se lleva a cabo a través de distintos dispositivos y programas: residenciales, ocupacionales y laborales, de fomento de las relaciones sociales, de ocio, de disfrute del tiempo libre y otros tendientes a prevenir la marginación. La fundación desarrolla actividades de colaboración con la

Administración Pública, con los distintos niveles de los servicios de atención a la salud mental y con distintas instituciones de la comunidad.

Dentro de lo que es el Programa de carácter Ocupacional-Laboral, se incluyen un conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y la participación activa en la vida social de personas con trastornos mentales, a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva.

Dentro de los dispositivos que conforman este programa se encuentran: Talleres Ocupacionales, en los cuales se promueven básicamente actividades que tiendan a mejorar el manejo y organización de la vida cotidiana del usuario y hábitos básicos en relación a ciertas actividades de orientación productiva; Cursos de Formación para el Empleo, basados en actividades formativas de corta y media duración que se dirigen de manera clara a la capacitación para obtener un empleo; Empresas Sociales, que facilitan oportunidades de empleo remunerado y ofrecen un marco idóneo para el desarrollo de prácticas profesionales como primer contacto con el mundo del trabajo; Subprogramas de Apoyo al Empleo en otras empresas, que en conjunto con el Servicio Provincial de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE), ofrecen orientación y asesoramiento sobre empleo y formación, con el objetivo de avanzar en el itinerario de inserción de cada usuario así como de fortalecer su empleabilidad.

En términos generales, las personas que acceden al Programa Ocupacional-Laboral padecen una enfermedad mental grave, han sido o están siendo atendidos por un dispositivo de salud mental de referencia y presentan una combinación de estabilidad psicopatológica, funcionamiento cognitivo, autonomía personal y motivación, adecuada al correspondiente nivel del programa.

Respecto de la evaluación, se hace mención al Proyecto: “Evaluación de los Programas de Integración Laboral para Personas con Trastorno Mental Severo en Andalucía”, el cual se encuentra en fase de redacción los resultados.

Investigación y Evaluación en Empresas Sociales de Salud Mental

Si bien en Argentina, y específicamente en Buenos Aires, se viene trabajando en los dispositivos de Empresa Social o Emprendimientos Sociales de Salud Mental desde

principios de los '90, se encuentra escaso material escrito en cuanto al relevamiento de la práctica.

Se hará mención entonces, a algunos desarrollos no necesariamente publicados, pero que contribuyen a enriquecer el caudal de información relacionada con la temática. Muchos de dichos trabajos se basan en el análisis de las experiencias, formando parte de material de divulgación presentado en encuentros relacionados con la problemática de salud mental o integrando el corpus de cursos específicos relacionados con la temática.

Resulta importante destacar además, que se ha encontrado escaso material de investigación cuyo objetivo principal sea el de evaluar un dispositivo de esta naturaleza.

Respecto de lo relevado en el contexto italiano, los principales trabajos de investigación en relación a la temática se dan: en el marco del Centro de Estudios e Investigaciones en Salud Mental de Trieste (dirigido por el Dr. Franco Rotelli), en la Maestría en Salud Mental y Servicios Comunitarios de la Universidad de Trieste (dirigido por el Dr. Giuseppe dell'Acqua), a través de los desarrollos teóricos del Departamento de Sociología de la Universidad de Milán y de los desarrollos de los Institutos de Investigación sobre Empresa Social (IRIS: Istituti di Recerca sull'Impresa Sociale).

Se consideran insumos básicos, a los desarrollos realizados por actores pertenecientes al movimiento de reforma acontecido en Trieste, sobre todo en cuanto lo que hace al origen del dispositivo de Empresa Social. (Gallio G., Giannicheda M. G., De Leonardis O., Mauri D., 1983; Gallio G., 1991, De Leonardis O., Mauri D., Rotelli F., 1994; Saraceno B., 2000; Rotelli F., 2000).

Respecto del material rastreado en el contexto de Brasil, algunos de los principales desarrollos en cuanto a la temática, se pueden hallar en el marco de la Universidad de San Pablo, entre ellos, la Tesis de Maestría de Maria Fernanda Nicacio (1994) en cuanto a los procesos de transformación de la salud mental en Santos.

En cuanto a los insumos a nivel nacional, se ha relevado el trabajo de Tesis de Licenciatura en Terapia Ocupacional de Hernández A.M., Pezzoli L. y Urruti M.A. del año 2001, específicamente relacionado a la estrategia de Empresa Social como dispositivo utilizado para la integración sociolaboral de adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial, en el que básicamente se evalúa, a través de encuestas suministradas a Empresas Sociales triestinas, la especificidad del trabajo en cuanto a la población de adolescentes.

La selección teórica conformada para el curso de “Empresa Social y Salud Mental Comunitaria” de la Terapeuta Ocupacional Giménez M. y la Lic. en Terapia Ocupacional Alippi M. (2007) en el marco del Servicio de Docencia e Investigación del Hospital José T. Borda, resultan también una fuente importante de información.

El trabajo de Gabarró y Benito, del año 1999, bajo el asesoramiento del Dr. Rubén Oscar Ferro (Director del Instituto de Salud Mental de la Universidad Nacional de Córdoba), en cuanto a las características teórico-técnicas y jurídicas de las estrategias de Empresa Social en el marco de la reforma psiquiátrica de Río Negro.

Resulta importante también, destacar en el ámbito de la evaluación de este tipo de dispositivo, la creación durante el año 2008 de una “Red de intercambio de buenas prácticas en el campo de los servicios sociales, de salud de base y de salud mental” impulsada por el Centro de colaboración de OMS/OPS para la investigación y la formación en salud mental, la Región Friuli Venezia Giulia (Italia) y la Agencia de Salud de Trieste. En el marco de este proyecto, se están evaluando actualmente los emprendimientos dependientes del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes evaluado en el marco de esta tesis.

Los criterios de inclusión de las prácticas locales en la red, tienen que ver con características tales como: constituirse en estrategias que apunten a la transformación de instituciones y de servicios hacia una perspectiva territorial, que den centralidad y valoricen los recursos de las personas y sus contextos y no a la enfermedad o el déficit, que valoricen la colaboración en los procesos de trabajo de personas ajenas al sistema de salud mental, que promuevan el acceso directo a los servicios y la información, además de la transparencia en la toma de decisiones y el rechazo a cualquier forma de contención y de coerción, que basen su accionar en principios de intersectorialidad y transdisciplina, que trabajen por la promoción de los derechos de los usuarios, que trabajen siguiendo los principios de la rehabilitación psicosocial, que generen educación/sensibilización de la población en cuanto a temas de salud mental, entre otros.

Se ha realizado ya el Primer Encuentro Internacional de la Red de Buenas Prácticas en el Campo de los Servicios Sociales, de Salud de Base y Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires (mayo 2009), pero no se ha publicado hasta el momento ningún informe sobre los resultados de las evoluciones de las prácticas. Se estima que la presentación de este trabajo de tesis, podrá servir además, como insumo para complementar la información obtenida a través de esta evaluación.

En cuanto a trabajos de investigación que hayan evaluado dispositivos similares al evaluado en el contexto de la presente tesis, se halla el trabajo de tesis presentado en el marco de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús por el Lic. Vicente De Gemmis sobre “Análisis de un dispositivo de resocialización desde la perspectiva de los pacientes. Vivencias subjetivas de los jóvenes egresados del Programa Cuidar Cuidando” (2007). El autor hace referencia en su tesis a parte del trabajo de investigación que lo llevó a escribir, junto con otros expertos de la atención comunitaria en salud mental, el libro editado en el año 1996 “Del Invento a la Herramienta”. En él también se describe y conceptualiza la práctica desarrollada en por el Programa antes mencionado en el contexto del Zoológico de Buenos Aires.

Como metodología de evaluación interna del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, descripto y analizado en este estudio de tesis, los profesionales implicados en la tarea, han elaborado un “Cuestionario de Empresas Sociales Argentinas” en el marco de un proyecto presentado ante cooperación internacional. Los ítems a evaluar por este cuestionario tienen que ver específicamente con lo que atañe a los dispositivos como entidades productivas, como por ejemplo: tipo de empresa (forma jurídica), finalidad social específica y origen de la empresa, tipo y cantidad de producción, curvas de producción, inversiones realizadas, tecnología utilizada, organización interna, nichos de mercado, relación con otras empresas y organizaciones, relación con instituciones públicas y privadas, créditos y subsidios, capacitación y asistencia técnica, entre otros.

En el seno del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, se utiliza actualmente un instrumento denominado “Evaluación del Proceso de Empresa Social en Salud Mental”, creado por los profesionales integrantes del equipo de trabajo, que toma en cuenta para la evaluación de los cambios observados en los usuarios que participan del dispositivo, ejes tales como: capacidad de elección, asunción del rol de trabajador, toma de decisiones, asunción de riesgos, desarrollo de capacidad emprendedora, integración social (incluida en ella los ámbitos familiar, educativo, laboral y comunitario).

En cuanto a la evaluación específica de programas que, como podrá observarse en los siguientes capítulos de la tesis, se articulan para dar continuidad al Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes (como por ejemplo el Programa de Apoyo al Autoempleo), encontramos que dicha evaluación se hace generalmente “por

proyectos” y tiene sentido en cuanto a la observación de los resultados e impactos. Las evaluaciones tienen que ver más con la posibilidad de renovación de los subsidios otorgados. La información que se tiene en cuenta para la evaluación abarca: datos acerca de la localización geográfica del proyecto, responsables técnicos y organización patrocinante del proyecto, beneficiarios, organización interna del trabajo, comercialización, tipo de bien y/o servicio que se produce, costos, cantidad de bajas de beneficiarios, cantidad de ventas, etc.

Otro tipo de evaluación, en relación a lo que mencionábamos anteriormente, tiene que ver con el “monitoreo” de la tarea y se compone de informes mensuales de los proyectos en el marco de los programas que relevan: la instancia en que se encuentra el proyecto, las dificultades que se van planteando, el cumplimiento de los objetivos previstos, bajas de los usuarios, entre otros. La evaluación final del proyecto tiene que ver con determinar el tipo de dificultades que fueron surgiendo en cuanto a la capacitación y las prácticas laborales, cuántos beneficiarios lograron la inserción laboral durante la ejecución del proyecto y una vez finalizado el proyecto, etc.

Otras tienen que ver con la evaluación del impacto medido en cuanto a la inserción sociolaboral, la creación de puestos de trabajo, el sostenimiento de los usuarios en esos puestos de trabajo. Finalmente, otras de carácter más integral, se relacionan no sólo con la evaluación de los efectos perseguidos por los programas o los proyectos (naturaleza y extensión del impacto deseado, cambios producidos en el colectivo beneficiario, impacto sobre el marco normativo, legal e institucional) sino también, con la evaluación del carácter innovador de los proyectos, el desarrollo de relaciones interinstitucionales, etc.

En cuanto a la perspectiva de los usuarios, se observa por lo general, en todos los contextos, la aplicación de encuestas de satisfacción respecto de los servicios ofrecidos.

CAPÍTULO V. MARCO TEÓRICO

El Trabajo como herramienta utilizada en la Empresa Social de Salud Mental

En las estrategias de Empresa Social, según los precursores de esta filosofía, el trabajo como herramienta utilizada por los profesionales de la salud mental, no debe presentarse como un instrumento para ampliar la oferta de los servicios sino, más bien, como vía para la transformación de los mismos servicios.

El trabajo debe servir para desinstitucionalizar los servicios y con ellos las relaciones entre los profesionales de salud mental y los usuarios. Hay Empresa Social cuando una enfermera es presidente de una cooperativa, cuando un psicólogo del servicio de adictos administra una radio local, cuando un médico psiquiatra va a comprar los árboles para el parque del barrio y trabaja con la pala; sin existir confusión de papeles ni desprofesionalización. (De Leonardis O., Mauri D., Rotelli F., 1994).

Una de las principales características de la Empresa Social, es la utilización del trabajo como estrategia de intervención, planteado en oposición a los postulados de la ergoterapia. La ergoterapia, de larga tradición en el manicomio, utiliza el trabajo como “tratamiento moral” de las “desviaciones”. En la lógica de la ergoterapia, el trabajo aparece en contraposición con el ocio “padre de todos los vicios”. Este es un principio, que aún hoy orienta programas de incentivo al trabajo y a la independencia, hacen de la disciplina del trabajo su principal instrumento organizativo, detrás de la ideología del trabajo como terapia, norma moral, entretenimiento y algunas veces, todavía explotación. (Sarraceno B., 2000).

El trabajo se plantea en la Empresa Social, como propulsor de la invención, del riesgo, del placer de hacer y del valor agregado que se produce para la persona que lo realiza. Saraceno refirma la diferencia del trabajo como instrumento del dispositivo de Empresa Social: es diferente respecto del “trabajo asistido y estacionario” de los laboratorios protegidos que infantilizan a las personas, diferente también del “trabajo premio” para quien merece la inversión de un programa de rehabilitación, como así también del “trabajo normal” de las inserciones laborales. En el caso de las Empresas Sociales, el trabajo no consiste o no debería consistir en “hacer”, “trabajar”, sino en “emprender”, haciendo hincapié no sólo en las condiciones económicas y organizativas, sino fundamentalmente en las condiciones relacionales necesarias para hacerlo.

El trabajo desarrollado en las Empresas Sociales no sirve para normalizar sino para restituir la confianza y el respeto de la persona, además de la integridad y la complejidad de las relaciones.

Las iniciativas de Empresa Social son un “laboratorio de formación profesional” como así también, al menos en Italia, un “sistema de creación de trabajo” y por lo tanto de posibilidad de obtención de ganancias por parte de un individuo de manera autónoma. Son también, sin lugar a dudas, un “servicio de salud mental” desde el momento en que son una empresa de cura. Según sus precursores, el objetivo más evidente y común a estas tres finalidades entrelazadas, es el crecimiento de la autonomía de las personas a través de los intercambios sociales y con los mismos servicios psiquiátricos: autonomía entendida, ya sea, en sentido terapéutico para cada uno que participa en la empresa, o bien, como autosuficiencia económica de la empresa misma y de los individuos en cuanto sujetos económicos.

Es en el sentido de la búsqueda de autonomía, que resulta necesario adentrarse en el concepto de Rehabilitación Psicosocial como paradigma en el cual se basan las intervenciones de inserción social de la población usuaria en salud mental.

El concepto de Rehabilitación Psicosocial

Según las definiciones de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WARP) creada en Francia en 1986 con apoyo de la OMS y de la OIT, se entiende por este término al conjunto de prácticas intersectoriales de salud, previdencia, vivienda, trabajo, educación, cultura y otros, que apuntan a facilitarle a los sujetos con distinto tipo de limitaciones sus quehaceres cotidianos. Su principal objetivo es el de conseguir un aumento de contractualidad a nivel afectivo, social y económico que viabilice el mejor nivel posible de autonomía para la vida de la persona en la comunidad.

En un sentido instrumental, la Rehabilitación Psicosocial representa un conjunto de medios (programas y servicios) que se desenvuelven para facilitar la vida de las personas con problemas severos y persistentes. Tantas serán las versiones como las experiencias desarrolladas en todo el mundo. Dichas iniciativas buscan reducir el poder cronificante y deshabilitante de los tratamientos tradicionales.

Benedetto Saraceno (1996), amplía el concepto, estableciendo que no se trataría de una tecnología sino de un abordaje, de una estrategia que implica mucho más que un

simple acto de pasar de un estado de incapacidad a uno de capacidad. La Rehabilitación Psicosocial implica un cambio total de toda la política de servicios de salud mental y de los programas a través de los cuales esas políticas se aplican. Por eso mismo es que abarca a todos los profesionales y actores del proceso salud/enfermedad/cuidado, o sea, a todos los usuarios, las familias y finalmente a la comunidad entera.

En este sentido, las estrategias o programas ocupacionales y laborales deberán, más allá de plantear intervenciones rehabilitativas basadas en la ocupación y trabajo, comenzar al menos a plantearse el problema de la relación entre trabajo y enfermedad mental, desde un punto de vista alternativo, que permita un cambio en la lógica de intervención.

Pensar en un verdadero ejercicio de la ciudadanía de los usuarios de salud mental exige un replanteo del problema en estos términos. La ciudadanía del paciente psiquiátrico, según Saraceno, no debe ser pensada entonces como la simple restitución de sus derechos formales, sino como la construcción de sus derechos sustanciales, y es dentro de tal construcción (afectiva, relacional, material, productiva) que se encuentra la única y posible rehabilitación.

Según el autor, el sentido de la rehabilitación en salud mental, será entonces el de la reinserción social y el acompañamiento al paciente en la recuperación de espacios no protegidos, co-generando una nueva búsqueda de sentido, ayudando a aquellas personas que en un momento de sus vidas hayan perdido la capacidad de generarlo.

La formación para la adquisición de habilidades y competencias que permitan el incremento de la independencia en la vida cotidiana, el acceso a un mínimo nivel cultural, la preformación y la formación profesional, la inserción en el mundo productivo, entre otros objetivos, debe ser un terreno activo de trabajo para los profesionales de salud mental. Sin embargo, no sólo la inserción en el mercado formal o informal de trabajo deberá ser considerada como indicadora de éxito en los programas de Rehabilitación Psicosocial. Sin lugar a dudas, teniendo en cuenta la actual organización del trabajo y los procesos caracterizados por la fragilidad de los lazos, la vulnerabilidad, la exclusión, la segregación, la desafiliación, etc., se torna prácticamente una utopía el sostener como objetivo final para todos los usuarios del dispositivo, el lograr una verdadera inserción laboral.

La cuestión de la consecución o no de este objetivo continuará discutiéndose en el apartado dedicado a las conclusiones de esta investigación.

El trabajo como necesidad y valor

Para continuar con el abordaje de la temática del trabajo, resulta necesario distinguir entre tres conceptos fundamentalmente que conllevan, en muchos casos, a confusión. Estos tres conceptos son los de actividad, trabajo y empleo.

Julio César Neffa en su estudio sobre el trabajo humano (2003), hace una distinción fundamental entre los conceptos de actividad, trabajo y empleo. Define a la actividad como una noción amplia, que expresa todo el dinamismo de la naturaleza humana, siendo el trabajo sólo una de las posibles actividades. El trabajo, a diferencia de cualquier actividad, es definido como el conjunto coherente de operaciones humanas que se llevan a cabo sobre la materia o sobre bienes inmateriales como la información, con el apoyo de herramientas y diversos medios, utilizando ciertas técnicas que se orientan a producir los medios materiales y servicios necesarios a la existencia humana.

El trabajo involucra a todo el ser humano, y no solamente sus dimensiones fisiológicas y biológicas, dado que al mismo tiempo moviliza las dimensiones psíquicas y mentales. Por regla general, existe una gran diferencia entre el trabajo, tal como es prescripto por quienes tienen la responsabilidad de su concepción, y tal como es ejecutado; moviliza no sólo el esfuerzo, la formación profesional y la experiencia acumulada, sino también la creatividad, el involucramiento, la capacidad de resolver situaciones conflictivas, etc.

Por último, se puede afirmar que estamos en presencia del empleo, cuando el trabajo así definido se hace para obtener a cambio un ingreso, en calidad de asalariado, de empleador, o actuando por cuenta propia. De todo esto se deduce que todas las personas que desarrollan una actividad laboral, por eso mismo están ocupadas, lo cual no siempre significa necesariamente que tengan un empleo asalariado.

No es el objetivo de esta investigación realizar un estudio sobre la problemática laboral de la sociedad en general, pero sí abrir un canal de discusión acerca del problema del desempleo en poblaciones con trastornos mentales severos siendo que, tal como se mencionaba en la contextualización del problema de investigación, en general las tasas de desempleo de las personas que padecen trastornos psicóticos son mucho más altas que las de aquellas que no los padecen. Sumado a esto, debe reconocerse

además, que la medición del desempleo apenas abarca un aspecto dentro del conjunto de la problemática ocupacional, ya que solo se refiere a la falta de empleo (otros tipos de problemas se presentan frente a grandes porcentajes de personas subocupadas, desocupadas desalentadas, trabajadores familiares no remunerados, trabajadores no registrados o “en negro”, etc.).

No sólo actualmente, sino durante todos los tiempos y los procesos históricos, el concepto de trabajo se ha visto atravesado por fuertes contradicciones y ambigüedades. Entre su valoración positiva y la realidad empírica del trabajo explotado y alienado; entre su existencia como un imperativo para satisfacer necesidades y las utopías acerca de su carácter liberador de la necesidad de la sociedad futura; entre su capacidad para desarrollar la personalidad de quien lo ejecuta y la alienación que consiste en el sometimiento al control; entre su poder creador de bienes socialmente útiles y la expropiación del producto en virtud del contrato de trabajo (Neffa J.C., 2003). A pesar de estas contradicciones, en el análisis que el autor realiza en cuanto a la naturaleza y significación del trabajo como actividad específicamente humana, indagando su papel en la construcción de identidad de los trabajadores, concluye e intenta demostrar que el trabajo sigue constituyéndose como una necesidad antropológica (que fundamenta el derecho al trabajo y al empleo) y como un valor esencial que permanece aunque al mismo tiempo se transforme a impulsos de la dinámica social.

Otros autores como Robert Castel (2008), coinciden en el hecho de sostener el trabajo como valor positivo, a pesar del florecimiento de discursos sobre el trabajo como instancia en vías de desaparición, e incluso la determinación del “fin del trabajo” como ideal a alcanzar.

Hoy, por el contrario, según el autor antes mencionado, se asiste a una extraordinaria sobrevaloración del trabajo, fomentada por una ideología liberal agresiva, sobre todo en el territorio europeo. Esta celebración del trabajo, acompañada de la estigmatización de todos aquellos “que no trabajan”, puede contribuir a generar presiones para que las personas acepten cualquier tipo de trabajo y en las condiciones más desfavorables.

Esta situación caracterizada por la escasez de puestos en el mercado, la sobrevaloración del trabajo y la estigmatización del no trabajo, puede llevar a que una sociedad se vuelque hacia el logro de la plena actividad sin que signifique la vuelta al pleno empleo. En una realidad en la que se ven multiplicadas diferentes formas degradadas de trabajar, termina instaurándose la precariedad como régimen normal en el

mundo del trabajo. En este sentido, según este autor también, resulta necesario seguir defendiendo el valor del trabajo ya que no se ha encontrado aún una alternativa sólida para asegurar la independencia económica y el reconocimiento social en la sociedad moderna; siendo el trabajo además, esencial en tanto sostén de la identidad de la persona a través de los recursos económicos y los derechos sociales a los que da acceso.

Robert Castel (1995) en su concepción del trabajo como soporte privilegiado de inscripción en la estructura social, y afirmando la existencia de una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de socialización, delimita tres “zonas” de cohesión social: una zona de “integración” que implicaría gozar de una relación de trabajo estable y de una inserción relacional sólida; una zona de “desafiliación” que implicaría una ausencia de participación en actividades productivas y un aislamiento relacional; y por último, una zona de “vulnerabilidad social” que estaría determinada por la precariedad en relación al trabajo y la fragilidad en el soporte de proximidad social.

El autor, establece además una diferencia entre lo que sería la Integración Social y la Inserción Social, que resulta interesante destacar en relación a este trabajo de investigación. La primera equivaldría a encontrar un empleo relativamente estable en el mercado de trabajo formal, en cambio, la segunda, constituiría una propuesta más débil.

Procesos y condiciones de trabajo y su relación con la salud mental

La crisis de los paradigmas productivos taylorista y fordista, los procesos de mundialización del mercado impulsados por las empresas transnacionales, la nueva división internacional del trabajo, son algunos de los factores que han generado escenarios cambiantes en cuanto a las perspectivas de inserción laboral en el mundo. Los procesos de ajuste, reformas estructurales y reconversión derivados del “Consenso de Washington” produjeron durante los años ochenta profundas crisis en los gobiernos de los países subdesarrollados, entre ellos, obviamente, el nuestro. (Neffa J.C., 2003).

En nuestro país, al igual que en muchos otros, asistimos actualmente a un panorama caracterizado, entre otras cosas, por la precarización generalizada del empleo asalariado, el crecimiento del trabajo no registrado, la disminución de los salarios nominales y reales y el debilitamiento y privatización de los sistemas de protección social. Un panorama en el que el mercado de trabajo está desregulado y que las políticas de empleo son de carácter pasivo y más que generar empleos procuran (sin demasiado éxito) combatir la pobreza y la exclusión social. En este contexto, el trabajo es ahora

más valorado que nunca y al empleo se lo concibe como un privilegio y no como un derecho. (Neffa J.C., 2003).

En este sentido, todas las personas son “potencialmente vulnerables” frente a la desocupación, pero ese riesgo afecta de manera desigual a los diversos estratos de la población. Es así como se llega al concepto de “vulnerabilidad laboral” que se vincula con la probabilidad que tiene una persona de quedar desocupada durante cierto tiempo.

Por otra parte, los tiempos y los ritmos de producción, los procesos y condiciones de trabajo y productividad, afectan la salud y la salud mental de la población en general.

En relación a la actividad productiva como generadora de identidad-subjetividad pero también fuente de sufrimiento, puede transformarse en fuente de padecimiento, tanto en las personas que poseen trabajo o empleo, como en aquellas que están desocupadas. Las nuevas formas que asume el trabajo en la actualidad, alteran las formas tradicionales de la identidad social, generando nuevas formas de padecimiento.

Trabajo, adolescencia y salud mental

La población usuaria del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, nos obliga a destacar además, la importancia de la inclusión de un sujeto en una experiencia de carácter productivo, durante un momento tan relevante del ciclo vital como lo es la adolescencia y la juventud.

La adolescencia aparece como etapa plena de transformaciones y de resignificaciones, en la que la identidad se conmueve frente a un Otro que aparece como elemento esencial en el proceso de subjetivación. La emancipación ha aparecido siempre como uno de los eslabones principales de este ciclo vital, marcado tradicionalmente por el pasaje de lo familiar a lo extrafamiliar, del juego al trabajo, en un proceso en el que los espacios reales tales como la escuela y el trabajo constituyen anclajes articuladores para la construcción del espacio subjetivo.

En tiempos actuales, en los que se observa una clara transformación en los formatos tradicionales o modernos de las instituciones como la familia y la escuela, la labilidad, o la inexistencia en ciertos casos, de un soporte real dado por estas instituciones y las personas que las integran, dejan al sujeto en una situación de intemperie y desprotección en esta etapa, quizás las más clave en la vida del mismo.

El trabajo y la propiedad de bienes como base de la integración social, del sostenimiento de la identidad y de la ciudadanía efectiva (Galende E., 1997), aparece en esta etapa vital gozando de una especial importancia. Al tiempo que puede permitir generar ingresos y constituirse en un espacio de experimentación particularmente relevante, puede también, en base a la precariedad y a la dificultad para conseguirlo y mantenerlo, transformarse en un elemento que contribuye a consolidar trayectorias personales de postergación social.

Para aquellos adolescentes y jóvenes pertenecientes a sectores de escasos recursos, dicha problemática se acentúa, debido a que por lo general, se destinan para estos sujetos, nichos ocupacionales marginales y precarios de la fuerza de trabajo, que son precisamente los mismos en los que el aprendizaje en el trabajo y el valor de la experiencia son menores.

Este sistema que se retroalimenta, no permite entonces generar las capacidades necesarias para acceder a otros puestos de trabajo. A esto se le suma que, para muchos jóvenes, y en especial los más pobres, el proceso de ensayo y error que permite ir modelando a la persona durante esta etapa no está acompañado, en general, por la existencia de dispositivos sociales, educativos, recreativos, que sirvan de soporte para el desarrollo de esta búsqueda. A partir de esto se va perfilando un vacío que los coloca en situación de vulnerabilidad, exclusión o expulsión definitiva del sistema.

El expulsado como resultado de un conjunto de operaciones sociales que hicieron posible que un sujeto se encuentre en un estado de exclusión (Duschatzky S., Corea C, 2002), hace pensar en un conjunto de dispositivos que ya no resultan ser eficaces en tanto experiencias de construcción subjetiva.

En este sentido, la Empresa Social aparecerá como dispositivo de particular importancia para este ciclo vital, caracterizado por el ingreso del sujeto al “mundo productivo”, con las particularidades antes mencionadas.

La Empresa Social intentará ser un dispositivo que tenga entre sus objetivos el de acompañar el ciclo vital, sobre todo en cuanto a estimular una proyección futura. Intenta “correrse” de las representaciones que a nivel social recaen en términos generales sobre este grupo, muchas veces vinculadas a la concepción de peligrosidad y de riesgo, y de la patologización de problemas que no tienen que ver con una enfermedad.

La Empresa Social, procurará rescatar la historia vital del joven, sus anclajes afectivos, y comunitarios, sus trayectorias escolares y laborales, sus aspiraciones y las posibilidades de desarrollo que se le han ofrecido y que se le han negado, para poder intervenir sobre ello.

Un nuevo Campo del Derecho de la Infancia y de la Adolescencia, en el cual se piensa en un sujeto de derecho y de deseo, nace en relación con el Campo de la Salud Mental Comunitaria, para atender a este nuevo tipo de problemáticas que generan nuevas preguntas y nuevos métodos de intervención. (Efrón R, 2007).

CAPÍTULO VI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO VI.A. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL PARA ADOLESCENTES

En el presente apartado se describe y caracteriza el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes y los Emprendimientos Sociales de Salud Mental que en el marco del mismo se desarrollan, a partir de la construcción de ejes de estudio considerados fundamentales para el presente trabajo de investigación. La descripción detallada del programa, es considerada fundamental para poder profundizar en el análisis del dispositivo.

Contexto Institucional

El hospital Dra. Carolina Tobar García es el único hospital neuropsiquiátrico de niños y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. Cuenta con atención especializada e internación para niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos hasta los 18 años de edad.

De la Dirección General del Hospital se desprenden 2 sub-direcciones que a su vez se dividen en:

Subdirección de Atención Médica Psiquiátrica:

- Departamento “Coordinación de Hospital de Día”
- Departamento “Psiquiatría y Psicoterapia”
- Departamento “Enfermería”
- Departamento “Estadística”

Subdirección de Prevención y Rehabilitación:

- Departamento “Servicios Complementarios”
- Coordinación de “Prevención y Rehabilitación”, del cual se desprenden el Departamento de Servicio Social, el Departamento de Rehabilitación y el Departamento de Prevención y Acción comunitaria.

La principal función de Departamento de Rehabilitación, es tratar de integrar sociolaboralmente al paciente, poniendo el acento en el trabajo grupal dentro y fuera del hospital. Dicho departamento posee a su cargo las secciones de:

- Musicoterapia
- Psicomotricidad

- Recreación
- Educación Física
- Terapia Ocupacional
- Orientación y Entrenamiento Laboral

En el Departamento de Rehabilitación existían, hacia fines del año 2008, alrededor de 160 pacientes en tratamiento.

En año 1992, como se hacía mención previamente, se incorpora a la estructura hospitalaria el “Servicio de Orientación y Entrenamiento Laboral”, a cargo de 5 terapistas ocupacionales, con el objetivo de favorecer la integración sociolaboral de los adolescentes que, a pesar de mostrar una evolución favorable durante el tratamiento, no lograba sostener sus progresos una vez obtenida el alta.

La tarea específica de la Sección Orientación y Entrenamiento Laboral es posibilitar la integración sociolaboral, a partir del desarrollo de actividades laborales, recreativas y educativas. Se brinda la posibilidad de desarrollar habilidades necesarias para participar en ocupaciones o proyectos generados desde el sector, que a futuro permitan la integración sociolaboral y la implementación de proyectos propios.

Entre las actividades desarrolladas dentro del hospital podemos encontrar lo que se denomina “espacios pre-laborales”, donde se realizan talleres de títeres, cuero, papel reciclado, huerta, etc.

En el año 2008, aproximadamente 70 adolescentes concurrían al Servicio de Orientación y Entrenamiento Laboral, la mayoría de los cuales eran derivados desde la Internación o por vía del Servicio Social del hospital y algunos pocos desde Hospital de Día y Consultorios Externos de la misma institución

Surgimiento del programa

A fines del año 1993, se constituye un equipo interdisciplinario integrado por profesionales del Departamento de Rehabilitación, quienes impulsan la creación del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes. Los mismos, se vieron en la necesidad de crear una organización: la Asociación Civil “*En camino con otro para el desarrollo social de la niñez y de la adolescencia*”, hoy “*En camino con otro por la integración sociolaboral*”, que permitiera dar curso a la implementación de nuevas estrategias de atención por fuera del ámbito hospitalario.

La asociación civil, conformada a fines de 1995, tenía como principal objetivo el de acompañar el desarrollo y dar un marco legal al programa. Se constituye también, a

los fines de dar apoyo a través de aspectos de gestión y capacitación, reuniendo los recursos humanos y financieros necesarios para su ejecución. El programa continuó desarrollándose con el apoyo de la asociación civil, hasta que recién en el año 2002 es aprobado por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Dicha resolución reconoce la intención del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes de generar espacios de inserción social activa de aquellos sujetos que hayan requerido asistencia en el Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

Dicho programa se enmarca en un abordaje multidisciplinario y en técnicas innovadoras orientadas a la formación y construcción de una alternativa laboral para los beneficiarios. La resolución reconoce además, que las actividades planteadas, se han ido implementando durante años como “programa extra hospitalario”, avanzando en las instancias de formalización. A pesar de ello, determina que continúa siendo la asociación civil la instancia de asistencia económica a la operatoria del programa. Se destaca entonces, que la implementación de dicho programa, no implicará gasto alguno para esta Secretaría de Salud del Gobierno de la ciudad, contando sí con el aval técnico de la Dirección General Adjunta de Redes de Salud, de la Dirección General de Atención Integral de la Salud, y de la Dirección General Adjunta de Salud Mental.

Población sujeto

Del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes y de los emprendimientos sociales, participan jóvenes de entre 15 y 21 años, algunos de ellos derivados del sistema de salud mental, con trastornos mentales severos, en una proporción no menor al 60%. Se integran además, una proporción de aproximadamente el 40%, grupos de jóvenes en situación de vulnerabilidad socio económica de la comunidad (pertenecientes no sólo al territorio de la Ciudad de Buenos Aires, sino también del Gran Buenos Aires).

Resulta importante destacar que, según cifras estimadas, requieren anualmente asistencia en el Área de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (a través de los Centros de Salud, los Centros de Salud Mental, los Servicios de Psicopatología de los Hospitales Generales y los Hospitales Monovalentes -35 instituciones en total-) más de 120.000 adolescentes. En el Hospital Dra. Carolina Tobar García, transferido desde la Nación a la Municipalidad de Buenos Aires en el año 1992, se asisten actualmente aproximadamente 1.200 adolescentes por año, de los cuales el

60% proviene del conurbano bonaerense del 1º y 2º cordón. (Dirección de Estadísticas de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, año 2008).

Se consideran beneficiarios del programa, además de los adolescentes participantes, las familias de los mismos. Es importante destacar que se utilizara en el marco del programa el término “usuario” para identificar a los sujetos que participan del mismo, derivados tanto desde instancias de salud cuanto desde instituciones y organizaciones comunitarias.

Instancias de derivación

Las derivaciones por parte del sistema de salud mental se dan a través de los distintos efectores públicos entre ellos: algunos de los profesionales y de los servicios del mismo hospital Tobar García, hospitales generales, Centros de Salud Mental, Centros de Salud y Atención Comunitaria.

Las derivaciones desde la comunidad se dan principalmente a través de programas dependientes de otras áreas del gobierno (municipal, provincial y/o nacional) co-gestionados en general por instancias públicas y organizaciones comunitarias.

Las derivaciones no se dan en general por que exista un circuito institucional armado, sino a través del vínculo establecido entre ciertos profesionales dentro de las redes tanto formales como informales de salud mental, existiendo bastante reticencia hacia la derivación por parte de algunos profesionales, basada por lo general en el desconocimiento de la práctica. (Información surgida de entrevistas a los profesionales. Ver apartado Evaluación del cumplimiento de los objetivos del programa según representaciones de los profesionales).

Ejes y estrategias de intervención

El programa se ha basado desde sus comienzos en 4 ejes principales:

- El trabajo como derecho de ciudadanía y como fundamento para la integración social de personas en situación de vulnerabilidad, además de la educación para el trabajo bajo la modalidad de Empresa Social.
- La promoción de la salud integral.
- El desarrollo educativo de la población usuaria a través del favorecimiento de la vuelta y la permanencia escolar.
- El desarrollo cultural de los participantes del programa.

Objetivos del programa

Los objetivos incluyen aquellos pensados desde el inicio del desarrollo del programa hasta la actualidad:

- Construir un espacio comunitario para articular la salida del Sistema de Salud Mental y el ingreso al medio productivo, de jóvenes de entre 15 y 21 años, promoviendo su integración sociolaboral.
- Mejorar la calidad de vida.
- Favorecer el desarrollo psicosocial.
- Promover la salud integral.
- Modificar el status social de los adolescentes y jóvenes asistidos en instituciones de salud mental.
- Favorecer la colaboración de las familias en el proceso de integración sociolaboral.
- Lograr que las familias y la comunidad valoricen y jerarquicen el lugar que los adolescentes y jóvenes pueden llegar a ocupar en la sociedad.
- Generar estrategias que logren incidir en la legislación y que puedan ser absorbidas por las políticas públicas de salud mental.
- Abrir un espacio de difusión en la sociedad respecto de la idea de Empresa Social, como alternativa para la inclusión de las personas en situación de vulnerabilidad.
- Favorecer el desarrollo de redes y el armado del tejido social en los contextos locales.
- Reducir la prevalencia e incidencia de la enfermedad mental.

Etapas pensadas para el desarrollo de proyectos en el marco del programa

El Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, a través de los años de práctica, desarrollarse a partir de la creación e implementación de diferentes proyectos, en articulación con instancias privadas, públicas y del denominado Tercer Sector (más adelante se detallará parte de esta articulación). Para todos los proyectos que permitieron y permiten llevar a cabo el programa, se prevén las siguientes etapas:

1ª Etapa desarrollada en el ámbito del hospital, en la cual los adolescentes y jóvenes, una vez obtenida el alta de la internación o el alta o pre-alta del tratamiento

ambulatorio, participan de capacitaciones en “talleres pre-laborales” en la Sección Orientación y Entrenamiento Laboral del Departamento de Rehabilitación.

2ª Etapa que implica el desarrollo de emprendimientos sociales, en la cual se desarrollan “capacitaciones permanentes en tarea”, es decir, mientras se produce; a través del desarrollo de emprendimientos con la Filosofía de Empresa Social, que se basa, según los operadores del programa en:

- Ser una estrategia de transición entre el sistema de salud y el mercado de trabajo.
- Prever la capacitación permanente en tarea y la horizontalidad de las relaciones entre todos los integrantes.
- Promover formas cooperativas de producción y gestión, previendo entre otras cosas la repartición del excedente de la ganancia en partes iguales, en forma de “beca de capacitación”.
- Considerar al trabajo como un derecho de ciudadanía, reforzando en los adolescentes el rol social de trabajador.
- Generar en los adolescentes capacidad de elección, toma de decisiones, capacidad emprendedora y asunción de riesgos; permitiendo la modificación de su status social.
- Implementar metodologías de trabajo en unidades productivas pequeñas y autosustentables.
- Garantizar la calidad de los productos, las relaciones y los contextos de producción.
- Trabajar sinérgicamente promoviendo redes, interinstitucionalidad, etc.

Actualmente, dentro de lo que sería esta segunda etapa, se prevén además dos modalidades respecto de la participación de los usuarios:

Modalidad Taller, en la cual el usuario concurre al emprendimiento 2 veces por semana, 4 horas por día, en módulos de 3 meses.

Modalidad Socio, en la cual el usuario concurre de 4 a 5 veces por semana, 4 horas por día.

3ª Etapa de seguimiento, impulsando el desarrollo de emprendimientos por fuera del marco del programa y en la comunidad. Se prevé la posibilidad de realizar un seguimiento durante un año.

Admisión, seguimiento y egreso de los usuarios del programa

Admisión: para la misma se realizan interconsultas con el/los terapeutas, el/los referentes comunitarios derivantes, entrevistas de admisión con el adolescente y su familia y observaciones directas sobre el desempeño bajo la modalidad de taller, haciendo que los adolescentes roten por los diferentes emprendimientos, para favorecer la elección del mismo de acuerdo a intereses y capacidades.

Seguimiento: una vez completada la admisión, el adolescente se integra bajo modalidad de socio o continúa bajo modalidad de taller, en el emprendimiento elegido, por un máximo de 2 años. En cada emprendimiento se capacita en oficio y en gerenciamiento de emprendimientos sociales. Los usuarios participan de asambleas semanales a la que concurren los socios de los emprendimientos particulares y en asambleas mensuales de las cuales participan los socios de todos los emprendimientos.

El seguimiento por parte del equipo se realiza en forma individual, estableciendo estrategias de abordaje personalizadas. Por cada adolescente se prevén una reunión mensual con los padres, tutores o referentes, interconsultas con los referentes de salud y comunitarios, asesoramiento y acompañamiento a las familias a través de entrevistas y visitas domiciliarias con el objetivo de favorecer y sostener los logros alcanzados por el adolescente, orientación y acompañamiento en base a recursos que ofrezca la comunidad (educación formal y no formal, talleres culturales, consultas médicas, tramitación de DNI, etc.).

Cada 3 meses se evalúan los aspectos relacionados con el desempeño en los emprendimientos a través de la *Evaluación del Proceso de de Empresa Social*, elaborada por los miembros del equipo.

Egreso: una vez completado el proceso de capacitación, se orienta al adolescente para su inclusión en un emprendimiento tutelado por el programa durante un año, en un trabajo asistido en el ámbito de la comunidad, en un empleo en el mercado laboral formal o informal de trabajo, etc.

Configuración de equipos

Todos los proyectos desarrollados en el ámbito del programa, han sido implementados a través de equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de la salud rentados y no rentados. Actualmente el equipo está conformando por 4 terapeutas ocupacionales, 1 trabajadora social, 1 psicólogos, 1 psicóloga social, 3 técnicos en oficios y capacitadores en áreas como por ejemplo el marketing. Por el

dispositivo transitan además, pasantes, residentes y concurrentes de distintas disciplinas y animadores comunitarios. Por cada emprendimiento se requiere de la participación de al menos un profesional de la salud mental y un técnico en oficio. Algunos de los profesionales, dependientes del sistema de salud público, luego de varios años de práctica en el dispositivo, han logrado que se avale su dedicación full-time al programa. Otros profesionales distribuyen sus horas de trabajo entre el dispositivo y otras prestaciones llevadas a cabo en el ámbito del hospital

Red de actores implicados

Algunas de las articulaciones promovidas desde los profesionales del hospital y desde los actores relacionados con la asociación civil creada a los fines del desarrollo del programa, han incluido desde su constitución, y en forma sistemática, articulaciones intersectoriales con:

- **Secretarías de Gobierno de la Ciudad** como la **Secretaría de Salud**, a los fines de gestionar la obtención de algunos recursos específicos y no específicos del sector (subsidios, terrenos, recursos humanos, etc.) necesarios para el desarrollo del programa; la **Secretaría de Industria y Desarrollo Económico**, a través de la gestión de planes y programas de empleo y de programas (ejemplo: “Programa Nuevos Roles Laborales”); la **Secretaría de Desarrollo Social**, a través de la obtención de becas de formación laboral (Dirección de Políticas Sociales y Dirección de Juventud) y subsidios para el desarrollo de actividades en los distintos proyectos.
- **Direcciones, Consejos y Comisiones pertenecientes al Gobierno: Dirección de Redes de Salud**, a partir de la inclusión del programa en la Red de Orientación en Trabajo y Educación a través de la Sub-Red de Emprendimientos Sociales; **Dirección General de Niñez y Adolescencia**, con la finalidad de gestionar subsidios; **Comisión de presupuesto participativo, Consejo por los derechos de los niños, niñas y adolescentes**, a los fines de conseguir gestionar subsidios y asesoramiento.
- **Centros de Salud y Centros Gestión y Participación del Gobierno**, a los fines de gestionar la posibilidad del uso de espacios físicos para el desarrollo de proyectos y de trabajar en forma conjunta para la evaluación y seguimiento de los jóvenes de la comunidad que se integran al programa.

- **Universidad de Buenos Aires**, a través de convenios para capacitación de jóvenes en producción y gerenciamiento de emprendimientos; generando proyectos en conjunto con grupos de trabajo de la universidad (ejemplo: Centro de experimentación de la Facultad de Arquitectura de la UBA) y promocionando el programa a través de distintas cátedras universitarias.
- **Organismos de cooperación internacional y Embajadas**, para lograr el financiamiento de diferentes proyectos en el marco del programa.
- **Organizaciones Sociales y redes de ONG's**, a los fines de desarrollar proyectos en conjunto.

Fuentes de financiamiento

La asociación civil, como se mencionaba anteriormente, ha sido el principal actor que ha posibilitado a través de distintas articulaciones, financiar el programa. Ha logrado conseguir el financiamiento a través de distintos organismos gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales, a través de becas de formación laboral, planes de empleo, subsidios para capacitación e infraestructura.

Resulta fundamental destacar, que mientras los participantes del programa se capacitan en tarea, reciben un monto de dinero mensual, el cual se obtiene principalmente de las ganancias generadas por el propio emprendimiento y los subsidios y becas conseguidos a partir de la articulación con programas públicos principalmente de capacitación y de promoción de empleo.

Impacto del programa esperado

Si bien el programa está pensado para que puedan transitar por él aproximadamente 50 adolescentes por año, la intención de sus promotores es que sea replicado en otros ámbitos pudiendo así aumentar el impacto del mismo.

A mediano plazo, la expectativa de los ejecutores del programa, es poder crear un marco legal específico que favorezca al desarrollo de los emprendimientos sociales de salud mental, además de lograr una real inserción laboral de los adolescentes. Durante el apartado de evaluación de resultados se procederá a analizar el cumplimiento de este objetivo.

A largo plazo, la intención es lograr que el programa quede instituido como parte de las prácticas que conforman políticas públicas de salud mental, además de contribuir a que la metodología implementada sea reconocida por el sistema de salud mental, de salud y de la sociedad en general.

Evaluación interna de los resultados del programa

Luego de la evaluación que se realiza durante la admisión, se intenta aplicar aproximadamente cada 6 meses, la evaluación respecto de las capacidades promovidas por el emprendimiento a través del instrumento de *Evaluación del Proceso de Empresa Social en Salud Mental*. Dicho instrumento ha sido confeccionado por los profesionales que gestionan el programa y evalúa áreas tales como: asunción del rol de trabajador, tomad e decisiones, asunción de riesgos, desarrollo de la capacidad emprendedora, integración social y modificación de la representación social. La guía se aplica al menos en la mitad de la etapa en que se llevan a cabo los emprendimientos en la comunidad y otra vez al fin de esta etapa.

Otro cuestionario sobre Empresas Sociales, elaborado también por el equipo perteneciente al programa, tiene la finalidad de establecer algunos de los ítems fundamentales en cuanto a la evaluación del emprendimiento. Algunos de los ítems indagados tiene que ver con el tipo de empresa o la personería jurídica, la finalidad social específica, la historia y el origen de la organización, el tipo de producción que se realiza y la evolución de la misma, la tecnología utilizada, la organización interna, el mercado al que se apunta, la relación con otras organizaciones y empresas, los créditos y subsidios que se manejan, la capacitación que se ofrece, entre otros.

Proyectos desarrollados en el marco del programa

A continuación se mencionan algunos de los principales proyectos desarrollados en el marco del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes. Durante un trabajo articulado con organizaciones, instituciones y programas dependientes de instancias públicas y privadas, se han desarrollado dichos proyectos, siempre basados en la estrategia de Empresa Social.

Emprendimiento de huerta orgánica y lombricultura durante los años 1999 y 2000. Funcionó como parte del Proyecto “Centro de Referencia Agropecuario” de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la UBA, en los terrenos de la misma. Fueron gestionadas becas de formación laboral para los adolescentes y jóvenes pertenecientes

al Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes. Durante el emprendimiento se trabajó articuladamente con jóvenes de la “Escuela agropecuaria” (jóvenes que desde la escuela secundaria eran convocados para participar de la experiencia). Es decir, esta experiencia resultó ser enriquecedora en base a la integración de los jóvenes del programa con otros jóvenes que no se encontraban en situación de vulnerabilidad.

Emprendimiento de fabricación de tejas, ecoladrillos y cabreadas, desarrollado durante los años 1999 y 2000 a través de la articulación con el Programa “Nuevos Roles Laborales” de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Dicho programa, que tuvo como misión disminuir los elevados índices de desocupación y subocupación y sus consecuencias sociales, proponía el desarrollo de soluciones originales de políticas públicas en articulación con redes de organizaciones comunitarias. Se difundió a través de las ONG’s, de los Centros de Participación y Control Ciudadano, de los Centros de Gestión y Participación y de otros organismos del Gobierno de la Ciudad. Las ONG’s aparecían como organismos co-ejecutores del programa, debiendo presentar los proyectos, informar altas y bajas de los beneficiarios, especificar el motivo de las bajas, proponer a los beneficiarios, elaborar y presentar los programas de capacitación, participar en la evaluación de los programas de capacitación, dar publicidad al programa y contribuir a la inserción social.

La población destinataria del programa se hallaba conformada por personas desocupadas y subocupadas con mediana calificación, ya que entre los objetivos del programa se encontraban los de crear una oferta de trabajo estable y calificada, configurando “nuevos roles laborales” en áreas de producción y servicios que respondan a necesidades no satisfechas hasta el momento, teniendo en cuenta nuevas demandas del mercado.

Otro de los proyectos ejecutados en el contexto del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, tuvo que ver con lo que se denominó **Proyecto Casa Abasto**, dado entre los años 2001 a 2003. A partir del año 2001 la asociación civil *En camino con otro*, toma a su cargo gestiones para el desarrollo del Centro de Integración Social Casa Abasto, destinado a población en situación de vulnerabilidad del barrio del Abasto.

El proyecto se enmarca en la estrategia de Empresa Social integrando a jóvenes pertenecientes al programa y a jóvenes en situación de riesgo del barrio del Abasto,

ambas poblaciones caracterizada por altos indicadores de desocupación, deserción escolar y problemáticas asociadas con la pobreza y la marginación social.

Las capacitaciones ofrecidas, siempre bajo la filosofía de Empresa Social, fueron dadas principalmente en las áreas de gastronomía y construcción de instrumentos de percusión. El proyecto pudo desarrollarse, entre otras cosas, debido a la articulación con el Programa “Apoyo al Autoempleo” de la Dirección General de Empleo y Capacitación, Subsecretaría de Producción y Empleo, Secretaría de Desarrollo Económico, Gobierno de la Ciudad. Dicho programa fue creado en el año 2001 y ejecutado entre los años 2001 y 2002 debido a la situación de crisis extrema que estaba atravesando el país. Tuvo como principal objetivo, a través de la ejecución de diversos proyectos, el de generar empleos productivos para desocupados residentes en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, dándole preferencia a aquellos desocupados provenientes de hogares sin ingresos, jefes de familia, con hijos menores y/o discapacitados a su cargo, etc.

Para los beneficiarios participantes de los proyectos, llevados a cabo por distintas ONG's, cooperativas, asociaciones vecinales, etc., se previó otorgar una ayuda económica mensual de \$200 por un período de 6 meses. La ejecución para el año 2001, careció de ayuda económica para la compra de materiales y/o herramientas, que permitiera el desarrollo de los emprendimientos productivos, subsidiándose sólo el trabajo. Para la ejecución del año 2002 se creó una Asignación Económica Especial, que consistió en una ayuda económica para la compra de insumos y herramientas, que se financió tomando el monto correspondiente a un mes de subsidio y se lo convirtió en un fondo de inversión social.

Otro de los proyectos dados en el marco del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, es el que actualmente continúa desarrollándose, denominado **Proyecto Garay**. S inicia en el año 2006, en el ámbito de un inmueble alquilado a través de las ganancias generadas por los emprendimientos. Tres son los emprendimientos que se encuentran en actividad actualmente: gastronomía, estampado de remeras y confección de títeres.

Las actividades se llevan a cabo principalmente en articulación con el Programa “Reconstruyendo Lazos” de la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Gobierno de la Ciudad. Dicho programa tiene como principal objetivo lograr la inclusión sociolaboral de adolescentes, entre 18 y 21 años, en situación de alta vulnerabilidad de derechos. Se prevé que los adolescentes y jóvenes participen de

espacios de capacitación en oficio y producción en el marco de la economía social y solidaria (Empresas Sociales, fábricas y empresas recuperadas, cooperativas, espacios de capacitación, etc.), con el objetivo de realizar una práctica de trabajo percibiendo una beca durante el lapso de seis meses.

Los adolescentes y jóvenes son derivados por alguna institución o programa gubernamental, ONG's y/o organizaciones sociales y comunitarias de las que participan, previéndose el seguimiento y acompañamiento de los mismos por parte del equipo del programa. La experiencia laboral y la capacitación en un oficio o práctica, más la experiencia de cumplir con plazos y presentismo, son algunos de los valores que el Programa Reconstruyendo Lazos ayuda a fortalecer en adolescentes y jóvenes. Se estima que en tres años de programa, han transitado por él alrededor de 500 adolescentes y en la actualidad alrededor de 200 han sido incluidos como trabajadores formales. La experiencia se complementa con la efectivización de un subsidio de \$370, por un período de 6 meses que se puede extender, a partir de la evaluación de cada caso. Los subsidios incluyen capacitación, práctica laboral y una contraprestación no menor a 16 horas semanales.

Finalmente, se ha comenzado a desarrollar el **Proyecto I.So.L.E** (Integración Socio-Económica y Lucha contra la Exclusión Social en áreas prioritarias de la Argentina). Puesto en marcha en el año 2008 y a desarrollarse en 3 años. Tratándose de un proyecto de co-gestión entre dos Estados (Italia y Argentina) y el Tercer Sector. Se prevé la creación de Empresas Sociales de usuarios con trastornos mentales severos pertenecientes a los sistemas de salud mental de las provincias de Chubut, Río Negro, Chaco y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el marco de este proyecto, desde el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, se prevé la puesta en marcha del **Proyecto Ecocentro**, pensado como establecimiento saludable para el hábitat, debido a las técnicas y materiales ecológicos con los que será realizado. Permitirá la continuidad y ampliación de las actividades del Programa, así como el desarrollo de un Programa de Educación Ambiental destinado a la comunidad, con el apoyo de la Subsecretaría de Medio Ambiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de organizaciones ambientalistas.

En el contexto del Ecocentro se estiman desarrollar nuevos emprendimientos sociales: gastronomía orgánica, bar con productos orgánicos, vivero biológico con

huerta orgánica y publicidad gráfica e informática, complementándose con actividades culturales y de apoyo escolar abiertas a la comunidad.

Avances en cuanto a la consolidación del Programa

Durante el año 2008 se ha producido uno de los avances considerados fundamentales en el camino hacia la formalización de este tipo de dispositivo como estrategia de Salud Mental Comunitaria. La creación de un programa específico denominado **Programa de Emprendimientos Sociales** de la Dirección General Adjunta de Salud Mental del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad.

Dicha instancia de gobierno considera que es menester poner en funcionamiento un dispositivo de salud mental que permita generar capacidades y habilidades en el paciente, y en consecuencia, resultados en términos económicos para su sustento, además de articular la interacción entre pacientes de salud mental y sujetos de la comunidad.

Tomando la definición que da de los emprendimientos sociales la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, se establece que el objetivo del programa es el de fortalecer en los sujetos la capacidad de interrelación a partir de su reinserción en la actividad productiva, además de obtener resultados concretos en términos económicos para su propio sustento.

A los fines de garantizar el funcionamiento del programa y de coordinar el trabajo de todas las áreas gubernamentales y no gubernamentales, se crea una Comisión de Emprendimientos Sociales, siendo menester además, crear un equipo interdisciplinario de trabajo, que tendrá por función el sostener las relaciones interinstitucionales con todos de los efectores del Sistema de Salud. La creación del Programa Emprendimientos Sociales, deberá tomarse como el punto de partida hacia la creación de un efector del sistema de salud que logre satisfacer las necesidades de sus beneficiarios.

Otro de los avances importantes registrados en estos últimos años en términos del desarrollo de los emprendimientos sociales en la ciudad, ha sido el **Acuerdo trazado entre la Dirección de Economía Social y la Dirección General Adjunta de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Considerando que los emprendimientos sociales de salud mental permiten la incorporación de conceptos de autogestión, solidaridad, economía social y desarrollo

local, la Dirección General de Economía Social prevé la articulación de los mismos con los programas de promoción y apoyo que la misma gestiona. El objetivo de dicho acuerdo se centra en la conformación y fortalecimiento de unidades productivas sustentables que contribuyan a la generación de empleo, conformadas por individuos, familias o grupos de personas en situación de desocupación o subocupación, nucleadas en torno a una actividad de producción de bienes y/o servicios con actividades específicas de capacitación, asistencia técnica y asistencia financiera para el desarrollo de emprendimientos productivos.

Resulta de importancia, según el acuerdo, la articulación de acciones conjuntas de cooperación entre ambas direcciones que apunten a la capacitación, asistencia técnica y económico financiera, que propendan a potenciar las capacidades de los usuarios del sistema de salud a los fines de promover su inclusión social y su inserción en el entramado productivo.

De esta manera, la Dirección General Adjunta de Salud Mental, se propone como encargada de las convocatorias, identificación y selección de los beneficiarios comprendidos dentro de la población objetivo, para la capacitación brindada por la Dirección General de Economía Social.

CAPÍTULO VI.B. ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL PARA ADOLESCENTES A NIVEL DEL CONTEXTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y DEL MARCO LEGAL RELACIONADO

A partir de los siguientes párrafos se dará comienzo al análisis del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes y, específicamente, al análisis de la aplicación de los dispositivos de Empresas Sociales de Salud Mental.

Se describirán algunas de las características particulares que la práctica ha adquirido en contextos como el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, además de analizarse en base a qué Modelo de Atención en Salud Mental esta práctica ha comenzado y continúa desarrollándose.

Los resultados expuestos aquí, se complementarán a partir del apartado destinado a la evaluación del cumplimiento de los objetivos del programa, en donde se analizará el impacto de estos dispositivos según las representaciones de los usuarios y de los profesionales implicados en la práctica.

La Reforma de Salud Mental en Italia

Tomando la clasificación realizada por Rotelli F. (en Alberdi J.M., 2003) respecto de los distintos contextos de reforma, se puede afirmar que la italiana ha sido una reforma estructural llevada a cabo en un contexto de “iniciativa”, en el cual determinados grupos con un peso específico dentro del sector promocionan una serie de innovaciones y experiencias, con el objetivo de anticipar socialmente la necesidad de apuntar a un proceso de reforma.

Rotelli diferenciará el contexto de iniciativa de un contexto de “crisis”, en el cual determinadas coyunturas aceleran los procesos de cambio al presentar el viejo orden signos claros de crisis, así como también de un contexto de “mandato”, en el cual la reforma se realiza por lo alto siendo parte de la agenda de gobierno, como lo ha sido la reforma estadounidense.

El mismo autor, propondrá además entender todas las reformas o todos los intentos de las mismas como un proceso interactivo, que supondrá el estudio de una dimensión “estructural” de largo plazo, constituida por arreglos históricos y variables que determinan el propio Campo Psiquiátrico o de Salud Mental, y de una dimensión “coyuntural” de corto plazo, que contempla los desencadenantes de la crisis, denuncia y/o reconversión del orden manicomial.

La reforma dada en el contexto italiano puede explicarse debido a la conjunción de múltiples factores, entre ellos: el marco dado por la Reforma Sanitaria y la profunda renovación de los procesos económicos, políticos y culturales resultado del fortalecimiento de los grupos de izquierda, compuestos por lo general por obreros, que reivindicaban, entre otras cosas, su participación en los procesos de gestión de la salud.

Más allá de la “Institución Negada”, como fue planteado el quiebre con el orden manicomial y la puesta en cuestión de las bases mismas de la asistencia psiquiátrica y la organización hospitalaria, la “Institución Inventada” por la reforma basagliana implicó innovaciones en distintas dimensiones: política, cultural, técnica, jurídica, institucional, entendiendo a la salud y a la salud mental como una producción de vida y de sentido, reconstrucción de las complejidades del objeto-sujeto que las antiguas instituciones habían simplificado a través de distintas formas de violencia.

En este marco, la desinstitucionalización se genera como práctica de desarticulación y de análisis de los mecanismos sociales, mientras que la deshospitalización significa un mero acto administrativo que hace que los pacientes puedan abandonar la institución-hospital.

El trabajo terapéutico se centralizó en el objetivo de restituir la existencia global, compleja y concreta de los pacientes de tal forma que pudieran lograr ser sujetos activos y no objetos en relación a la institución, y participar del intercambio social en condiciones de mayor autonomía y contractualidad. En este proceso justamente, es que surge la Empresa Social como dispositivo de intervención fundamental para el logro de estos objetivos. (Saraceno B., 2000).

Otra de las características fundamentales de la reforma llevada a cabo en Italia, consistió en que la desinstitucionalización buscó llevar la cuestión al seno de la sociedad civil y en este proceso, la reconquista de la ciudadanía de los pacientes, fue asumida tanto por ellos mismos, cuanto por los familiares, técnicos y políticos. (Basaglia F, Conferencias en Brasil, 2000).

Trieste será la sede de la experiencia más famosa de la reforma psiquiátrica, donde a partir de 1971 se comenzará con la construcción de los primeros “dispositivos de la ciudadanía del loco” en pos de lograr la inserción en el espacio histórico-social de los pacientes hasta el momento institucionalizados.

Se asistirá entonces, a la invención de un conjunto de estructuras externas, totalmente sustitutivas del manicomio, con el objetivo de general la descomposición y la

transformación de los recursos materiales y humanos depositados hasta el momento allí dentro.

El proceso de reforma consistió en activar y atraer nuevos recursos y en invertirlos en la producción de salud mental. Todo este proceso tendrá como conclusión simbólica la ley 180 promulgada en el año 1978 y aún en vigencia en todo el territorio italiano.

La Reforma de Salud Mental en Argentina

Como antecedente más fuerte de las iniciativas de reforma de salud mental en nuestro país, podemos hallar las experiencias desarrolladas entre finales de los años '60 y principio de los '70 en el Hospital Alfaro de Lanús, experiencia en la cual un conjunto de factores -entre ellos la instrumentación del psicoanálisis como herramienta de lucha en el campo institucional y social, la presión de una izquierda psiquiátrica, el trabajo sobre los grupos y las comunidades- auguraban la posibilidad de pensar en un proceso de reforma propio, importando gran cantidad de técnicas y de preceptos utilizados en modelos tales como el italiano y el francés. (Alberdi J.M., 2003).

Lamentablemente, el proceso vivido durante los años de dictadura, dio fin a esta etapa, quizás la más “antimanicomial” desarrollada en nuestro país. Luego del retorno de la democracia y de la mano de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental planteado por el Dr. Mauricio Goldemberg -uno de los principales promotores de la experiencia de “el Lanús”- y junto con Vicente Galli -quien resultara desempeñándose como Director Nacional de Salud Mental durante todo el gobierno de Dr. Alfonsín- se postulaban un conjunto de reformas a nivel de las Direcciones de Salud Mental de las provincias.

Dicho Plan Nacional no apuntaba, al menos a corto plazo, a transformaciones estructurales, radicales y de base respecto el circuito psiquiátrico. La propuesta de deinstitutionalización consistía en la refuncionalización de los hospitales psiquiátricos y los programas de externación y la creación de nuevas instancias terapéuticas como talleres, grupos de resocialización, terapias familiares, atención en crisis, etc.

Lamentablemente, la refuncionalización operó siempre ambiguamente, manteniendo la forma psiquiátrica de organización de la institución con formas “ortopédicas” que la presentaban como “más abierta”. (Alberdi J.M., 2003).

Para fines de los '80 y principios de los '90, frente a una realidad que se mostraba como perpetuadora del orden psiquiátrico, se asiste al surgimiento, dentro y fuera de los espacios asilares situados en el contexto de la actual Ciudad Autónoma de

Buenos Aires, de experiencias de trabajo que intentarán romper con las lógicas manicomiales. Entre ellas el Frente de Artistas del Borda, Cooperanza (Cooperativa de trabajo para la reintegración social de los pacientes psiquiátricos), Bancadero (Mutual de ayuda psicológica), etc.

Estas experiencias comunitarias, autogestivas y alternativas al modelo, funcionaban negando a la institución psiquiátrica, desarrollándose por lo general aisladas del sistema.

A partir del comienzo del nuevo siglo, desde las políticas -al menos en su letra- se manifiesta la intención de generar cambios respecto de la atención en salud mental en el contexto de la Ciudad de Buenos Aires.

El Plan de Salud Mental que trazó los lineamientos de las políticas entre los años 2002-2006, planteaba ya la reconversión de los recursos institucionales para promover transformaciones, con la intención de promover un cambio progresivo desde un modelo hospitalocéntrico a uno de tipo comunitario.

Finalmente, como último intento de reforma del modelo de atención de salud mental, podemos ubicar al propuesto en abril de 2008 por el Ministro de Salud porteño Jorge Lemus, quién planteara la necesidad urgente respecto de la construcción de una red de servicios de atención alternativos al manicomio.

Según los propulsores de dicha propuesta de reforma, la misma estaría guiada por los ejemplos de las reformas implementadas en Gran Bretaña, Italia, España, E.E.U.U. y Canadá y por las recomendaciones de los organismos internacionales como la OMS, que constan en integrar la Atención de Salud Mental dentro de la Atención Primaria de la Salud, la rehabilitación en la comunidad de pacientes de larga estadía en el hospital psiquiátrico, la implementación de programas antiestigma, la prevención e integración de personas con Trastorno Mental dentro de la comunidad utilizando recursos de bajo costo y localmente disponibles, entre otras.

El diagnóstico de la situación presentado por los impulsores de la reforma, estaría conformado por un sistema en crisis caracterizado por un modelo asilar, con una estructura edilicia obsoleta, marcado por la descoordinación, la desigualdad y el no respeto a los Derechos Humanos de más de 2000 internos; siendo la principal problemática actual, según ellos, el incremento de la demanda debido a la crisis económica, las deficiencias en la implementación de las redes sociales y a la escasa articulación con otras dependencias del gobierno como Educación y Desarrollo Social;

mencionándose como fortalezas del sistema el compromiso de los recursos humanos y la presencia de un marco legal como la Ley 448.

En el marco de la promoción de los Derechos Humanos, la propuesta de reforma se plantea como objetivos: implementar un nuevo modelo de atención en salud mental, resolver la problemática de los establecimientos neuropsiquiátricos y garantizar la dignidad y la satisfacción de pacientes y trabajadores del sector, a través de la construcción de espacios de atención equipados y ambientados para la especialidad y de un abordaje asistencial interdisciplinario e intersectorial. Se plantea como principal política a implementar la desinstitucionalización progresiva hacia los nuevos dispositivos, evitando la reinstitucionalización y la transinstitucionalización.

Detrás de las sospechas de un negocio inmobiliario a través del “despeje” de los grandes terrenos que ocupan los 3 neuropsiquiátricos de la ciudad (Tobar, Borda y Moyano), los debates entre los actores implicados (gremios, Consejo General de Salud Mental, asociaciones de profesionales, asociaciones de usuarios y familiares, etc.) continúan hasta la actualidad, en la que se han visto sólo modificaciones edilicias en los establecimientos realizadas con inversiones internacionales millonarias.

El Campo de la Salud Mental Comunitaria en el marco del proceso de Reforma de Salud Mental en Argentina

Como es posible observar, los procesos dados en el ámbito de la salud mental en nuestro país no han llevado, a pesar de los distintos intentos, a generar un modelo de atención alternativo al manicomial, salvo las experiencias dadas en la provincia de Río Negro (con la sanción de la Ley Provincial N° 2440), en la Provincia de San Luis (que ha demostrado materialmente la reforma del sistema al transformar el viejo hospital psiquiátrico en Hospital General Escuela y al organizar una red de servicios de salud mental en la comunidad) y más recientemente en la Provincia de Chubut (que viene sosteniendo desde el año 2004 un proceso de reforma del sistema y que ha sancionado en el año 2008 la Ley N° 5845 de salud mental de la provincia).

Según Emiliano Galende (1997) coexisten aún en nuestro contexto, básicamente 3 modelos a través de los cuales se intenta comprender y atender los problemas de salud mental. Dichos modelos, que gozan de cierto peso específico, constituyen sistemas explicativos con determinados criterios de definición de las enfermedades mentales, determinadas disciplinas y saberes que los integran, y se caracterizan por determinadas

prácticas y dispositivos de atención que se aplican en correlación con los criterios antes definidos.

Los tres modelos identificados por el autor son: un Modelo Médico-Biológico o Psiquiátrico, constituido por la Psiquiatría Positivista que encuentra apoyo en las Neurociencias (sostenidas éstas económicamente por los laboratorios), un Modelo Hermenéutico, que intenta dar cuenta de los problemas de salud mental incorporando, para un análisis más profundo de corte filosófico y antropológico, a disciplinas tales como el psicoanálisis y la sociología, y finalmente, un Modelo de Comprensión Psicosocial, que trata de explicar los fenómenos de sufrimiento mental del individuo tomando a éste principalmente como sujeto social en interacción con su comunidad de pertenencia.

La Comprensión Psicosocial de la problemática mental, se integra en el denominado Campo de la Salud Mental Comunitaria que, tal como se mencionara en el capítulo introductorio de este trabajo de investigación, surge a nivel mundial alrededor de mediados del siglo XX, vinculado a una nueva conciencia social generada por el cambio de perfil poblacional requeriente de asistencia.

La noción de Salud Mental incluirá, según Sarraceno B. (2000), no solo la problemática de la salud y de la enfermedad, sino la evaluación de las instituciones y de las personas que recurren a ellas, el estudio de sus necesidades y de los recursos indispensables para la atención, la organización y la programación de los servicios destinados a la cura, la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud, entre otras cosas.

A diferencia de la Psiquiatría, la Salud Mental será entendida como un complejo de características más abarcativas, que tiene en consideración las dimensiones psicológicas y sociales de la salud, implicando actores y acciones múltiples y correlacionándose con dimensiones legislativas, sociales, económicas, culturales y políticas.

Actualmente, según autores como Galende E. (1997), el Campo de la Salud Mental Comunitaria se presenta como “un ideal en construcción”, como un campo de prácticas sociales en construcción, como una propuesta superadora de la diferencia entre los 3 modelos de atención de los que se hablaba.

Sin obviar los importantes avances de la psiquiatría producidos en los últimos tiempos e intentando integrarlos en la atención de los problemas de salud mental, el Modelo de Salud Mental Comunitaria, procura volver atrás justamente en el recorrido

de la categorización y especialización de la problemática mental otorgando principal atención a la dimensión transubjetiva y social de los problemas. El camino que intenta trazar la Salud Mental Comunitaria es hacia la indiferenciación, o mejor dicho, un camino que reabra preguntas acerca de la condición humana.

El objetivo de la Salud Mental Comunitaria, no se restringirá entonces, sólo al tratamiento de la patología mental, sino que comenzará a ampliarse respecto de la prevención en la producción de enfermedades mentales y la promoción de los valores positivos de Salud Mental. Esto pondrá en evidencia la complejidad intrínseca a la producción de salud y enfermedad en los individuos y en los grupos humanos. Para la atención de dicha complejidad, se requerirá de la intervención de nuevas disciplinas, nuevas teorías y nuevos saberes no vinculados tradicionalmente a la atención de la problemática mental. Los nuevos valores de salud mental, exigirían hoy a las disciplinas intervinientes, la comprensión de dimensiones políticas y sociales sobre el daño mental y sobre el malestar global.

La comprensión adecuada sobre la complejidad del problema, permitirá una intervención destinada a corregir los circuitos colectivos de causación del daño mental y del problema social, además de acrecentar las condiciones necesarias para el desarrollo subjetivo pleno: lazo social, solidaridad grupal y asunción colectiva de los problemas. (Galende E., 1997).

La Empresa Social como práctica perteneciente al Campo de la Salud Mental Comunitaria

Tanto en el contexto de origen de este dispositivo, como en contextos como el de la Ciudad de Buenos Aires, puede afirmarse que este tipo de estrategia se ha basado en valores concordantes con un modelo de atención de la salud mental desarrollado en y con la comunidad.

En contextos de reformas estructurales de los sistemas de atención, como el italiano, este tipo de dispositivos se planteará **como un servicio de salud mental**, destinado a garantizar la inserción ocupacional-laboral de los usuarios del sistema, siendo parte de la red de servicios, que a nivel territorial, se presentan como alternativa al manicomio.

En contextos como el nuestro, en cambio, este tipo de dispositivo, podría pensarse más que nada, como un **dispositivo de transición**, destinado a la formación-capacitación de los usuarios del sistema de salud mental, con el objetivo de mejorar sus

posibilidades de inserción ocupacional-laboral. Esta práctica, que no logra aún constituirse como alternativa frente al manicomio, sí puede considerarse como integrando un conjunto de prácticas más de tipo instituyente, que se inventan y que cuestionan las prácticas hegemónicas de tipo manicomial.

La Empresa Social aparece como dispositivo que pone en cuestión el Modelo Médico Psiquiátrico en muchas de sus bases: desde una nueva manera de entender el daño mental tomando en consideración las dimensiones políticas y sociales del problema, desde la necesidad de entender la rehabilitación basada en las capacidades del sujeto y no partiendo de su patología, desde la postura basada en que los problemas y los procesos de atención puedan ser definidos por la población y los especialistas en conjunto, desde la promoción de una práctica interdisciplinaria y transdisciplinaria que impulsará la incorporación de nuevos saberes y actores en el proceso de atención, desde la promoción de la intersectorialidad en un intento de apelar a la eficacia en el uso de los recursos y de articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común y desde la puesta en práctica de dispositivos que se alejan del modelo clínico de atención siendo llevadas a cabo en el contexto de la comunidad y de la vida real del usuario.

En este sentido es que la Empresa Social intenta “desinstitucionalizar”, en tanto trabajo práctico de transformación que desarticula la solución institucional existente e intenta reconstruir la complejidad del objeto-sujeto de intervención.

Si bien la existencia de Empresas Sociales en nuestro territorio no logra ser parte de un proyecto general de desconstrucción de las instituciones totales y de la cultura manicomial, y de construcción de una red de servicios que atiendan a la complejidad del problema, la mera presencia de las mismas demuestra la posibilidad de plantear un modelo de atención diferente al manicomial.

Marco dado por las Políticas Públicas en relación a la aplicación de los dispositivos de Empresa Social en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Para poder analizar tanto los dispositivos de Empresa Social como cualquier otro dispositivo de asistencia en salud mental, se deberá tomar en consideración el marco de las políticas públicas en el que surgen y se desarrollan. A continuación se intentará analizar el surgimiento y el desarrollo del dispositivo en el marco de las políticas públicas de salud, de salud mental específicamente y de las políticas sociales en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, teniendo en cuenta que la aplicación

de estrategias de integración social y laboral como éstas, excede absolutamente al sector salud.

A través de las políticas se regulan los criterios con los que se guía un sector (Salud, Salud Mental, Políticas Sociales, etc.). Las políticas definen incumbencias, establecen normas y regulan el funcionamiento general de un sistema, siendo el Estado quien tendrá la obligación de legislar y reglamentar generando políticas directas (específicas de un sector determinado) o indirectas, que se dirigen a la protección en general, cuyos campos se atraviesan constantemente. (Freytes Frey M. I., 2003).

El Estado es el encargado de dar lineamientos generales, que constituyen el marco de las políticas, y que a su vez se reflejarán en los planes, programas y proyectos. El diseño de las políticas, deberá ser concordante con los criterios generales de cuidado y protección de la población que tiene el Estado.

Las políticas en salud, como se afirmaba anteriormente, exceden el continente sectorial e implican analizar otras categorías de la dinámica social en general, que deberán ser tomadas como problemas del campo de la salud. Según autores como Mario Testa (1995), cada problema en discusión, genera un campo de fuerzas y la combinación articulada de ellos será la que conforme el sector de salud en un momento determinado. El sector, debe dejar de concebirse entonces como un conjunto de instituciones para entenderse como un espacio social donde transcurren procesos de salud.

Frente a problemáticas complejas como la de la integración social y laboral de personas con trastornos mentales severos, resulta imposible pensar y afrontar dichas problemáticas desde una delimitación de sectores y de incumbencias particulares. Se hace imposible deslindar la política social de la política de salud y de la política de salud mental. Tampoco puede analizarse esta última, separada de sus principales determinantes, constituidos entre otras cosas por factores sociales, ambientales, etc.

La Empresa Social en el marco de las Políticas, Planes y Programa de Salud Mental

La salud como fenómeno complejo, con un gran número de variables que influyen en los procesos de salud/enfermedad/cuidado, debiera implicar un tipo de Planificación Estratégica para avanzar hacia la generación de cambios, desencadenando procesos de permanente discusión y análisis de problemas sociales e incorporando lo

político no como marco referencial de la planificación sino como parte de su objeto específico de trabajo. (Testa M., 1995).

Dicha planificación estratégica, deberá incorporar, además de planes de salud que sirvan para poner en práctica las políticas, distintos tipos de programas. (OMS, 2005). La Programación tendrá que ver entonces con la especificación de las actividades y tareas, la asignación de recursos y responsabilidades, para lograr el resultado definido previamente. La misma se desarrollará en el espacio de la gestión, en un espacio de búsqueda de acuerdos entre actores y en el cual también se constituyen actores. En pocas palabras, el programa se constituirá como la parte operativa de la planificación. (Testa M, 1995).

Según este mismo autor, si bien un programa es a menudo una iniciativa a más corto plazo que una política o un plan, orientado al cumplimiento de ciertas metas específicas, esto no implica que los programas no deban pasar por una detallada planificación. Los planificadores deberían acomodar los programas en su plan de trabajo de acuerdo con las políticas y planes a más largo plazo.

Los pasos a seguir en el desarrollo de programas, según la OMS (2005), deberían pasar por los siguientes procesos: establecer estrategias y plazos basados en la investigación y en la información recopilada, establecer indicadores y objetivos, establecer las actividades principales y cómo y por quién serán desarrolladas, establecer los costos y los recursos disponibles, crear procesos de seguimiento y evaluación.

No obstante estas recomendaciones, ante la falta de planificación y articulación entre los actores, observamos en contextos como el nuestro, el desarrollo de una multiplicidad de programas específicos para atender a problemáticas emergentes. Programas “especiales” para atender problemáticas como las relacionadas con adicciones, violencia y desocupación, que sirven como “remiendos” o “parches” frente a la falta de una política coordinada, a largo plazo y que busque generar cambios.

Muchos de estos programas especiales, gestionados por organizaciones de la sociedad civil, que como organizaciones más “flexibles” pueden adaptarse a los problemas de coyuntura, logran hacerse cargo sólo de paliar algunas de las consecuencias de las problemáticas atendidas. En este proceso en que el Estado se desliga de problemáticas complejas, se ven nacer, crecer y extinguirse, multiplicidad de estrategias en forma de programas que aparecen como “co-gestionados” por el Estado.

Como se esbozara en la contextualización del problema de investigación, y como quedará al descubierto a través de los relatos de los profesionales implicados en la

práctica, no se ha dado, hasta ahora, una planificación y una gestión lineal del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes que se está analizando. Muy por el contrario, los profesionales implicados en la práctica, han debido reinterpretar sus acciones a medida que se han ido dando cambios a nivel coyuntural en el marco de las políticas de salud mental. Cambios que han ido posibilitando o impidiendo, a su vez, ciertas acciones.

Si bien desde las “intenciones” de los planes de acción en salud mental, se intenta avanzar hacia la transformación desde un modelo de atención “hospitalocéntrico” a un modelo de atención “comunitario” en salud mental, no se han creado, hasta la actualidad, las suficientes mediaciones prácticas para concretarlo.

En el caso que incumbe a esta investigación, el trabajo de articulación intersectorial e interinstitucional, ha sido propulsado hasta el momento por los gestores del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes. En ocasiones, estas articulaciones han sido las que permitieron dar continuidad al programa mismo. Sin la labor de los trabajadores de la salud mental implicados en el programa, el mismo no hubiera llegado al alcanzar el grado de reconocimiento por parte del sistema que posee en la actualidad.

La continua reinterpretación de algunos de los objetivos del programa, sin ser modificado el núcleo principal basado en la integración sociolaboral de personas con trastornos mentales severos, ha tenido que ver con los proyectos antes descritos, a través de los cuales se han ido articulando acciones para poder dar continuidad al programa.

La generación continua de proyectos como estrategias a corto plazo, ha sido lo que posibilitó la supervivencia del programa. La búsqueda constante por parte del equipo de trabajo, de espacios, insumos, subsidios, etc. para cada proyecto, ha llevado a la promoción continua de alianzas y articulaciones con organismos de Estado, entidades privadas y organizaciones de la sociedad civil.

Un Estado que posibilita el accionar de un programa como el descrito en esta investigación, pero que no destina recursos para su financiamiento, no permitirá jamás obtener resultados como aquellos alcanzados en el contexto el italiano.

En nuestro contexto, las políticas vendrán a avalar la práctica una vez implementada la misma. Los cambios desde “las bases”, promovidos por los profesionales y técnicos de la salud mental, son reconocidos y valorados por un Estado que, sin embargo, no garantizará el sostenimiento de los mismos.

La Empresa Social en el contexto de las Políticas Sociales

La concepción y aplicación de las políticas sociales varían según las particularidades del Estado en los determinados momentos sociales e históricos. La ciudadanía social puede ser definida como un vínculo de integración social que se constituye a partir del acceso a los derechos sociales siempre cambiantes en una comunidad. El vínculo de integración social induce a pensar la ciudadanía como marco de contención social y de desarrollo de las potencialidades humanas. (Rosanvallon P., 1995).

En este marco, las políticas sociales se constituyen en las sociedades contemporáneas, como un instrumento irremplazable para la producción y conservación del orden, el bienestar y la integración social.

Dentro de las políticas sociales existen, según el autor antes mencionado, dos vertientes fundamentales: la primera, vinculada a garantizar a los ciudadanos sistemas de protección frente a la emergencia de situaciones que pueden suponer un riesgo para el bienestar individual o familiar (enfermedad, incapacidad laboral, vejez, familia numerosa, etc.), y la segunda, orientada hacia condiciones de carencia que pueden afectar a grupos poblacionales de diferente magnitud, que se asocian en general con imposibilidad de satisfacer necesidades básicas de diferente tipo (alimentación, vivienda, salubridad, educación, ocupación, integración social, participación). Este segundo tipo de políticas, suelen sintetizarse bajo referencias a la pobreza, la indigencia y la exclusión. El peso relativo de cada uno de estos componentes en la agenda social del Estado, las estrategias puestas en marcha para procurar respuestas a las problemáticas de los ciudadanos y los valores sociales comprometidos, han variado en los diferentes períodos históricos en correspondencia con la afirmación de diferentes modelos de organización estatal.

En nuestro país, la orientación política y económica asociada al régimen del bienestar social que se pone en marcha a partir de los años '40, se caracterizó por ser generadora de un alto nivel de ocupación, definiéndose un perfil de ciudadanía social que logró articular un importante vínculo de integración social. Este momento histórico se caracterizó por la consumación de los trabajadores como categoría social con derechos específicos, es decir, que el trabajo asalariado estaba vinculado a una red de protecciones sociales con base jurídica. (Castronovo R, 1998).

A diferencia de ello, durante las últimas décadas, hemos sido partícipes de un proceso de crisis y reformulación de las condiciones de actividad del Estado en el área

social. La expansión de la exclusión social, el desempleo estructural, la precarización del trabajo, y el empobrecimiento de numerosas capas sociales, ha puesto en cuestión la idea de ciudadanía social como sistema de integración. El debilitamiento del Estado de Bienestar ha generado, entre otras cosas, una transformación del formato tradicional de los derechos sociales como derechos subjetivos en meros beneficios asistenciales de carácter compensatorio. Este mecanismo de desactivación de derechos no es casual, por el contrario, según muchos analistas de la problemática social, tiene la capacidad de incidir en los conflictos sociales y restar poder a los sujetos sociales.

Los conceptos centrales que se manejan hoy en día en torno a la problemática social, más que en términos de riesgos individuales, se vinculan con la precariedad, la vulnerabilidad y la exclusión que afectan a grandes conglomerados. Los fenómenos de exclusión, de desempleo de larga duración, y de marginalidad en general, en muchas ocasiones demarcan destinos definitivos para grandes poblaciones.

Frente a este fenómeno, tienden a implementarse políticas de inserción social “focalizadas”, en contraposición con aquellas políticas “universales” características de los Estados Benefactores. Dichas políticas focalizadas, se convierten entonces, en políticas de gestión de poblaciones enteras de desempleados, de sujetos que, al decir de Robert Castel (2000), constituyen en verdaderos grupos de “válidos invalidados por la coyuntura”.

Es en este sentido, que se pondrán en cuestión los objetivos del programa analizado, en relación a la “integración social y laboral” tanto de los sujetos en situación de vulnerabilidad psicológica, económica y social, como de las personas con trastornos mentales severos.

Se podría pensar entonces al Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, haciendo parte de este conjunto de “políticas compensatorias o “de emergencia”, destinadas justamente a compensar los desequilibrios sociales generados por el modelo económico, definidas en el campo de la asistencia social mediante el otorgamiento de subsidios o beneficios asistenciales, desapareciendo así el vínculo jurídico que expresan los derechos sociales.

El programa analizado, resultará además “funcional”, en tanto instancia que permite la articulación con otros programas también de tipo “compensatorio”, que sirven a los fines de garantizar una renta mínima a los usuarios, promoviendo “empleos temporarios” para dar respuesta a la emergencia social.

La Empresa Social en el marco de la Economía Social

El concepto de Economía Social se transforma en clave para entender los dispositivos de Empresa Social en nuestro contexto. Dicho concepto, surge en el siglo XIX como otra forma de hacer economía frente a los tremendos costos humanos de la Revolución Industrial, no considerados de ninguna manera por la economía de esta época.

Ya en el siglo XX, y como consecuencia de la “revolución neoliberal”, que excluye del sistema de trabajo asalariado a millones de trabajadores del mundo, aparecen múltiples formas de organización autónoma de los desempleados como reacción natural frente a este modelo económico.

Así se va constituyendo una economía de resistencia que se manifiesta en prácticas económicas alternativas, constituyendo un nuevo sector que aparece diferenciado de los tradicionales sectores de encuadramiento laboral como son el público y el privado, constituido por un universo heterogéneo de experiencias que por su magnitud y continuidad hacen que sea necesario considerar su existencia y analizar su encuadre. (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2007).

Estas nuevas experiencias, locales por lo general, incluyen desde economías domésticas, economías de trueque, microemprendimientos, fábricas recuperadas por sus trabajadores, mercados comunitarios, etc. Dichas prácticas económicas no pretenderán generar acumulación de capital, sino proveer medios de vida dignos a los trabajadores que las realizan, colocando las relaciones humanas en el centro, en lugar de basarse en la competencia.

Las distintas experiencias de economía social en nuestro país, aparecen con más fuerza luego de los conflictos en donde la economía formal no puede responder a la demanda laboral, en gran parte como reacción de los mismos individuos frente a las crisis económicas y la exclusión laboral.

Frente a la crisis provocada por la retirada del Estado en las décadas pasadas, las organizaciones de la sociedad civil se vieron transformadas en actores fundamentales para el desarrollo y la implementación de este tipo de economía ya que, comenzaron a actuar como intermediarias entre el Estado y los trabajadores desocupados a la hora de poner en práctica distintos programas de emergencia.

Hasta la actualidad, este tipo de estrategia, no ha llegado a conformar un movimiento o una franja económica alternativa, por el alto nivel de fragmentación y por tener que desenvolverse en un medio totalmente adverso política, legal, económica y

culturalmente, a pesar de la supuesta intencionalidad del Estado de apoyar este tipo de estrategias para que logren constituirse como una política pública a diferencia de una “economía para pobres” o “economía de resistencia”.

Hasta el momento, no se ha establecido un marco general que defina lo que es y lo que no es economía social. A eso sumado, la falta de legislación específica, hace prácticamente invisibles a los innumerables emprendimientos económicos, los cuales terminan desarrollándose en los más altos niveles de informalidad.

La situación es paradójica en el sentido de que la mayoría de estas actividades, a pesar de tener apoyo oficial en materia de asistencia técnica, capacitación y financiamiento, funcionan “ilegalmente”, no pudiendo acceder a los mercados, tener facilidades para transportar productos, tener beneficios a nivel de cargas impositivas, etc.

Según algunos críticos, como el economista José Luis Coraggio (2007), se hace imprescindible al momento de analizar este tipo de experiencia, diferenciar entre el manejo hecho en Argentina y en el resto del mundo de sectores como la Economía Social. En Argentina se trata de una política con una matriz asistencialista y clientelar basada en un reparto discrecional e interesado de planes sociales, financiada muchas veces por una banca internacional y orientada hacia “los más pobres entre los pobres”.

Lo mismo sucede con los llamados programas de empleo que, según el autor, no han sido sino subsidios encubiertos del Estado que generaron un deterioro del mercado laboral y una baja de los salarios.

En este sentido, el florecimiento de esta vasta gama de emprendimientos productivos en el marco de la economía social, continuaría en la misma línea de la no garantía de los derechos de los ciudadanos, no existiendo una mínima redistribución del ingreso, sino más bien, grupos de desocupados y subocupados que, desalentados por la falta de empleo buscan producir individual o familiarmente pudiendo obtener ingresos marginales.

En nuestro contexto, el surgimiento de los dispositivos de Empresa Social de Salud Mental, se ha dado en estrecha vinculación con las áreas de Desarrollo Social y de Empleo. Tal como se hiciera mención durante la descripción del programa, las articulaciones con instancias de promoción del empleo y de inserción sociolaboral, han sido las que posibilitaron dar origen y continuidad al Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes (Ej. Programa “Nuevos Roles Laborales”, Programa “Apoyo al Autoempleo”).

Así es como puede observarse una de las principales diferencias respecto del desarrollo de este tipo de dispositivo en nuestro contexto y en el contexto italiano. En este último, las Empresas Sociales y las Cooperativas Sociales son reconocidas como un servicio de salud mental integrado a la red de servicios, financiadas por el sector salud y regidas por una legislación especial que le confiere beneficios.

De esta manera, las Empresas Sociales de Salud Mental, se transforman tanto en estrategias de formación profesional continua, como en un sistema de creación de trabajo y en un destino de inserción ocupacional/laboral de los usuarios en el mismo dispositivo.

El transformarse en “destino laboral” para el usuario, difiere del objetivo de constituirse en una “estrategia de transición” entre el mundo de la asistencia y el mundo del trabajo, tal como se lo plantea en la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, a pesar de poder ser criticado este destino laboral en tanto “semiprotegido” y como parte de una red de circulaciones en la que muchas veces sólo los usuarios del sistema de salud mental se vinculan, debe reconocerse que a partir de este dispositivo, se ejercen derechos de ciudadanía que en nuestro contexto resultan inexistentes.

Esto difiere de todas formas, en cuanto al destino de “abandono social” que el usuario de salud mental puede llegar a sufrir en contextos como el nuestro, en los que ni siquiera puede pensarse como destino semiprotegido, debido a la necesaria “circulación” por el programa de la población usuaria, debido a la excesiva demanda.

Según algunos de los profesionales del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes entrevistados, el objetivo principal del mismo consta en que los emprendimientos sociales de salud mental sean una instancia meramente formativa y de experimentación y no un destino laboral. La creación de un propio emprendimiento por parte de los usuarios, luego de haber transitado por el programa, debería ser el destino laboral.

La caducidad de los subsidios debido al corto plazo previsto para los programas (en su gran mayoría de promoción de empleo) que articulan con el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, hace que este tipo de dispositivo se transforme en proveedor de mínimas calificaciones y generador de empleo de tipo transitorio.

Marco Legal relacionado con la práctica

El marco legal normativiza y regula las prácticas específicas de determinados sectores. Los acuerdos dados a nivel internacional en materias como la Salud Mental o los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia, constituyen estándares que deberán cumplir los Estados firmantes. Estas “declaraciones de intención”, se verán reflejadas en la práctica dependiendo de varios factores, entre ellos: los contextos sociales, políticos, económicos e históricos de cada realidad nacional.

En el siguiente apartado, se dará una visión general del conjunto de normativas internacionales, nacionales, provinciales y municipales que han servido en las distintas instancias del desarrollo del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes: como base para su creación, como aval necesario para la continuidad del mismo o que han surgido a partir de la práctica cotidiana.

Declaraciones y tratados internacionales

Declaración Internacional de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes

En primer término, resulta importante resaltar algunos de los puntos fundamentales de la Declaración Internacional de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes; adoptada el 20/11/1989 por todos los países del mundo a excepción de E.E.U.U. y Somalia, considerada como el principal instrumento legal a nivel mundial de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Dicho instrumento, es reconocido por muchos, como el punto de partida en el desarrollo del Campo de los derechos de la infancia y de la adolescencia y a su vez, como resultado de una lucha histórica dada por distintos autores para el reconocimiento de dichos derechos.

La Declaración, constituye un compromiso de la comunidad internacional con los niños, niñas y jóvenes para la protección de sus derechos civiles y políticos al igual que los de naturaleza económica, social y cultural. Establece en forma de ley internacional para los Estados Partes, la obligación de garantizar a todos los niños -sin ningún tipo de discriminación- el beneficio de una serie de medidas especiales de protección y asistencia; acceso a la educación y atención médica; condiciones para desarrollar plenamente su personalidad, habilidades y talentos; la posibilidad de contar

con la información sobre la manera en que pueden alcanzar sus derechos y ser parte del proceso en una forma participativa.

Considera que los niños deben dejar de ser considerados receptores pasivos de beneficios para convertirse en seres autónomos y sujetos de derecho, teniendo en cuenta que éstos requieren atención y protección especial por ser particularmente vulnerables y resaltando que se atenderá el interés superior del niño en todas las medidas que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos.

Respecto de niños y adolescentes, mental o físicamente impedidos, manifiesta que deberán disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten su participación activa en la comunidad.

La norma establece además, que los Estados Partes deberán garantizar el acceso gratuito y efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento, con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

Respecto al ámbito laboral se reconoce el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social; siendo responsabilidad de los Estados, adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales para fijar: edades mínimas para trabajar, reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo, penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación efectiva de la declaración.

Declaración de Caracas

Esta declaración, resulta ser una legislación marco fundamental, efectuada por la conferencia regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los sistemas locales de salud, convocada por OMS/OPS y aprobada en la reunión del 14/11/1990.

Entre los principales puntos a destacar, la declaración manifiesta que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con la atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Insta a la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de redes sociales y a la revisión crítica del papel hegemónico del hospital psiquiátrico con el principal objetivo de salvaguardar los derechos humanos y civiles y la dignidad de la persona.

Al igual que la declaración antes mencionada, esta normativa legal se presenta como uno de los principales marcos de referencia en cuanto a las recomendaciones de los grandes organismos internacionales para la promoción de modelos de asistencia basados en valores democráticos, de participación y enmarcados en la lógica del respeto a los derechos humanos.

Si bien en contextos como el nuestro, estas declaraciones se transforman por lo general en postulados de intencionalidad, no puede quitárseles el valor de constituir al menos un instrumento al que acudir al momento de promover políticas públicas que tiendan a la atención basada en la comunidad. Es de destacar también la intencionalidad respecto de la continuidad en la tarea de implementación de cambios respecto de la atención en salud mental dada por la creación del Foro de Autoridades de Salud Mental en Sudamérica, cuya primera reunión se ha dado en nuestro país en septiembre de 2007. En el marco de Proyectos de Cooperación Técnica entre países, el Foro se compromete, entre otras cosas, a priorizar la ejecución del WHO AIMS (Evaluación de los Sistemas de Salud Mental) en los países de la sub-región (Argentina, Uruguay, Chile, Paraguay, Brasil, Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia y Venezuela).

Principios de Brasilia

Resultan ser un conjunto de principios rectores para el desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, establecidos a partir de la reunión realizada en el año 2005, bajo el lema “Conferencia Regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas”, con la participación de funcionarios de OMS/OPS, personal de salud mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares.

Durante esta conferencia se destaca la importancia de la Declaración de Caracas, utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en informes relacionados con Derechos Humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales.

Tomándose como referencias exitosas a la reforma de atención psiquiátrica en Brasil, Chile y Cuba, se reitera la validez de los principios rectores de Caracas, y se advierte que los servicios de salud mental deberán afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en los últimos quince años, como la vulnerabilidad psicosocial y específicamente la problemática psicosocial en la niñez y la adolescencia.

Los principios rectores, resultado de dicho encuentro, orientan la reforma en la atención de salud mental a nivel global y han sido los incluidos en el Informe de Salud Mental de 2001.

Marco legal a nivel nacional

Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la República Argentina N° 26.061

A nivel nacional podría destacarse como principal normativa en relación a la temática y a la población sujeto del programa a la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la República Argentina. Esta ley, tiene como principal objetivo garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación es parte.

Insta a que las políticas públicas de la niñez y adolescencia se elaboren de acuerdo a las siguientes pautas: la descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficacia; la gestión asociada de los organismos de gobierno en sus distintos niveles en coordinación con la sociedad civil, con capacitación y fiscalización permanente; la promoción de redes intersectoriales locales; la constitución de organizaciones y organismos para la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; entre otras.

Reconoce como Sistema de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes a aquel conformado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, y establece los

medios a través de los cuales se asegura el efectivo goce de los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, demás tratados de derechos humanos ratificados por el Estado argentino y el ordenamiento jurídico nacional.

Legislación específica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires relacionada con la temática

Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En el marco de las políticas especiales y respecto del área de la salud se compromete a garantizar el derecho a la salud integral que, según la carta, estaría directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. Tomando al gasto público en salud como una inversión social prioritaria, asegurándose a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.

Determina en uno de sus artículos que las políticas de salud mental deberán reconocer la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales, los cuales no deberán tener como fin el control social. Se deberá propender además a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social.

En relación a la temática de la educación y trabajo, determina la responsabilidad de la ciudad respecto de fomentar la vinculación de la educación con el sistema productivo, capacitando para la inserción y reinserción laboral. Se compromete a generar políticas y emprendimientos destinados a la creación de empleo, teniendo en cuenta la capacitación y promoción profesional con respeto de los derechos y demás garantías de los trabajadores. Promueve el desarrollo de las pequeñas y medianas empresas, los emprendimientos cooperativos, mutuales y otras formas de economía social, poniendo a su disposición instancias de asesoramiento, contemplando la asistencia técnica y financiera.

En lo que respecta a la población sujeto del programa, destacamos que la carta reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos de sus derechos y les garantiza su protección integral. Se compromete a garantizar a la juventud la igualdad

real de oportunidades y el goce de sus derechos a través de acciones positivas que faciliten su integral inserción política y social y aseguren, mediante procedimientos directos y eficaces, su participación en las decisiones que afecten al conjunto social o a su sector.

Respecto de las personas con necesidades especiales reconoce el derecho a su plena integración, a la información y a la equiparación de oportunidades, ejecutando políticas de promoción y protección integral, tendientes a la prevención, rehabilitación, capacitación, educación e inserción social y laboral.

Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153

La ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral. Dicho concepto se sustenta en principios tales como: la concepción integral de la salud vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente; el desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad; la participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo; la solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud; el acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual; la cobertura universal de la población y la gratuidad en las acciones de salud; el gasto público en salud como una inversión social prioritaria; el acceso y utilización equitativos de los servicios; la priorización de la estrategia de atención primaria; la descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales.

La ley describe al sistema de salud integrado por el conjunto de recursos de dependencia estatal, de la seguridad social y privada que pertenezcan al territorio. Según la ley, incumbe a la autoridad de aplicación (Secretaría de Salud): la formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios de la ley y de la Constitución de la Ciudad, siendo prioridad la promoción y prevención, la constitución de redes asistenciales y niveles de atención, la descentralización y el desarrollo local de la capacidad de gestión, la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica, sanitaria y la planificación estratégica.

Destacamos entre los objetivos del subsector estatal de salud: el intentar disminuir las desigualdades permitiendo el acceso universal, equitativo e integral a la salud, priorizando la atención a los grupos más vulnerables. En cuanto al tema de incumbencia, la ley destaca la responsabilidad del subsector estatal en la atención integral de las personas con necesidades especiales promoviendo las acciones necesarias para su rehabilitación funcional y reinserción social.

La ley se complementa con legislación específica, entre ellos la legislación en temas de salud mental, que contempla lineamientos tales como: el respeto a la singularidad de los asistidos, el evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o macificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios; la desinstitucionalización progresiva a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existentes, implementándose para tal fin modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.

Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448

El objetivo de esta ley es garantizar el derecho a la salud mental de toda la población de la ciudad, a través de la asistencia integral de los pacientes y a una eficaz interacción de los dispositivos asistenciales.

Los lineamientos básicos en cuanto a salud mental son promover la desinstitucionalización y la descentralización de la atención.

Entre las acciones a desarrollar se destacan la promoción del trabajo interdisciplinario, la asistencia eficaz y rápida, la prevención y la rehabilitación e inclusión social de las personas afectadas por alguna forma de padecimiento psíquico.

En cuanto a las modificaciones en el conjunto de servicios se determina que: en aquellos hospitales que dispongan de salas de internación se tenderá a reducir al máximo el tiempo de permanencia en los mismos y se instrumentarán programas tendientes a la externación y autonomía de las personas considerando la importancia de la preservación de los vínculos familiares y sociales; se habilitarán Casas de Medio Camino; se aumentarán los Hospitales de Día; se promoverán programas de Emprendimientos Sociales; se fortalecerán los dispositivos asistenciales existentes, entre ellos los Talleres Protegidos; en los Hospitales Polivalentes se incorporarán las guardias interdisciplinarias de salud mental.

La garantía del derecho a la salud mental se sustenta, en consonancia con la ley básica de salud, en el reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.

La ley promueve: desarrollo con enfoque de redes de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, y la articulación efectiva de los recursos de los tres subsectores; la intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental; la articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario; la internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios; el respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en salud mental; destaca la función del Estado como garante y responsable del derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria, el cual deberá evitar políticas, técnicas y prácticas que tengan como fin el control social.

Destaca como derecho de toda persona en relación al sistema de salud mental, el de la rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria.

La autoridad de aplicación, que conduce, regula y controla el sistema de salud mental, tendrá entre sus funciones: la articulación de políticas y actividades de salud mental con los municipios del Conurbano Bonaerense, orientados a la constitución de una red metropolitana de servicios de salud mental; la concertación de políticas de salud mental con los gobiernos nacional y provinciales; deberá convocar al Consejo General de Salud Mental para establecer acuerdos respecto del las políticas del sector.

La autoridad de aplicación deberá contemplar siempre la convocatoria y la inclusión del grupo familiar u otros referentes de la red social de las personas asistidas como uno de los ejes permanentes de atención y la reinserción social mediante acciones desarrolladas en conjunto con las áreas de Trabajo, Educación, Promoción Social y

aquellas que fuesen necesarias para efectivizar la recuperación y rehabilitación del asistido.

Se reconoce en este marco legal a los Emprendimientos Sociales como uno de los efectores del sistema y se los define de la siguiente manera:

“Se entiende por emprendimiento social dependiente del subsector estatal del Sistema de Salud Mental al dispositivo de estrategia comunitaria que tiene por fin la promoción de la salud y la integración de las personas utilizando como medio la producción, la capacitación en tarea y la comercialización de bienes y servicios.”

Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires N° 114

La ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, reconociendo que los mismos deberán entenderse como complementarios de otros reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, los Tratados Internacionales en los que el Estado Argentino sea parte y la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.

Reconoce como deber de la ciudad el propiciar participación social de los niños, niñas y adolescente y garantizar todas las oportunidades para su pleno desarrollo físico, psíquico, moral, espiritual y social, en condiciones de libertad, igualdad y dignidad.

Reconoce el derecho a la salud integral, a la educación a la formación integral. Según sus enunciados, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la educación con miras a su desarrollo integral, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía, su formación para la convivencia democrática y el trabajo, garantizándoles el disfrute de los valores culturales, la libertad de creación y el desarrollo máximo de las potencialidades individuales.

Entre los ejes que sustentan las políticas públicas de protección integral de los derechos se mencionan entre otros: la necesidad de descentralizar los organismos de aplicación de los programas específicos de las distintas políticas de protección integral a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficiencia; y la necesidad de elaborar, desarrollar, monitorear, articular y evaluar los programas específicos de las distintas áreas de salud, educación, vivienda, recreación, trabajo, deporte, cultura, seguridad pública y social, con criterios de intersectorialidad e interdisciplinariedad y participación activa de la comunidad.

Reconoce además el derecho a la no explotación. Las niñas y los niños tienen derecho a no trabajar. Las personas mayores de catorce años pueden hacerlo conforme a las modalidades establecidas en la legislación vigente.

Determina la creación en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes como organismo especializado que tiene a su cargo las funciones que le incumben a la Ciudad en materia de promoción y protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Siendo las funciones de dicho organismo: definir la política anual del organismo a través de un Plan que articule transversalmente la acción de gobierno en todas las áreas y enunciar los criterios para la formulación estratégica de la misma; diseñar y aprobar los programas necesarios para el cumplimiento de los derechos consagrados y ratificados por la presente ley; asesorar y proponer al Gobierno de la Ciudad las políticas del área; articular las políticas públicas de todas las áreas de gobierno, en los aspectos vinculados con la infancia y la adolescencia; elaborar proyectos legislativos específicos; promover la participación social de niñas, niños y adolescentes para el ejercicio pleno de la ciudadanía; realizar estudios, relevamientos, diagnósticos situacionales, investigaciones y recabar información de cualquier organismo público o privado; arbitrar los medios de seguimiento y control sobre los organismos del Gobierno de la Ciudad y las organizaciones no gubernamentales involucradas en la ejecución de políticas públicas; recabar, recibir y canalizar las inquietudes de niños, niñas y adolescentes.

Ley marco de las políticas para la plena participación e integración de las personas con necesidades especiales Ciudad de Buenos Aires N° 447

Esta normativa prevé la inclusión de personas con necesidades especiales en programas sociales, subprogramas, proyectos y actividades específicamente destinados, a desarrollarse por la Secretaria de Desarrollo Social; incluyendo además a personas que “acrediten” su situación “especial” mediante un certificado expedido por el Ministerio de Salud de la Nación. Según la misma, el conjunto de actividades estará destinado a la prevención, rehabilitación, equiparación de posibilidades y oportunidades para la plena participación e integración social y económica de estas personas; en los ámbitos relacionados con el trabajo, la salud, la educación, el hábitat, el transporte, la cultura, el deporte, la recreación, etc.

Panorama actual configurado por el marco legal

El conjunto de normas descriptas, dan al Programa un marco de legalidad que ha posibilitado fundamentalmente la permanencia del mismo.

La inclusión de los Emprendimientos Sociales como parte de los efectores del sistema de salud mental, ha sido uno de los principales logros que los propulsores de la práctica reconocen luego de años de trabajo.

Sin embargo, se hace cada vez más urgente la aprobación de una legislación específica relacionada con el tema. Es así como, varios proyectos de ley de Empresas Sociales de Salud Mental han emergido en los últimos tiempos, elaborados en la mayoría de los casos, por grupos de profesionales implicados en la tarea.

Uno de los proyectos de ley elaborado en el año 2000 por profesionales implicados en el desarrollo de Emprendimientos Sociales en general y no sólo de Salud Mental, toma como fundamentación para la creación de una ley de Empresas Sociales de Salud Mental, algunos de los postulados de OPS – OMS, la Conferencia de Caracas, y la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires; además de tomar como referencia a las experiencias dadas a nivel de Europa, Latinoamérica y específicamente a nivel nacional en las provincias de Río Negro y San Luis.

Básicamente toma las definiciones de la Empresa Social del modelo italiano y las complementa con aquellas propuestas por la Ley 448, intentando promover que distintas áreas de gobierno puedan implementar Empresas Sociales en las que se integren usuarios del sistema público de salud.

Proponiendo como autoridad de aplicación a la Secretaría de Salud, quien coordinaría acciones con otras Secretarías pertenecientes a las áreas de Desarrollo Económico, Promoción Social, Educación, Trabajo y/o con Organizaciones No Gubernamentales, el proyecto determina la necesidad de crear un marco legal y administrativo específico para que las Empresas Sociales puedan celebrar convenios con entes públicos y privados para la provisión de bienes o servicios y para el otorgamiento de ciertos beneficios en razón de la población con la que se trabaja, además de poder contar con beneficios a nivel impositivo, previsional, de cobertura en base a riesgos y, finalmente constituirse como entidades jurídicamente independientes y reconocidas.

Otro de los proyectos de similares características se ha presentado a fines del año 2008 en el contexto de la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires. En caso de aprobarse una ley de estas características, cambiaría por completo el panorama en

cuanto al desenvolvimiento de esta práctica, en el sentido de dar institucionalidad a la misma y por ende continuidad de acción.

CAPÍTULO VI.C. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL PARA ADOLESCENTES SEGÚN LAS REPRESENTACIONES DE LOS USUARIOS

En el siguiente apartado se reconstruyen y analizan las representaciones de los usuarios respecto de su participación en el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, a partir de la información que resulta de las encuestas suministradas.

No podría afirmarse que el conjunto de la población entrevistada resulte totalmente representativa del universo de usuarios que han transitado por el programa desde los comienzos del mismo.

Debido a la dificultad de rastrear a los usuarios que han transitado por el programa, tal como se hiciera mención en el apartado sobre metodología, la muestra seleccionada ha intentado abarcar, a través de la selección no aleatoria, a un grupo heterogéneo de usuarios según tres criterios fundamentales: **emprendimiento en el cual participa** (Gastronomía, Estampado de remeras, Construcción de Títeres), **instancia de derivación** (Salud, Comunidad) y **antigüedad en el programa** (6 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses).

La selección de estos 3 criterios, ha tenido que ver con la intencionalidad de abarcar las 3 variables fundamentales que, se supone, podrían determinar diferencias en cuanto a los resultados generados por el programa. La comparación entre las respuestas dadas por los diferentes sub-grupos, ha permitido realizar ciertas inferencias respecto del cumplimiento de los objetivos del programa que quedan plasmadas en los siguientes párrafos.

Tal como se ha mencionado en los anteriores capítulos, la población sujeto de este tipo de programa y dispositivo, está conformada por un lado, por adolescentes y jóvenes con trastornos mentales severos derivados desde distintas instancias o servicios de salud mental, y por el otro, por adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad psicosocial derivados de instituciones, organizaciones o programas comunitarios. La variable que tiene que ver entonces con la instancia de derivación se mantendrá constante para la evaluación de las otras variables, a los fines de determinar si existen o no diferencias en cuanto a los resultados del programa producidos en los dos grupos poblacionales. La otra variable considerada importante al momento de analizar las respuestas, tiene que ver con la antigüedad en el programa de cada usuario, es por eso

que también se ha decidido mantenerla constante al momento de analizar todas las respuestas dadas.

A través del análisis de las respuestas dadas por los jóvenes se intentará determinar cual es el nivel de alcance de los objetivos planteados por el programa. Para ello se han establecido las siguientes categorías a indagar: resultados del programa en cuanto a oportunidades de educación, resultados del programa en cuanto a oportunidades de trabajo, expectativas al comienzo y finalización de la participación en el programa, satisfacción con el programa, modificaciones en cuanto a las representaciones de familiares y núcleo social en general.

El posible sesgo que pudiera generar la falta de información suministrada por usuarios del programa en tiempos pasados, se ha intentado evitar a partir de la complementación de la información obtenida en las encuestas con la experiencia personal acumulada, debido a mi involucramiento en el desarrollo del programa durante más de 3 años.

Además de ello, la triangulación de la información obtenida de las encuestas a usuarios, con aquella suministrada por los profesionales (tanto a partir de las entrevistas y grupos focales como de la información plasmada en los legajos de cada usuario), me permite afirmar que los resultados generados por las encuestas, dan muestra en términos generales de los principales resultados del programa.

Perfil de la población

Usuario	Edad	Sexo	Vivienda*	Derivación**	Emprendimiento***	Antigüedad en el programa medida en meses
1°	21	F	I	C	G	6
2°	18	F	F	S	T	12
3°	15	F	F	S	R – G	12
4°	19	F	F	C	G	18
5°	19	F	F	C	T	18
6°	20	F	F	C	G	18
7°	19	M	F	S	R – G	24
8°	22	F	F	S	T	24
9°	18	M	I	C	G	6
10°	17	F	F	S	G	12
11°	19	F	I	C	G	6
12°	18	M	F	S	T – R	6
13°	21	F	F	C	G	6
14°	17	M	F	C	R	12
15°	20	M	I	C	R	24
16°	19	F	F	S	T	24

*

F= “Vive con su familia”

I= “Vive en una institución”

**

S= “Derivado desde instancias salud”

C= “Derivado desde instancias comunitarias”

G= Emprendimiento de Gastronomía

R= Emprendimiento de Estampado de Remeras

T= Emprendimiento de Construcción de Títeres

Tal como se hiciera ya mención, la muestra seleccionada no puede considerarse representativa de todo el universo de los sujetos que han participado del programa, pero se considera representativa del universo de usuarios participantes actuales del programa.

A partir del cuadro, puede observarse que la muestra abarca a usuarios de los diferentes emprendimientos, con diferente antigüedad en el programa y con distinto tipo de derivación.

Las variables Edad, Sexo y Vivienda, dan muestra además, de que la población sujeto del programa se compone de un grupo heterogéneo en relación a estos criterios.

Como se mencionaba en los apartados respecto de las características del dispositivo de Empresa Social, al tratarse de un dispositivo de salud mental, se intenta mantener siempre ciertos porcentajes (60%) de población derivada de instancias de salud mental y con diagnóstico de Trastornos Mental Severo (si bien es condición para el ingreso al mismo el haber alcanzado cierto nivel de estabilidad de la enfermedad, con alta, pre-alta o en tratamiento ambulatorio). El 40% restante, estará integrado por jóvenes de la comunidad en situación de vulnerabilidad psicológica, social y/o económica.

Estos porcentajes no se han tenido en cuenta para la selección de los adolescentes a ser encuestados, sino que se ha intentado indagar las representaciones de los usuarios en iguales proporciones ya sea derivados de salud (7 encuestados) como derivados de comunidad (9 encuestados).

Cabe aclarar que la mayoría de los usuarios derivados desde salud mental son pacientes o ex-pacientes del hospital Dra. Carolina Tobar García (además de algunos derivados de otras instancias de salud, tal como se hiciera mención en la descripción del programa).

Varios de los jóvenes, tanto de aquellos derivados de salud como los derivados de comunidad, no habita en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sino que concurre desde el Gran Buenos Aires. Como puede observarse, aproximadamente la mitad de los usuarios derivados desde la comunidad habita en hogares compartidos con sus familiares y la otra mitad vive en instituciones (hogares dependientes del Gobierno de la Ciudad de Bs. As.).

En la actualidad, la mayor parte de la población derivada de instancias comunitarias, proviene del programa “Reconstruyendo Lazos” de la Dirección General de de Niñez y Adolescencia del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En este sentido, se cumple con la premisa de los idearios de la Empresa Social en términos de tratarse de una estrategia de salud mental llevada a cabo por fuera de los ámbitos mismos de asistencia en salud, lo más alejado de las actividades desempeñadas bajo lógicas clínicas y con poblaciones padecientes, acercándose en cambio al desarrollo de tareas en un ambiente real acompañado de pares.

En el apartado siguiente, respecto de las representaciones de los profesionales, quedarán explicitadas con mayor precisión las dinámicas grupales que favorecen este tipo de composición del dispositivo.

Influencia del programa en las oportunidades de educación

Usuarios *	Estudiaba al comenzar a participar del programa **	Estudia actualmente **	Nivel educativo alcanzado **	Influencia del programa en las oportunidades de Educación
1° C 6	No	No	Sec. Incomp.	Si
9° C 6	Si	No	NS/NC	Si
13° C 6	Si	Si	Prim. Comp.	Si
11° C 6	Si	No	Prim. Comp.	Si
12° S 6	Si	No	Sec. Incomp.	No
14° C 12	Si	Si	Sec. Incom.	Si
2° S 12	No	No	Sec. Incomp.	NS/NC
3° S 12	Si	No	Sec. Incomp.	NS/NC
10° S 12	No	No	NS/NC	Si
4° C 18	No	No	Prim. Incomp	Si
5° C 18	Si	Si	Sec. Incomp.	No
6° C 18	No	No	Sec. Incomp.	No
15° C 24	Si	Si	Prim. Incomp.	Si
7° S 24	No	Si	Sec. Incomp.	Si
8° S 24	Si	No	Sec. Incomp.	Si
16° S 24	No	No	Sec. Incomp.	No

* Se incluye en este cuadro y en los siguientes, al lado del número de entrevista, la instancia de derivación al programa (S= salud, C= comunidad) y la antigüedad en el programa en meses.

** Se hace referencia sólo al sistema formal de educación.

Tal como puede observarse en el cuadro, si se comparan los resultados entre la segunda y la tercera columna, no se destacan cambios significativos en cuanto a la integración al sistema formal de educación por parte de los usuarios. A pesar de ello, la mayoría de los usuarios reconocen la influencia del programa en sus oportunidades de educación, haciendo mención aquí no sólo a su integración o reintegración al sistema formal, sino también en cuanto a cursos de formación laboral.

Entre algunas de las respuestas dadas por los usuarios respecto del por qué sienten que el programa los ha ayudado en sus oportunidades de educación, pueden mencionarse las siguientes:

Usuarios derivados de instancias Comunitarias:

“Porque aprendí un curso con salida laboral y porque aparte me ayudaron a anotarme en el secundario.”

“Por que yo no tenia ganas de estudiar y acá sentí mucho apoyo.”

“El próximo año quiero retomar el colegio.”

Usuarios derivados de instancias de Salud:

“Por que todos me apoyaron para regresar al colegio.”

“Gracias a este programa pude realizar un curso de gestión de empresas en la Universidad de Quilmes.”

“Me ayudan a aprovechar más de la vida y a querer aprender más, como por ejemplo ahora estudio repostería.”

Estas respuestas ilustran de algún modo el grado de empoderamiento sentido por los adolescentes y jóvenes respecto de su rol como estudiantes, un modo de posicionarse respecto de este rol que da cuenta, por un lado de la necesidad de sentir el apoyo de un adulto referente para iniciar o continuar con sus actividades educativas, y por el otro, la posibilidad de encontrar, a parte de la educación formal, otro tipo de instancias de formación.

En cuanto a “la ayuda” que los adolescentes reciben por parte de los profesionales, éstos reconocen no solamente el hecho mismo de que se los inste verbalmente a continuar con sus estudios, sino también el acompañamiento en cuanto a tareas concretas de inscribirse en la escuela, presentar determinada documentación, etc.

En este sentido, la preocupación demostrada por un Otro que se torna relevante en la vida de los adolescentes y jóvenes, constituye un factor importante que contribuye también al empoderamiento mencionado anteriormente.

Resulta fundamental en este apartado, mencionar una diferencia entre aquellos sujetos que han padecido crisis de salud mental y aquellos que no. Si bien los contextos sociales y económicos de los cuales provienen todos los usuarios que participan en el programa se asemejan (en términos de provenir en su mayoría de hogares pobres, de ser hijos de padres que no han alcanzado en su mayoría a completar sus estudios, etc.), la imposibilidad de dar continuidad a los estudios debido a crisis que han implicado internaciones más o menos prolongadas es real. A partir de ello, la articulación entre los

profesionales del programa, los profesionales del hospital y los familiares, resulta fundamental al momento de sostener o retomar los estudios. En estos términos se estima que el programa contribuye cualitativamente en este complejo proceso.

El proceso de apoyo y seguimiento en cuanto a este tipo de inserción resulta difícil de plasmar en términos cuantitativos, pero como puede notarse a partir de los relatos de los usuarios, se evidencian cambios en cuanto a la dimensión subjetiva de los usuarios.

Los cambios sentidos en relación al posicionamiento subjetivo respecto de los estudios, la posibilidad de acceder a la información sobre una variedad de alternativas a nivel de formación y educación, además del acompañamiento real y concreto realizado por los profesionales en relación a instancias educativas, son parte de los resultados que alcanza el programa en términos de la promoción de valores de salud mental. La posibilidad de un adolescente de desempeñarse en su rol de estudiante hace al mejoramiento en instancias cotidianas de su salud mental.

Influencia del programa en las oportunidades de trabajo

Usuarios	¿Qué hacía al momento de comenzar a participar del programa?	¿Qué hace actualmente?	Descripción Ocupación- Trabajo actual/último	Influencia del programa en las oportunidades de trabajo
1° C 6	1 - 3 - 4	9 - 3 - 4	En el programa	Si
9° C 6	5	3 - 8	No trabajó nunca	Si
13° C 6	3- 5	3 -5	En el programa	NS/NC
11° C 6	3 - 4 - 7 - 5	9	Changas	NS/NC
12° S 6	5	2	No trabajó nunca	Si
14° C 12	5	5 - 6	Cajero, promotor	Si
2° S 12	2	NS/NC	No trabajó nunca	Si
3° S 12	3 - 5 - 8	7 - 8 - 9	Empleada doméstica/niñera	NS/NC
10° S 12	3	3 - 10	No trabajó nunca	Si
4° C 18	1	1	No trabajó nunca	No
5° C 18	5	5	Empleado en panadería	Si
6° C 18	1 - 3	3 - 9	En el programa	No
15° C 24	5	5	Pasantías y cursos	Si
7° S 24	1 - 3	3 - 7 - 8 - 9 - 5	Albañil, repositor, empleado	No
8° S 24	5 - 7	6	Empleado en panadería y comercio	Si
16° S 24	3 - 7	1	Mucama	Si

- 1- Desocupado que busca trabajo
- 2- Desocupado que no busca trabajo
- 3- Realiza tareas en el hogar
- 4- Realiza tareas voluntarias
- 5- Estudiante
- 6- Trabaja tiempo parcial en blanco
- 7- Trabaja ocasionalmente (changas)
- 8- Trabaja tiempo parcial en negro
- 9- Trabaja en el programa (lo marcan a pesar de que en la encuesta se les dice que sólo marquen lo que hacen por fuera del programa)
- 10- Hace cursos de capacitación

Si bien en las encuestas suministradas se daban más opciones de respuesta en cuanto al trabajo desempeñado y su modalidad, para plasmar los resultados se han resumido las respuestas en las 10 opciones mencionadas debajo del cuadro.

Si se decidiera medir la efectividad del programa en base a uno de sus principales objetivos, la Inserción Laboral, en términos de indicadores “duros”, no podría afirmarse que el dispositivo es efectivo en tanto logro de dicho objetivo en la mayoría de la población usuaria. Como puede observarse, de la muestra seleccionada de 16 jóvenes, la mitad de ellos afirma estar trabajando en la actualidad, ya se trate de trabajo tiempo parcial o completo, en blanco, en negro, realizando changas o “trabajando en el programa”. De todos modos, como puede observarse a través del cuadro, sólo 4 de los usuarios encuestados han finalizado los 2 años de programa estipulados y es sólo a partir de estos 4 casos que debiera evaluarse la efectividad en estos términos.

Al igual que en el ítem educación, gran parte de los procesos vivenciados por los usuarios no pueden evaluarse en términos cuantitativos y es por ello que resulta importante mencionar textualmente algunos de los factores identificados por ellos mismos en cuánto a cómo el programa los ha ayudado en sus oportunidades de trabajo.

Usuarios derivados de instancias Comunitarias:

“Influye ya que puedo anotarlo en mi currículum en caso de que busque empleo.”

“Me ayudó mucho estar en el emprendimiento para tener una referencia laboral.”

Usuarios derivados de instancias de Salud:

“Por que puedo asumir responsabilidades como horarios.”

“El haber trabajado en este programa me dio la posibilidad de saber trabajar en otro programa donde hoy lo estoy haciendo.”

“Me ayuda a informarme más acerca de cómo trabajar y progresar.”

“Me ayuda por que ahora tengo plata.”

“A través de los emprendimientos conocí al programa Reconstruyendo Lazos y trabajé en el hotel Bahuen.”

Tal como se observa en la segunda columna, la gran mayoría de los usuarios, al comenzar a participar del programa, no trabajaban, y muchos de ellos nunca habían trabajado. Los que sí lo habían hecho, mencionan haber realizado en su mayoría trabajos que requieren niveles bajos o medios de calificación y siempre llevados a cabo en relación de dependencia.

Varios de ellos realizaban actividades en sus hogares, desempeñaban tareas de voluntariado, estudiaban. A pesar de no estar trabajando y de tener una edad en que lo

esperable es estarlo, sólo algunos se reconocen como “desempleados”, estando algunos de ellos en la búsqueda de empleo y otros no.

Para la gran mayoría de los usuarios, el programa se inscribe entonces como primera experiencia vital de trabajo, lo que le otorga un grado de valor importante.

Si bien en la encuesta se especifica, al momento describir el trabajo desempeñado actualmente o el último, el no incluir su desempeño en el programa, varios de los usuarios lo incluyen, sobre todo aquellos que por fuera del programa no desempeñan otras actividades laborales. Este dato puede interpretarse como un indicador positivo en tanto que el programa intenta presentarse como una instancia de capacitación lo más próxima al desarrollo de una actividad de trabajo real.

A pesar de ello, podrá observarse a través de respuestas de aquellos usuarios que sí poseen experiencias laborales previas, las diferencias vivenciadas entre su desempeño en el programa y su experiencia laboral por fuera del mismo. Algunos de los relatos a destacar son los siguientes:

Usuarios derivados de instancias de la Comunidad:

“Que en el trabajo en que estaba antes los jefes eran muy malhumorados, en cambio en el emprendimiento te escuchan.”

“La diferencia es que en un trabajo común tenés que trabajar 7 hs. completas. En el programa trabajás 5 hs. nada más y no es mucho lo que hay que hacer.”

Usuarios derivados de instancias de Salud:

“Que es mucho más liviano trabajar en el programa.”

“Que antes hacía changas y no tenía tantos compañeros.”

“Cuando trabajé en una casa limpiando no estaba segura ni conforme con lo que hacía.”

Se puede inferir, a través de estas afirmaciones, que el ámbito de trabajo en los emprendimientos del programa se transforma en un ambiente “semi-protegido” para los adolescentes y jóvenes. Si bien lo reconocen como un trabajo, admiten también las diferencias respecto de trabajos desarrollados en el mercado normal del trabajo.

Como puede observarse también, a partir del cuadro confeccionado, la gran mayoría de los usuarios reconoce que el programa ha influido en sus oportunidades de trabajo, haciendo mención sobre todo a que pueden incluirlo como experiencia laboral en su Currículum Vitae, que los ayuda a asumir responsabilidades y hábitos necesarios al momento de conseguir y sostener un empleo, además de otorgarles la posibilidad de manejarse más autónomamente al disponer de un dinero obtenido por su desempeño.

Expectativas respecto del programa

Usuarios	Expectativas al momento de ingresar al programa
1° C 6	NS
9° C 6	NS
13° C 6	NS
11° C 6	NS
12° S 6	NS
14° C 12	P
2° S 12	E
3° S 12	T
10° S 12	NS
4° C 18	NS
5° C 18	T
6° C 18	T
15° C 24	E
7° S 24	NS
8° S 24	T
16° S 24	P

T= Trabajo Normal (con pago, responsabilidades, horarios, niveles de jerarquía, etc.)

P= Pasantía Laboral (capacitación con pago)

E= Emprendimiento (desarrollo de un emprendimiento con reparto de ganancias)

NS= No sabía nada del programa

Tal como puede observarse, más de la mitad de los usuarios encuestados, tanto derivados de instancias de salud como de instancias comunitarias, no sabían nada al momento de integrarse al programa. No puede determinarse relación alguna entre la variable “instancia de derivación” y el conocimiento o no del programa, si bien, luego de la implicación en el mismo, la opinión de aquellos usuarios que transitaron por experiencias en el ámbito del hospitalario reconocen algunas de las diferencias vivenciadas entre los talleres del hospital y los emprendimientos desarrollados por fuera del mismo.

Reconocen en primer lugar que se trata de un emprendimiento y no de un taller, que en el ámbito de los emprendimientos se cuidan más las herramientas, tienen

ganancias, son más los que participan, y algunos reconocen que al no estar internados “se manejan más libremente” y tienen “más ganas de participar”.

Del resto que sí tenía alguna idea sobre lo que iría a realizar en el ámbito del programa, se han establecido 3 categorías a los fines de plasmarlo gráficamente, ya que este ítem en el cuestionario se presentaba como una pregunta abierta. De este grupo entonces, las proporciones son similares entre los que suponían que irían a realizar una pasantía laboral, los que pensaban que llevarían a cabo un emprendimiento y que se distribuirían las ganancias generadas por el mismo y los que pensaban que el programa era “un trabajo”.

Se ha indagado además, sobre si los usuarios conocían el grupo de pares con el que compartirían las actividades del programa. Respecto de los usuarios derivados de instancias de salud, la mayoría de ellos respondió que no esperaba encontrarse con otros jóvenes que no fueran del hospital. Lo mismo sucedió con los jóvenes derivados de instancias de la Comunidad, de los cuales ninguno supuso encontrarse con jóvenes que hubieran sufrido algún problema de salud mental.

A pesar de ello, cuando se indaga respecto de la conformidad o no con el grupo de pares con quienes comparte las actividades, ninguno hace mención siquiera a diferencias sentidas en base a los 2 grupos. Esto quedará más claro cuando, en el apartado dedicado a indagar sobre las representaciones de los profesionales, ellos hagan referencia a la integración de los grupos.

Respecto de las expectativas de los usuarios, se ha indagado también, cuáles de ellas se tienen para el momento en que se estima la finalización de su participación en el programa, sobre todo en términos de posibilidades de encontrar y sostener un trabajo y qué tipo de trabajo.

Entre las respuestas dadas, se pueden transcribir a modo de ilustración las siguientes:

Usuarios derivados de instancias de la Comunidad:

“Espero poder trabajar en panadería o algo que se relacione como por ejemplo ayudante de cocina. También soy fotógrafa y puedo emprender yo misma pintura de remeras.”

“Me siento con capacidad de trabajar y sostener un trabajo. Me encantaría trabajar de ayudante de cocina.”

“No se, cuando termine el programa ya no sería lo mismo. No me gusta la idea de que se termine aunque me siento muy capacitada para tener y conseguir un trabajo. Pienso que las experiencias que tengo hasta ahora me van a servir mucho.”

“Por ahora no se que voy a hacer. Este mes termino y me gustaría seguir acá.”

“Me gustaría aprender panadería para trabajar con el panadero del hogar.”

Usuarios derivados de instancias de la Salud:

“Me siento con capacidad de encontrar un trabajo. Me gustaría trabajar en una inmobiliaria.”

“Yo ya me fui del emprendimiento y me siento más que capacitada para realizar cualquier otro trabajo.”

“Espero encontrar un trabajo de lo que estudio.”

“Me da miedo terminar el programa por que no estoy segura de qué voy a hacer. Me siento capacitada para trabajar en algún comercio.”

“En negocios, como empleada doméstica, etc.”

A partir de las afirmaciones, podemos concluir en que la mayoría de los usuarios esperan encontrar un trabajo que se relacione con la capacitación recibida a través del programa o con la formación previa. Las expectativas son positivas en cuanto a la posibilidad de encontrar un trabajo por fuera y de sostenerlo.

Este posicionamiento respecto del reconocimiento de las propias capacidades, se asocia, en algunos usuarios, con la sensación de cierto “temor” a abandonar los emprendimientos debido al “clima” generado con compañeros y profesionales y a cierta incertidumbre vinculada a la evidente dificultades de insertarse en el mercado de trabajo.

Satisfacción con el programa

Usuarios	Satisfacción respecto de la capacitación	Respecto del dinero que percibe
1° C 6	Si	Si
9° C 6	No	Si
13° C 6	Si	Si
11° C 6	NS/NC	NS/NC
12° S 6	NS/NC	No
14° C 12	NS/NC	Si
2° S 12	NS/NC	No
3° S 12	Si	Si
10° S 12	Si	Si
4° C 18	Si	NS/NC
5° C 18	Si	Si
6° C 18	Si	Si
15° C 24	NS/NC	NS/NC
7° S 24	Si	Si
8° S 24	Si	Si
16° S 24	Si	Si

Además de la satisfacción respecto de la capacitación recibida, entre los factores que los jóvenes reconocen como positivos dentro de las actividades desarrolladas en el programa se pueden identificar los siguientes: que se trabaja horizontalmente y que las decisiones se toman en conjunto, que existe solidaridad entre los grupos de pares y posibilidad de realizar tareas grupales, que se da un clima de respeto, buen trato y diálogo con los coordinadores.

Respecto del dinero que perciben por el desempeño de las tareas, los que demuestran conformidad reconocen que: al ser un emprendimiento se gana por producción y deben esforzarse ellos por aumentarla, que el dinero les ayuda para colaborar con la familia, para poder comprar lo que necesitan y para pagar deudas, que gracias a ello pueden seguir estudiando, que es justo en base al trabajo que desarrollan y que el trabajar medio día en los emprendimientos les permite continuar estudiando.

Cambios notados a nivel personal y del entorno familiar y social

Usuarios	Cambios notados a nivel personal	Cambios notados a nivel de su entorno familiar	Cambios notados a nivel de su entorno social
1° C 6	Positivos	Positivos	Positivos
9° C 6	No notó cambios	Positivos	Positivos
13° C 6	Positivos	Positivos	Positivos
11° C 6	NS/NC	NS/NC	NS/NC
12° S 6	Positivos	NS/NC	Positivos
14° C 12	NS/NC	NS/NC	NS/NC
2° S 12	Positivos	Positivos	Positivos
3° S 12	Positivos	Positivos	No notó cambios
10° S 12	Positivos	No notó cambios	No notó cambios
4° C 18	NS/NC	NS/NC	NS/NC
5° C 18	Positivos	Positivos	Positivos
6° C 18	Positivos	Positivos	Negativos
15° C 24	NS/NC	NS/NC	NS/NC
7° S 24	Positivos	Positivos	No notó cambios
8° S 24	Positivos	Positivos	Positivos
16° S 24	Positivos	No notó cambios	No notó cambios

A nivel personal, varios de los usuarios mencionan el hecho de sentirse más independientes, más seguros de sí mismos, de sentir más responsabilidades, de tener más cuidado en las tareas. La mayoría reconoce que se han mejorado sus posibilidades de relacionarse con las personas, algunos reconocen que ha cambiado su forma de ver el futuro.

Algunos de los cambios positivos notados según los jóvenes a nivel de su entorno familiar, tienen que ver con que se sienten más apoyados, que los familiares los ven como más responsables, maduros y con mayor capacidad de decidir por sus propios medios, es decir, en términos generales, que sienten mayor apoyo por parte de sus familiares. Algunos de los cambios positivos notados según los jóvenes a nivel del entorno social en general, tienen que ver con la posibilidad de relacionarse mejor con las personas de su edad y de sentir mayor libertad en cuanto a expresar lo que piensan y sienten.

CAPÍTULO VI.D. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL PARA ADELOSCENTES SEGÚN LAS REPRESENTACIONES DE LOS PROFESIONALES

A partir del desarrollo del siguiente apartado se procederá a reconstruir las representaciones de los profesionales implicados en el programa, en tanto informantes calificados. A través del trabajo sobre sus producciones discursivas, se indagó respecto de los siguientes ítems: impacto del programa en el ámbito de los usuarios y de sus familias, impacto del programa en el ámbito del sistema de salud mental, debilidades y fortalezas del programa, principales cambios dados en el eje temporal.

Impacto del programa en el ámbito de los usuarios

A partir de la evaluación de los resultados logrados en los destinatarios, según la perspectiva de los profesionales implicados en la tarea, se intentará dar un cuadro más completo a aquel panorama esbozado en apartados anteriores, que diera cuenta de la evaluación del cumplimiento de los objetivos según la perspectiva de los usuarios.

Respecto del principal objetivo del programa, que tiene que ver con la **inserción laboral** de los usuarios, los profesionales coinciden en que el logro fundamental se da en término de los procesos que se generan en los usuarios sobre todo en base a la construcción de un proyecto de vida.

Tal como se hiciera mención en el apartado anterior, si se procediera a medir los efectos del programa en base a la inserción de los usuarios en el mercado de trabajo, no se podría afirmar que el mismo fuera exitoso. Pero, teniendo en cuenta las limitaciones dadas según una realidad caracterizada por altos índices de desocupación, el bajo nivel de capacitación y la escasa experiencia laboral de los usuarios (no sólo debido a los contextos de los cuales provienen sino además debido a la corta edad de los mismos), se puede afirmar que la contribución principal que el programa realiza, se da en términos de la propia percepción de los usuarios en tanto sujetos capaces de construir su propio proyecto basado en intereses educativos, ocupacionales, laborales, etc.

La evaluación de los cambios vivenciados en los sujetos, se ha dado hasta el momento con altos niveles de informalidad, sobre todo, debido a que no se han podido implementar instrumentos estandarizados de evaluación.

A pesar de esto, como se puede observar a partir de las encuestas suministradas a los usuarios, la percepción que ellos mismos tienen sobre sus capacidades y expectativas, confirma lo que los profesionales afirman.

“El objetivo tanto del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes como de los programas con los que articulamos la labor (como el Programa Reconstruyendo Lazos) es que luego de la inclusión en el mismo los chicos se integren a un trabajo. El problema, como todos sabemos, es que no hay fuentes de trabajo. En el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, los usuarios pueden permanecer hasta los 2 años y luego se los ayuda a crear su propio emprendimiento, pero debido a las dificultades que existen, se trata de que el límite de tiempo determinado por el programa sea flexible.” (Trabajadora Social).

“A través de la Empresa Social se trata de que los jóvenes se transformen en emprendedores. Lo serán quizás algunos pocos, pero lo importante es trabajar en cuanto a que todos puedan comenzar a armar un proyecto de vida”. (Terapeuta Ocupacional).

Respecto de la **integración social**, otro de los objetivos centrales del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, los profesionales consideran fundamental el hecho de que el programa, desde sus inicios, haya implementado sus estrategias en tanto dispositivo comunitario, externo al ámbito del hospital, promoviendo la integración entre poblaciones con sufrimiento mental y sujetos no pertenecientes a este grupo.

La integración dada, no sólo a nivel de grupos de pares, sino también a nivel de redes de actores que se van creando y fortaleciendo, hacen al intento de borrar los límites entre una población “enferma” y una población “sana” y de reconocer la compleja subjetividad de cada individuo.

El trabajo cotidiano en este tipo de dispositivo, implica una continua puesta en cuestión, tanto de las poblaciones padecientes y de sus familiares, cuanto de los actores vinculados a la asistencia de las mismas. El trabajo en articulación con profesionales no pertenecientes al ámbito de la salud y con familiares de usuarios no padecientes de trastornos mentales, intenta justamente trabajar en pos de la reducción del estigma vinculado a la enfermedad mental.

En términos de la **modificación del status social**, según los profesionales implicados en la práctica, dicho objetivo se vincula principalmente con la modificación en cuanto a la identidad social del sujeto. A partir del trabajo y la producción, lo que se

intenta es alejar al sujeto respecto de la identificación en su rol de paciente, hacia la identificación respecto de su rol de trabajador y sujeto productivo. Respecto del alcance de este objetivo en los adolescentes asistidos en instituciones de salud mental, los profesionales coinciden en que el principal factor que favorece a dicha modificación tiene que ver con la heterogeneidad de los grupos en los que se integran los usuarios y la permeabilidad en cuanto a los emprendimientos en general, que hace a la permanente renovación de los grupos de actores implicados.

La diversidad en cuanto a la población participante contribuye a mejorar los resultados respecto de la producción misma de los emprendimientos. El trabajo en “ambientes reales” y el ejercicio de roles activos, hacen que los jóvenes puedan “correrse” del lugar de “enfermos” y, sobre todo, que sus pares dejen de verlos desde ese lugar.

“La inclusión de los adolescentes de la comunidad en el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes es central, por que es lo que garantiza comenzar con la integración en el emprendimiento. Es interesante observar la dinámica de los grupos cuando se integran jóvenes de la comunidad y jóvenes derivados del hospital. A los jóvenes que participan, por lo general, no les importa de dónde es cada uno. Algunos jóvenes derivados desde el Tobar ponen toda la energía en “tapar” que son del hospital y otros, al contrario, quieren mostrarlo todo el tiempo. Por lo general es a los padres a quiénes les cuesta más decir que su hijo concurre al Tobar”. (Terapeuta Ocupacional).

“La integración no sólo se da entre los adolescentes, sino también con los capacitadores y el público que compra los productos, en la medida en que ellos van a la comunidad a vender o gente de la comunidad viene a comprar a donde funcionan los emprendimientos. Del programa participan, además de los profesionales estables, estudiantes de distintas carreras, quienes en ocasiones no reconocen quiénes son los jóvenes derivados de la comunidad y quiénes los derivados de salud.” (Trabajadora Social).

“En el trabajo conjunto de los grupos, aparecen conflictos normales de grupo que no tienen que ver con los trastornos mentales. Si aparecen cuestiones como el prejuicio o el miedo, son trabajadas en los grupos en los mismos momentos en que se desarrollan los emprendimientos. Se busca que el grupo mismo vaya generando estas dinámicas, como algo que se vaya dando naturalmente durante el trabajo y no en reuniones, grupos o talleres impuestos. Aparte de los emprendimientos, se hacen

algunos grupos de reflexión sobre temas específicos (adicciones, salud sexual y reproductiva) y se dan asambleas de trabajo por emprendimientos, más que nada para tratar temas de organización del trabajo, reparto de ganancias, utilización de las becas, etc.” (Psicólogo).

“Cada emprendimiento, a nivel grupal, tiene su momento particular. A su vez, los grupos son permeables y la población fluctúa constantemente debido a ingresos y egresos de los jóvenes. Esto hace que muchos jóvenes, sin hacer distinción de donde provengan, deban servir como capacitadores de otros jóvenes. Entre otras cosas, el poder transmitir un conocimiento o enseñar una tarea a un par, ayuda a posicionarse en un lugar activo y no pasivo como en general se coloca a las personas con trastornos mentales.” (Psicólogo).

Respecto de los objetivos generales del programa que tienen que ver con la mejora de la **calidad de vida** de los usuarios y la **promoción de la salud integral**, no se aplican instrumentos que puedan, como en el caso de la calidad de vida, establecer algún criterio de medición de la misma. Tampoco se define desde el programa qué se entiende por ella. Según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A., 1997).

De todos modos, si se tienen en cuenta algunas de las áreas que se indagan a través de los instrumentos de medición, como por ejemplo la escala WHOQOL-BREF (satisfacción con respecto a su salud, capacidad de acción, frecuencia en cuanto a ciertos sentimientos, etc.) se puede afirmar que muchas de ellas son tenidas en cuenta durante las evaluaciones internas del programa, como se los logros en cuanto a la asunción de nuevos roles, a la toma de decisiones, al desarrollo de capacidades.

Impacto del programa a nivel del entorno sociofamiliar

El impacto del programa a nivel de las familias de los usuarios podría analizarse básicamente a partir de 2 objetivos principales del dispositivo, que tienen que ver, por un lado con **favorecer la colaboración de las familias en el proceso de integración sociolaboral** y por el otro, con **promover la valorización y jerarquización por parte**

del entorno sociofamiliar respecto del lugar de los jóvenes en tanto sujetos sociales.

Debido al alcance de esta investigación, no se ha decidido entrevistar a los familiares de los usuarios. Sin embargo, se han rastreado y analizado crónicas de las reuniones que se llevan a cabo con familiares y personas de referencia, en el caso de aquellos jóvenes que no son acompañados por familiares.

Como podrá notarse, a partir de los relatos de los profesionales, el trabajo en conjunto con familias y referentes se hace imprescindible al momento del alcance y sostén de los objetivos del programa.

“A través de los años de trabajo vimos la necesidad de generar espacios donde reunirnos con familiares o personas del ámbito cercano a los pibes, para que éstos pudiera apoyar los procesos por los que transitaban. Cotidianamente, nos dábamos cuenta de que existían ciertas cuestiones familiares “enquistadas”, como por ejemplo mucha quietud e inercia de parte de algunos familiares. En los emprendimientos los pibes “daban para más”, pero algo de la circulación social y familiar en el diagramar los proyectos propios se encontraban con un vacío muy grande. Se constituían como universos paralelos, por un lado el emprendimiento y por otro lado lo que sucedía en el ámbito familiar. Un objetivo importante del trabajo conjunto es dar apoyo a los familiares para sostener los cambios de los chicos”. (Psicólogo).

“Si desde el programa se moviliza a los jóvenes para que retomen la escuela, se debe saber si eso es apoyado por los padres o no. Otro ejemplo sencillo es que si los chicos cocinan en la casa algo que aprendieron acá puede que a su familia le moleste ese cambio de rol. ¿De qué vale alcanzar objetivos relacionados a cierta autonomía si no es sostenido por la familia o el entorno del joven? Es muy frustrante para todos si no existe ese apoyo”. (Trabajadora Social).

La orientación y el apoyo, tanto a familiares de jóvenes con problemáticas de salud mental como a aquellos que no los padecen, se traduce en intervenciones cotidianas.

Como parte de algunas de las cuestiones que surgen y sobre las cuales se realizan intervenciones podemos mencionar: el manejo del dinero, la factibilidad de aceptar ofrecimientos laborales, la toma de decisiones en base a cuestiones de estudio y/o de trabajo en general, las posibilidades de sostener un trabajo a pesar de la medicación, los miedos de los padres en cuanto a asunción de responsabilidades por parte de sus hijos, el apoyo a los proyectos personales de los jóvenes a pesar de que éstos no se traduzcan en posibilidades de inserción laboral, la visión realista por parte

de los familiares respecto de las capacidades y posibilidades de los jóvenes, el apoyo en el logro de mayor autonomía de los jóvenes.

Entre otras cuestiones: el manejo de los síntomas en el ámbito de la familia, el control de la medicación en el emprendimiento y en un futuro lugar de trabajo, el apoyo en relación a modificaciones generadas en la dinámica familiar a partir de cambios dados en los jóvenes, el manejo de los conflictos que se generan dentro de los emprendimientos y que se transmiten en el núcleo de las familias, los miedos respecto de posibilidades de reinternación, los miedos de los padres de jóvenes sin trastorno mental respecto de la integración de sus hijos en los emprendimientos, la posibilidad de dar continuidad en base a los logros luego de la finalización del período transitado en el programa, el apoyo frente a problemáticas propias del ciclo vital.

Además de ello, se debe llevar a cabo una continua transmisión de información respecto de los objetivos del programa, del por qué de la conformación de grupos heterogéneos y de la filosofía de Empresa Social en general, por tratarse de un dispositivo que “se sale del encuadre típico” al que los padres de usuarios de salud mental están habituados.

Impacto del programa a nivel del Sistema de Salud Mental y de la sociedad en general

Los principales objetivos del programa en tanto efector de salud mental, han tenido que ver, como ya se ha dicho, con la construcción de un **espacio comunitario para articular la salida del sistema de salud mental y el ingreso al medio productivo** de adolescentes y jóvenes usuarios del sistema de salud mental.

La particularidad del dispositivo ha implicado como tarea conjunta al desarrollo de los mismos, la de transmitir no sólo a los usuarios y sus familiares, sino además profesionales y personas implicadas de otras instituciones y organizaciones, los lineamientos básicos del mismo.

“La Filosofía de Empresa Social se trata de “bajar” todo el tiempo a los jóvenes, durante las actividades cotidianas de los mismos emprendimientos. También tenemos que estar “bajándola” todo el tiempo a los familiares y a los profesionales, estudiantes y distintos actores que se relacionan con el programa”. (Terapeuta Ocupacional).

A partir del relevamiento hecho en base a las políticas y al marco legal relacionado, se puede afirmar que esta experiencia de carácter piloto en un principio, ha

sido **absorbida y replicada por el sistema de salud pública y avalada por la legislación**. Según el relato de los profesionales, se han logrado además, **abrir espacios de difusión en la sociedad** respecto del dispositivo de Empresa Social como alternativa para la inclusión de las personas en situación de vulnerabilidad.

“La creación del Programa de Emprendimientos Sociales es una demostración de que el dispositivo está comenzando a ser reconocido no sólo desde los ámbitos de la salud. Eso fue lo que quisimos lograr en todo estos años de práctica.” (Terapeuta Ocupacional).

“La posibilidad de que se generen debates a partir de la Empresa Social como dispositivo de salud mental, por ejemplo, con la intención de crear una ley específica para ello, demuestra que se ha avanzado a nivel de que la sociedad en general conozca cómo se está trabajando.” (Terapeuta Ocupacional).

En cuanto a la **promoción del trabajo conjunto con las instituciones que derivan** y sobre todo al trabajo de **ruptura de ciertas lógicas** que desde los servicios de salud mental se tienen respecto de este tipo de práctica, los profesionales reconocen que aún hoy se mantiene cierta relación de incomunicación y hasta de “dependencia perversa” con el sistema.

“Cuando al programa ingresan jóvenes, ya sean derivados de la comunidad o del hospital, se hacen entrevistas, además de con sus familiares, con los profesionales que derivan. Se les informa sobre el programa y se intenta aunar criterios para dar continuidad al tratamiento o a una estrategia de intervención conjunta. Todavía hoy nos cuesta trabajar conjuntamente con la gente del hospital. Lo convocante para que los pibes pasen por el hospital suele ser la medicación.” (Terapeuta Ocupacional).

“Como en el programa los jóvenes no tienen un espacio de terapia individual deben recurrir al hospital. El programa dispone de un psicólogo a quién los usuarios pueden consultar, pero no en el contexto de un espacio de terapia individual y con continuidad. Los jóvenes también concurren al hospital para el control de la medicación. Nosotros creemos que es básicamente por esto último y no por los equipos de trabajo ni por la transferencia. Se genera así una dependencia perversa con el hospital”. (Psicólogo).

“Otro problema que se presenta, aunque cada vez menos, es la escasa derivación desde salud. El hospital no tiene en cuenta el programa como recurso. El reconocimiento de la práctica se siente más por parte de los pibes, de los familiares y sólo de algunos terapeutas. Les ha costado mucho entender de qué se trata el

programa. Debido a que es una práctica totalmente diferente a las que están habituados, no la llegan a entender. No salen del hospital para conocer los emprendimientos, sólo ven a los chicos vendiendo en el hospital. A diferencia de esto, sí existe mucha demanda de parte de otros lugares (derivaciones por parte de Centros de Gestión y Participación, de Centros de Salud y Acción Comunitaria, del hospital Alvear, del Centro de Salud Mental N° 1, etc.).” (Trabajadora Social).

“A diferencia de lo que sucede respecto de salud, las derivaciones que se hacen desde otros programas, como por ejemplo el Programa Reconstruyendo Lazos, son muy pertinentes, por que se trata de adolescentes que tienen un sostén de parte de las organizaciones que derivan, a su vez, al Programa Reconstruyendo Lazos. Los adolescentes derivados del hospital son por lo general muy vulnerables, por eso se trata de que los derivados desde comunidad no lo sean tanto. Si bien son pibes que viven por lo general en situación de extrema pobreza, se trata de que tengan “algún resto”, algún recurso para poder ayudar al proceso de los otros”. (Terapista Ocupacional).

“Con cada programa que se articula el trabajo, se debe llevar a cabo una tarea que implique el irse conociendo y generando estrategias de trabajo conjunto. Además, se van conociendo las instancias con que el otro programa articula. Por ejemplo, el Programa Reconstruyendo Lazos, deriva también pibes a cooperativas, a fábricas recuperadas, a emprendimientos particulares y a otros emprendimientos sociales. Con ellos también se trata de trabajar articuladamente. Al Programa Reconstruyendo Lazos, llegan derivados por lo general de organizaciones de base, que hacen trabajo comunitario. Muchos de los pibes derivados por Reconstruyendo Lazos, viven en hogares. En ocasiones no se ve interés, al menos en un principio, de parte de los responsables de las instituciones por conocer que hacen en el programa. Empiezan a llamar después, por que ven cambios en los chicos”. (Terapista Ocupacional).

Respecto del objetivo general que tiene que ver con **reducir la prevalencia e incidencia de la enfermedad mental**, según relatos de los profesionales y registros informales, en muchos de los usuarios de salud mental, se observa que el participar del programa hace que disminuya tanto el número como la intensidad de las crisis sufridas, pudiéndose observar además, cambios en cuanto al consumo de medicación. Tal como se hiciera mención anteriormente, para poder confirmar el cumplimiento de estos objetivos, sería necesario llevar un registro formal y exhaustivo respecto, entre otras cosas, de los patrones de uso de servicios, es decir, a las ocasiones en que los usuarios

hacen contacto con los diferentes servicios de salud mental, en base a las demandas y necesidades, realizando controles epidemiológicos, etc.

Debilidades y fortalezas del programa

Con la intención de dar aún mayor claridad al análisis, se ha procedido a indagar sobre las debilidades y fortalezas del programa, según las percepciones de los profesionales implicados.

Sin embargo, más que en términos de debilidades y fortalezas, de los relatos de los profesionales emergen creencias en cuanto a algunos factores condicionantes de los logros del programa, como por ejemplo, los **condicionantes del logro de la integración social y laboral** de la población sujeto del programa.

Entre algunos de dichos condicionantes, los profesionales identifican: la institucionalización que se produce con frecuencia durante la internación, la cual retarda la capacidad de interacción con otros en la comunidad, el estigma que significa la enfermedad mental, la presencia de talleres protegidos que no satisfacen las necesidades de parte de esta población la cual estaría en condiciones de integrarse en un empleo normal si se crearan nuevos ámbitos y condiciones, los fenómenos de desocupación, subocupación y precarización laboral, las crecientes exigencias de los puestos de trabajo (habilidades básicas y educación media para tareas cada vez más simples).

Otro de los factores obstaculizadores que se mantiene, según los profesionales, tiene que ver con que, si bien se reconoce desde el sistema de salud mental la efectividad del dispositivo, no se han destinado hasta el momento **recursos humanos y financieros** necesarios para desenvolver la tarea.

“Muchos de nosotros tenemos que repartir nuestras horas de trabajo entre los Emprendimientos Sociales y el hospital y eso se torna muy desgastante.” (Terapeuta Ocupacional).

“Hasta el momento, los lugares donde desarrollar los emprendimientos los hemos tenido que buscar nosotros y pagamos el alquiler a partir de las ganancias de los Emprendimientos Sociales.” (Terapeuta Ocupacional).

Otro de los inconvenientes presentes, ha tenido que ver con que, al tratarse de una **práctica piloto**, se ha tenido que comenzar de cero en muchas ocasiones.

“Muchas veces, debido a falta de financiamiento y sobre todo a la falta de espacio físico, tuvimos que repensar la práctica. Esos dos factores han sido inconvenientes muy grandes. Nuevas actividades, nuevos adolescentes, nuevos

programas, implicaba mucho tiempo hasta lograr estabilidad y luego, en caso de no funcionar el proyecto, sentíamos que todo el tiempo invertido se desperdiciaba.” (Terapista Ocupacional).

La **falta de legislación específica** se reconoce también como un factor que obstaculiza la práctica.

“La nuestra es una práctica que fue construyéndose. La falta de legislación específica fue algo que nos hizo y nos hace demorar en el tiempo. Nosotros ahora tenemos un camino recorrido y podemos ayudar a que otros no cometan los mismos errores.” (Trabajadora Social).

“La legislación específica, si la hubiera, nos permitiría por ejemplo tener un presupuesto y poder resolver el tema de la comercialización de los productos, cosa que aún no hemos podido lograr. Varios son los inconvenientes que se presentan: que desde salud no se puede comercializar, que al tratarse de un espacio de transición no resulta tan rentable y al menos durante los primeros momentos del desarrollo del emprendimiento no se pueden pagar todos los impuestos que se deben, ni tampoco pagar sumas “dignas” a los jóvenes que participan. La legislación permitiría que se dispusiera de recursos no sólo financieros sino humanos, físicos, etc.” (Terapista Ocupacional).

“La Empresa Social es un efector de salud, por ende un dispositivo público. El Estado es quién debería hacerse cargo de cosas fundamentales, como por ejemplo, del seguro que cubra a los pibes pero, al menos hasta ahora, esto no se ha logrado. Otro problema que se presenta es con el recurso humano. Los profesionales de la salud, puede que en algún momento dependan todos del gobierno, pero se sigue presentando el problema con respecto a los capacitadores en oficios. El equipamiento para los emprendimientos tampoco va a estar garantizado por salud, ni los insumos ni las becas. Por todo esto es que resulta interesante la articulación con el área de Economía Social. Además, a través del Tercer Sector, podemos entrar como proveedores del Estado sin tener que pasar por licitaciones como los demás prestadores de servicios. Esta es una experiencia que en otros contextos como en Italia y España se aplica y ha sido exitosa.” (Terapista Ocupacional).

Respecto de que el dispositivo de Empresa Social, en el contexto de la Ciudad de Buenos Aires, se piense sólo como una **estrategia de transición** y no como un **destino de inserción laboral** tal como en otros contextos, trae aparejado ciertas ventajas y desventajas según los profesionales del equipo.

“Por un lado, por tratarse de adolescentes y jóvenes, no sólo resulta beneficioso sino que se hace imprescindible que sean dispositivos de transición. Por otro lado, acá todavía existen los manicomios y la población vulnerable es mucha. En este contexto, la población que pasa por los emprendimientos debe rotar definitivamente. Nosotros somos sólo un sostén para que los usuarios puedan pasar desde el hospital hasta generar su emprendimiento o conseguir un empleo. El valor de los dispositivos de Empresa Social en Salud Mental tiene que ver con que son espacios de preparación, de formación. En experiencias como la de Río Negro, se forman las cooperativas con los usuarios, muchas veces supervisadas en sus comienzos por el equipo de salud, pero luego se va logrando cada vez más autonomía. Pero acá en Buenos Aires el problema es la gran cantidad de población que necesita transitar por estos dispositivos. Se necesitaría al menos una ley nacional de Emprendimientos Sociales de Salud Mental que permitiera que los proyectos y emprendimientos que emerjan de estos dispositivos, al menos durante los primeros años, estén exentos de todo. Tutelados al menos el primer año con un equipo de economía social que los sostenga.” (Terapista Ocupacional).

“Si como dispositivo de salud no se logra en 2 años que el joven pueda elaborar un proyecto de vida, significa que no se está trabajando eficientemente. Podrá haber gente que jamás logre crear su propio emprendimiento ni conseguir un empleo y deberá integrarse en otros dispositivos como el taller protegido. Obviamente que se juegan muchas variables como la desocupación, la disgregación familiar, etc., pero salud no puede hacerse cargo definitivamente de población que no necesita recibir subsidios toda su vida. El Estado no debe transformarse en asistencialista y la garantía de que no haya asistencialismo es que “salgan”, que egresen del programa, y no por el hecho de que hayan transcurrido los 2 o los 3 años.” (Terapista Ocupacional).

El no haber generado un **registro formal de los usuarios** que han transitado por la experiencia, hace que hoy en día se haga más difícil demostrar la efectividad del mismo.

“Sabemos de la vida de muchos de los pibes que participaron del programa. Por lo general ellos mismos se acercan a contarnos sobre lo que están haciendo, acá o al hospital. Sino, tratamos de contactarlos al menos telefónicamente y de darles una mano en lo que podamos.” (Terapista Ocupacional).

Cambios generados en el programa en el eje temporal

Entre algunas de las observaciones respecto de los cambios que fueron dándose en el transcurrir de la práctica y que han servido como “hitos”, en el sentido de que han llevado al replanteo la misma, se destacan las siguientes afirmaciones de los profesionales.

“La articulación con el Programa Reconstruyendo Lazos fue central para que crezca el programa. También, el tener un lugar propio donde desarrollar los emprendimientos permitió dar una continuidad en el tiempo. Se fueron consolidando los distintos emprendimientos, cada uno con los fondos del otro. Los chicos de la comunidad, aún cuando no está el subsidio del Lazos, se quedan en los emprendimientos repartiéndose las ganancias, o sea, cobrando menos de lo que cobraba con el subsidio del emprendimiento pero igualmente siguen sosteniendo el espacio.” (Terapista Ocupacional).

“La diferencia respecto de los proyectos y programas con los que se fue articulando anteriormente, se dio principalmente respecto de la calidad del proyecto. La diferencia con los programas como los de la Dirección de Juventud por ejemplo, se basaba en que estos programas eran elaborados por funcionarios que debían cumplir con ciertos requisitos, entonces el programa se transformaba en una mera instancia administrativa. Lazos, en cambio, está integrado por un equipo que defiende el programa, profesionales que están convencidos de lo que hacen y que realizan un seguimiento de los chicos. Tienen además, un gran compromiso con las instituciones que derivan.” (Terapista Ocupacional).

“Un problema que se presentó siempre, fue respecto de la permanencia en el tiempo de los programas con los que se articula el trabajo. Todos los programas públicos tienen un límite en el tiempo, o son los mismos programas que se fusionan y cambian de nombre. La particularidad del Programa Reconstruyendo Lazos, es que el mismo se centra en que los jóvenes hagan una pasantía laboral para luego quedar contratados, es decir, en un puesto de trabajo. Se sabe que en el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes no van a quedar contratados, pero la gente que deriva, tiene en cuenta que desde nuestro programa se intenta lograr que los jóvenes puedan crear su propio emprendimiento.” (Terapista Ocupacional).

“La Sección de Orientación y Entrenamiento Laboral se creó en función de la experiencia con la población que estaba internada. Todavía el hospital pertenecía a Nación, no había recurso humano, no había lugares de derivación, las internaciones

eran muy largas, los chicos se iban y luego de un tiempo volvían al hospital. Se trató de generar alguna alternativa en la comunidad que les permitiera acomodar la transición desde la salida de la internación hasta conseguir un trabajo. Se creó la sección con espacios pre-laborales (de preparación en el hospital). Lo único que se conocía hasta el momento era el Taller Protegido que se pensaba como la única posibilidad de inserción fuera del hospital. Pensamos que el Taller Protegido era una instancia que podía ser superada en el caso de la población que en el Tobar se atendía, por las características de la misma. Cuando decidimos armar el programa, comenzamos con las experiencias siempre fuera del hospital, que en su momento no fueron tan productivas o rentables. No teníamos idea de lo que era la Empresa Social. Recién en 1997 el equipo del Tobar tuvo contacto con lo que era la Empresa Social. Sí sabíamos “por donde no pasaba” la cosa. No pasaba por las actividades que se realizaban en el Taller Protegido. Siempre creímos que era indispensable que a los emprendimientos se integraran personas de la comunidad y no solamente población con discapacidad. Tampoco queríamos esta denominación de “persona con discapacidad”. Los adolescentes decían “yo no soy discapacitado”. Según lo que los adolescentes decían que necesitaban, se fue modelando nuestro programa y siempre se fue transformando en función de los resultados. La opción de crear la asociación civil se dio, por que para trabajar en la comunidad necesitábamos recursos y los recursos que entraban al hospital no podían salir de él. La cooperadora del hospital no tenía personería ni tampoco podía invertir fuera del hospital. Como salud no iba a financiar algo que se hiciera por fuera del hospital, se crea la ONG con ese sentido.” (Terapeuta Ocupacional).

“En Buenos Aires, nuestra práctica fue validada luego de muchos años por las políticas. Además, la articulación entre las distintas áreas del gobierno (como por ejemplo con Desarrollo Social) hoy nos resulta fundamental, pero anteriormente se hacía prácticamente imposible.”(Trabajadora Social).

“Nosotros creemos que contribuimos a la transformación en el sistema de salud mental. La misma va a venir luego de la consolidación de los Emprendimientos Sociales. En lugar de ser éstos una consecuencia del proyecto de reforma, van a ser parte de la causa del mismo. Nosotros aspiramos a que los usuarios no tengan la necesidad de pasar por el hospital. Que se pueda hacer prevención, asistencia y rehabilitación desde este tipo de dispositivos. Lo que se necesita es que los hospitales generales y los centros de salud mental ofrezcan espacios de asistencia terapéutica. En

cuanto a que sean organizaciones jurídicamente autónomas se piensa que en futuro serán emprendimientos que van a depender del tercer sector, bajo la forma jurídica que exista.” (Terapista Ocupacional).

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación se propuso describir y analizar una práctica innovadora como lo es la estrategia de Empresa Social de Salud Mental, desarrollada en el marco del Campo de la Salud Mental Comunitaria, en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Considerando la importancia fundamental del trabajo en la integración social y en la construcción de identidad, desde los abordajes de la Salud Mental Comunitaria, se establece la inserción laboral como el objetivo más complejo y paradigmático de los procesos de rehabilitación. Tomando entonces, como uno de los ejes principales de estudio a la inserción laboral, se ha investigado al dispositivo de Empresa Social en el marco de las políticas públicas intentando determinar en que punto éstas, han resultado favorecedoras u obstaculizadoras del proceso de aplicación de la estrategia.

Se ha intentado estudiar el complejo fenómeno de la integración social y laboral, principalmente desde distintas lógicas que lo atraviesan: como cuestión social vinculada a la pobreza educativa-formativa, relacional y económica, como cuestión de salud y de salud mental vinculada al funcionamiento del sistema, los modelos de comprensión, los recursos, las redes, los niveles de atención.

Habiéndose indagado sobre las representaciones de varios de los actores implicados, se reconocen las limitaciones del estudio, en cuanto a que se han intentado inferir algunos resultados disponiendo sólo de una “fotografía” del dispositivo tal como funciona en la actualidad. Dicho sesgo, ha procurado ser superado, a partir de la triangulación de los datos obtenidos de las encuestas suministradas a usuarios y de la información obtenida de entrevistas y grupos focales aplicados a profesionales, que resultan ser informantes calificados que han acompañado el proceso del dispositivo desde sus orígenes hasta la actualidad.

Se espera que los resultados del estudio puedan transformarse en insumos que sirvan para reflexionar sobre las prácticas e implementar mejoras, para promover el surgimiento de otras estrategias de intervención similares, así como también, para promover desarrollos investigativos futuros.

Impacto del programa a nivel de los usuarios y sus familias

Uno de los supuestos que ha guiado la investigación, se ha basado en la premisa de que, **entre las distintas estrategias implementadas para la rehabilitación social y laboral** de personas con Trastornos Mentales Severos, las Empresas Sociales de Salud Mental se presentan como un **dispositivo privilegiado** que repercute a nivel personal, social y comunitario, mejorando su desempeño o sus oportunidades de integración social y laboral.

La evaluación del impacto se ha realizado a partir de las respuestas dadas por los usuarios y por los profesionales implicados en el programa analizado. Si bien se ha dividido el grupo de los usuarios encuestados en dos subgrupos en base a la instancia de derivación (Salud-Comunidad), no se han encontrado importantes diferencias en cuanto a las respuestas dadas por cada grupo de usuarios en relación a dicha variable, a pesar de que los profesionales, en sus relatos, marcan algunas especificidades relacionadas con los dos subgrupos.

Tal como se comenzaba a esbozar en el análisis del dispositivo, se hace difícil hablar del cumplimiento de los objetivos del programa en tanto indicadores de integración social, teniendo en cuenta que dicho término contempla un complejo proceso de inserción del sujeto en un espacio social en el cuál el mismo pueda participar de una manera activa en los ámbitos productivos y con soportes relacionales sólidos.

Se podría decir entonces, que la estrategia resulta ser efectiva en cuanto al objetivo de **integración laboral**, si se toma en cuenta no sólo la relación entre número de usuarios atendidos y número de usuarios que logran insertarse laboralmente sino, más bien, si se tienen en cuenta indicadores “cualitativos” como: el grado de cambios que el usuario ha experimentado, la modificación de sus hábitos y rutina diaria, la formación y capacitación recibida y cómo ésta es percibida por el joven, la adopción de una perspectiva más realista de la situación del mercado laboral, la motivación y la confianza generada en el usuario, la posibilidad no sólo de encontrar trabajo sino de permanecer en él, la autonomía en las decisiones personales, la autopercepción de sus competencias, la satisfacción frente a lo que hace, etc.

Los jóvenes reconocen la influencia del programa en sus oportunidades de educación y de trabajo. La condición de “excluidos” o “expulsado” (Duschatzky S., Corea C., 2002) en términos del proceso que ha llevado a dichos jóvenes a la condición en la que se encuentran, no cambia en base a un programa de integración sociolaboral. Si quisiéramos analizar esto en términos de indicadores de expulsión social, podrían

advertirse un conjunto de datos fácilmente constatables: desocupación, estrategias de supervivencia, desescolarización, disolución familiar.

La dificultad en cuanto al **sostenimiento del proceso formativo**, en el caso de los jóvenes con problemas de salud mental, a pesar de ser un criterio de inclusión en el programa la **estabilidad** respecto del cuadro patológico, es evidente que las internaciones más o menos prolongadas previas a la inclusión en el programa, demarcan el abandono al menos temporáneo de los estudios.

Más allá de la inclusión en el programa, pocos son los jóvenes que logran finalizar sus estudios en los tiempos “esperables”, pocos son los que pueden iniciar estudios superiores. En la mayoría de los casos, las necesidades de contribuir al sostenimiento familiar, hace que deban abandonar sus estudios para buscar sustento económico. El proceso formativo, en estos jóvenes, se complementa en muchas ocasiones a través de cursos cortos, algunos con salida laboral, siendo un destino casi ineludible la inserción en nichos productivos marginales en el mercado informal de trabajo.

Sin embargo, en términos de contribuir a las posibilidades de formación, si se tienen en cuenta las opiniones tanto de los usuarios como de los profesionales, puede afirmarse que el programa contribuye cualitativamente en este complejo proceso. Puede afirmarse además, que el dispositivo se constituye como una **práctica de subjetividad** en relación con la posibilidad de promover en el sujeto otras formas de realización.

El acompañamiento de un adulto que pueda viabilizar el desarrollo de nuevos roles o inscripciones (de trabajador, de estudiante, etc.) se hace fundamental en esta etapa vital y sobre todo en este tipo de población. Es lo que en palabras de los profesionales aparece como “comenzar a pensar en un proyecto de vida”. En este sentido, aparece la concepción de adolescencia como una instancia en la cuál las acciones que se propongan pueden tener todavía valor o eficacia.

El cotidiano cuidado y la motivación para la participación en circuitos productivos y educativos se vuelve esencial en jóvenes que, en la mayoría de los casos, han sido víctimas de descuidos por parte de distintas instituciones, desde las familias hasta las instituciones de asistencia socio sanitaria.

Se puede afirmar que la contribución principal que el programa realiza, se da en términos de la propia percepción de los usuarios en tanto sujetos capaces de **construir su propio proyecto** basado en intereses educativos, ocupacionales, laborales, etc.

Para varios de los jóvenes, el programa se constituye como **primera instancia de inscripción laboral**, en cuanto a que, muchos de ellos lo reconocen como “su primer trabajo”. Además, la posibilidad de mantener en el tiempo las relaciones con un grupo de pares, permite promover algún tipo de lazo social, que más allá de posibilitar distintas formas de identidad, permiten generar algún tipo de sostén a estos jóvenes.

Se puede inferir entonces que, la actividad productiva o “el trabajo” desarrollado durante los emprendimientos, cumple con la triple función de ser, por un lado un **medio de subsistencia real** para estos jóvenes, por otro lado una **instancia de capacitación-formación laboral** y en ocasiones primera inserción laboral, y finalmente un **espacio de relación social y comunitario concreto**.

En este sentido, se cumple con la aspiración de los profesionales en base al **sostenimiento de los logros** alcanzados por aquellos jóvenes que han transitado por experiencias en servicios de salud mental **luego de haber obtenido el alta**, evitando algunos de los efectos que genera la falta de continuidad en las intervenciones de salud mental como el “fenómeno de la puerta giratoria”.

Lo que los profesionales nombran como la “**salida del sistema de salud mental y el ingreso al medio productivo**”, es sin dudas un proceso largo, complejo y en ocasiones sin un final determinado pero, puede inferirse que el programa, contribuye a facilitararlo.

No puede ignorarse tampoco que la gran mayoría de los jóvenes que padecen de Trastornos Mentales Severos dependen, al menos hasta la actualidad, de instancias de asistencia que se dan solamente en el ámbito del hospital, y es por ello que deben inevitablemente recurrir a él. Es decir, no se ha logrado todavía generar un circuito de asistencia en la comunidad totalmente independiente del hospital, que sigue siendo la principal institución que atiende la demanda en salud mental.

Otro de los logros del programa, según el análisis llevado a cabo, tiene que ver con que el mismo estimula a los jóvenes con Trastornos Mentales Severos a “correrse” de la única **identidad de “enfermos”**. Las Empresas Sociales de Salud Mental desplazan el eje central de la enfermedad-discapacidad y toman en cuenta las habilidades, recursos, potencialidades de la persona, más allá de las patologías, reconociendo al usuario como sujeto de derechos con un lugar distinto a ocupar en la comunidad y en el conjunto de la sociedad. (Giménez M., 2009).

La posibilidad de “poner en práctica” nuevos roles en la etapa adolescente, coloca en un lugar privilegiado al programa. La dinámica que los adolescentes

imprimen al dispositivo varía absolutamente de aquella dada en dispositivos similares que trabajan con población adulta. La “convulsión” que genera ésta y otras nuevas inscripciones que se dan en el proceso adolescente, hace que, tal como reconocieran los profesionales, el acompañamiento a la familia sea tan necesario como aquel dado a los usuarios.

La familia como institución, tan cuestionada en tiempos posmodernos puede, a través de programas como éste, ser acompañada y no condenada. Los procesos de salida, de exogamia, de logro de autonomía e independencia son intentos de conquista naturales de esta etapa vital e intentan ser fortalecidos a través de la estrategia de trabajo de la Empresa Social.

Respecto de la **integración social**, según los relatos de los profesionales, comienza a darse durante el desarrollo mismo de la tarea en los emprendimientos. Si bien esto resulta significativo para muchos de ellos, se podría afirmar que se sigue dando entre **dos poblaciones caracterizadas por factores de vulnerabilidad** (ambos grupos se encuentran en un espacio caracterizado por la precariedad laboral y la fragilidad en cuanto a sus relaciones sociales).

A pesar de ello, existe un intento constante por parte de los profesionales de vincular a los usuarios del programa con espacios que no tengan que ver con “el mundo de la asistencia”, es decir, con espacios de circulación social común a cualquier ciudadano.

Impacto del programa a nivel del Sistema de Salud Mental

Otro de los supuestos que ha guiado la investigación se basó en que el dispositivo de Empresa Social de Salud Mental, en el marco del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, se constituye como una **práctica alternativa** al Modelo Médico Biológico y Clínico Asistencial, con **objetivos transformadores tanto del pensamiento como del sistema manicomial mismo**.

El cuestionamiento de las bases del Modelo Médico Psiquiátrico, se lleva a cabo desde la manera de entender el daño mental en base a la perspectiva del sujeto, desde la necesidad de entender la rehabilitación basada en las capacidades del mismo, desde la puesta en práctica de dispositivos que se alejan del modelo clínico de atención siendo llevadas a cabo en el contexto de la comunidad y de la vida real del usuario.

La Empresa Social de Salud Mental, se constituye entonces como un dispositivo que intenta “desinstitucionalizar” la atención y reconstruir la complejidad del sujeto.

Se reconoce que, al menos hasta el momento, no se ha logrado generar una institución o una red de servicios alternativos que prescindan del manicomio, pero al menos, desde este tipo de dispositivo, se logra demostrar que existe “otra” posibilidad de plantear un modelo de atención diferente al manicomial.

En un contexto de voluntades dispersas de reforma y, a pesar de una crisis evidente del sistema de atención, la experiencia dada por el programa ha logrado perpetuarse en el tiempo, siendo “absorbida” por el sistema público, como puede observarse en la resolución que aprueba el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes -en la cual se reconoce que el mismo se desarrolló en un principio como programa extra hospitalario para ir avanzando en las instancias de formalización- aunque la escasez de recursos destinados desde el sector público continúe siendo un factor desfavorable.

A pesar de que en las últimas propuestas y en los más recientes planes de salud mental quede demostrada que la intencionalidad de concretar definitivamente el pasaje desde un modelo de atención “hospitalocéntrico” a un modelo de atención “comunitario” en salud mental, no se han creado, al menos hasta el momento, las suficientes mediaciones.

La Empresa Social de Salud Mental, se presenta entonces como una práctica pionera en este sentido. Se trata de una experiencia que nace desde el ideario de trabajadores de la salud mental, que intentan salirse los muros del hospital y que con el transcurso del tiempo logra avanzar en instancias de formalización, además de obtener el reconocimiento como efector de salud mental a partir de las políticas y los marcos legales.

A pesar de haber alcanzado dichas instancias de formalización, de que las políticas vienen a avalar una práctica puesta en marcha desde las bases, cuestiones fundamentales como el financiamiento público necesario para, no sólo poder sostener este tipo de experiencia, sino “potenciarla”, sigue siendo un tema en cuestión. Como queda demostrado en las distintas experiencias de desarrollo de dispositivos psicosociales de atención en salud mental en diferentes contextos de reforma, es responsabilidad absoluta del Estado garantizar recursos que resultan indispensables para el sostenimiento de las experiencias.

Los subsidios necesarios para repartir entre los emprendedores hasta lograr un cierto nivel de auto sostén de la actividad productiva (en este sentido los italianos consideran a la beca de formación como un recurso de salud), el recurso humano en

salud y el espacio físico deberían estar garantizados por el Estado al tratarse de un servicio público de salud mental; además de otorgar otros beneficios (impositivos, etc.) por tratarse de poblaciones en desventaja y que de otro modo se transformarían en pura carga para el Estado.

Como es sabido, sin embargo, los presupuestos destinados a la salud mental difieren en los países de altos recursos o ingresos respecto de los países de bajos recursos o ingresos. Si en los países con altos recursos el presupuesto destinado a salud mental asciende al 6,89% del total del presupuesto sanitario, esta cifra se reduce, en los países de bajos recursos al 1,5%. A esto sumado que, gran parte de las necesidades de asistencia se vinculan al sector primario de la atención y, no obstante, la mayor parte de ese presupuesto se destina a mantener los escandalosos hospitales psiquiátricos. (Saraceno B., 2009). Un Estado que posibilita el accionar de un programa pero que no destina recursos para su financiamiento, no permitirá jamás obtener resultados como aquellos alcanzados en contextos como el italiano.

Si bien, como se mencionara en el inicio de este apartado, esta práctica pone en cuestión la lógica médico psiquiátrica desde varios aspectos -intentando trabajar conjuntamente con las distintas instancias de salud generando alianzas, procurando penetrar en el tejido íntimo de las representaciones de los profesionales para promover un modelo de asistencia basado en valores positivos de salud mental y desarrollado en el contexto de vida de los usuarios, etc.- si no logra enmarcarse en un proyecto general de reforma, termina limitándose a la asistencia (atención de la demanda) y a paliar los efectos de la exclusión social (desempleo, marginalidad, etc.). (Galende E., 1997).

Restringidos en cuanto a la posibilidad de implementar estrategias de prevención primaria y de poder promover una verdadera integración social, según el autor, el rol de los trabajadores de salud mental pertenecientes al sector público, termina basándose en la utilización de sus tecnologías sólo para la “gestión” (control y apaciguamiento) de las poblaciones marginadas.

El rol del trabajador de salud mental, según el mismo, debiera ser el de promover la reinserción social, reeducación, readaptación por el trabajo, etc.; sin olvidar el trabajo para develar las verdaderas fuerzas de segregación. El principal desafío del trabajador de salud mental consistirá entonces, en ser concientes y ayudar a concienciar acerca de la exclusión social como proceso, que amenaza a todos los individuos de las distintas capas sociales y no como un existente social dado. (Galende E., 1997).

La gran diferencia respecto del Campo de Salud Mental surgido en los '60 a nivel mundial, que se basó en criterios inseparables de lo público y de la solidaridad organizada por el Estado, es que hoy vivenciamos más bien el abandono de lo público, mientras que desde algunos profesionales de ese mismo sector público y desde algunas organizaciones de la sociedad civil, se intenta una especie de gestión de las poblaciones marginadas y de la producción de estos nuevos sectores excluidos.

En este contexto, la atención de la emergencia (económica, laboral, etc.), contribuye a la falta de planificación de estrategias de asistencia en salud mental. Programas como éste, no forman parte de los que se daría en llamar “la parte operativa de la planificación” según los postulados clásicos de la planificación y programación en salud, sino, más bien, un programa “parche” que sirve a la atención de dicha emergencia.

Se puede afirmar además que la práctica de Empresa Social, se acerca a la lógica economía social como economía “alternativa”, “de resistencia” (en nuestro caso sostenida por los adultos que gestionan el programa). A pesar de ser esta estrategia un fenómeno que se da en todo el mundo, en países de bajos ingresos y con grandes porciones de población marginada como el nuestro, se transforma en una instancia asistencialista y clientelar, permaneciendo en la informalidad, bajo la lógica de los subsidios y no de las políticas públicas.

La Empresa Social de Salud Mental en tanto dispositivo innovador

En cuanto a los principales pilares que hacen de la Empresa Social un dispositivo particular de intervención en salud mental, aquel que surge en el contexto de la reforma basagliana, caracterizado por un contexto socio económico y un sistema de políticas públicas muy diverso del nuestro, ha servido de todas formas como referente para el origen del dispositivo en experiencias como las de Brasil y la Provincia de Río Negro, las cuales han demostrado con el tiempo su capacidad de constituirse como prácticas efectivas vinculadas a la Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental.

La comparación entre los resultados de la aplicación de un modelo de dispositivo en diferentes contextos, no intenta arribar a conclusiones simplistas bajo lógicas binarias en el sentido de “países que han generado procesos exitosos de reforma” versus “países que no han alcanzado dicho éxito en el proceso”. Más allá de remarcar algunas de las particularidades de los proceso de reforma y específicamente, de la creación de los dispositivos de Empresa Social de Salud Mental en los distintos

contextos, a partir de este trabajo de investigación, se han intentado identificar ciertos analizadores que puedan ayudar a determinar causalidades y efectos en las prácticas y ser disparadores a su vez de futuros análisis.

Trieste se sigue presentando como un “modelo ideal” que no ha podido reproducirse en ningún otro contexto ni en ningún otro momento (ni siquiera en el resto de Italia). Una “utopía” a alcanzar. Sin embargo, pudieron ser tomadas sus premisas para ser aplicadas en otros contextos.

Como pudo observarse a partir del análisis, la de Trieste no ha sido un tipo de reforma que partió desde el nivel político, sino que surgió desde prácticas del movimiento de psiquiatría democrática. Surgió desde el trabajo a partir de los recursos existentes y desde el cuestionamiento de las bases del sistema.

La reforma permitió promover la presencia de un Estado que asume sus responsabilidades frente de la carga que significa la asistencia de la población portadora de patología psiquiátrica. En el caso específico de las Empresas Sociales de Salud Mental, al convertirse en destinos ocupacionales, el Estado se hace cargo también de cubrir los gastos que los empresarios debieran cubrir por el hecho de emplear a estos usuarios.

En nuestro contexto, tal como ha podido observarse, la estrategia nace al igual que en Italia, destinada a enfrentar la crisis del trabajo (sobre todo en términos de desempleo y desocupación como procesos que afectan de manera más dura a personas con sufrimiento mental) y la crisis de la asistencia (en términos de la necesaria recalificación de la asistencia en salud mental). A pesar de ello, una de las diferencias fundamentales a remarcar, es que en países como en España o Italia, las Reformas de los Sistemas de Salud Mental se desarrollan en el marco de Sistemas de Seguridad Social fuertes. En este contexto, dichas reformas han podido crear una serie de instancias, instituciones, organismos, que integrando una red amplia en el territorio, han podido hacerse cargo de la asistencia de los pacientes fuera del contexto hospitalario.

Si bien, las transformaciones dadas en contextos como el europeo, sirven para poner en evidencia la necesidad de la transformación del sector en todo el mundo, varios de los países del continente americano mantienen aún un tipo de asistencia basada en dispositivos psiquiátrico-manicomiales, siendo una de las causas fundamentales de dicho “retraso”, la inexistencia de una “voluntad común de cambio” debido entre otras cosas a intereses corporativos.

Podría afirmarse que en sistemas de salud mental como el triestino, luego de años de práctica, las Empresas Sociales han logrado constituirse como servicios de salud mental y, a su vez, como realidades jurídicamente autónomas de los servicios y económicamente productivas. En este sentido, son funcionales a la rehabilitación en tanto instancias de formación y de inserción laboral de los usuarios del sistema. En contextos de emergencia social y económica como el nuestro, se ha podido observar cómo, debido a la cantidad de demanda de usuarios que necesitan de este tipo de servicio, se hace necesario y se aspira a que los jóvenes puedan constituir su propio emprendimiento luego y estos ser realidades económica y jurídicamente autónomas.

En cuanto a la búsqueda de sinergias entre distintos recursos, financiamiento, actores y contextos que caracteriza al dispositivo, en contextos de reforma alcanzados y sostenidos en el tiempo, se la piensa más en términos de potenciar el trabajo al quebrar las lógicas tradicionales de separación entre estructuras, entre el mundo del trabajo y de la asistencia, etc. En contextos como el nuestro, la búsqueda de sinergias, podría entenderse más como “estrategia de supervivencia” de este tipo de dispositivo. Utilizar recursos innovadores, búsqueda continua de financiamiento, articulación con instancias que no tienen que ver con salud, tiene que ver más con el abandono o la indiferencia del sistema público respecto de estas prácticas que con la posibilidad de potenciar fuerzas.

La Empresa Social de Salud Mental en el contexto de la Ciudad de Buenos Aires, surge como expresión de nuevos modelos de gestión que, debido a la retracción del Estado, comienzan a extenderse en los sistemas sanitarios, especialmente en los que intentan implicar a los trabajadores y a los usuarios en la procuración de recursos asistenciales, acercando la lógica de la asistencia a la de la gestión. Según Sarraceno (1996), los trabajadores de salud mental de América Latina, deben ser como Robinson Crusoe, deben mirar alrededor para encontrar recursos hasta el momento inutilizados, para construir una posibilidad de sobrevivencia.

Las gestiones asociadas (Sector Público-Sector Privado-Tercer Sector) surgen necesariamente para la generación de recursos válidos, debido a que los sistemas sanitarios en su mayoría, destinan escasas partidas presupuestarias a la salud mental y éstas no contemplan las necesidades psicosociales de los usuarios. La aplicación de estos sistemas de gestión, modifica la relación no sólo con los que financian y gestionan la asistencia, sino con los que la reciben (pacientes-usuarios-clientes), colaborando a la modificación respecto de la posición de “tutelado”. (Giménez M., 2009).

Otra de las características principales que tiene que ver con la contemporaneidad entre la formación y el trabajo, en el sentido de no presentarse como una formación-capacitación alejada de las condiciones reales de trabajo, se cumple en contextos como el triestino donde los Emprendimientos Sociales funcionan como verdaderas empresas, muchas de las cuales se transforman en proveedoras de servicios y productos de calidad para el mismo Estado.

En este doble desafío de habilitar para el trabajo (capacitación/formación) y producir bienes y servicios factibles de ser colocados en el mercado, en contextos de pobreza como el nuestro, se ve dificultado debido, sobre todo, a la ausencia de recursos. Esto conlleva a que varios de los emprendimientos no puedan desarrollarse en condiciones “reales” en términos del mercado de trabajo. Además, siendo relativamente breve el lapso que los usuarios pueden permanecer en el dispositivo, debido, como se hacía mención anteriormente, a la gran demanda de población, la formación/capacitación no hace más que transmitir conocimientos básicos tanto técnicos (habilidades específicas de un oficio por lo general) como de manejo del emprendimiento.

Este tipo de programa como el analizado, que debería respetar la complejidad que supone la multiplicidad de factores sociales, momentos individuales y habilidades personales, contemplando para ello una oferta variada de posibles lugares de inserción, muchas veces, por falta de recursos, no logra hacerlo.

Vinculado a esto mismo, el criterio de calidad, en tanto quiebre de la lógica de descalificación de la tradicional atención en salud mental, podría decirse que, en caso de lograrse, lo hace gracias a esfuerzos “sobrehumanos” de todos los profesionales que directa o indirectamente adhieren a la práctica. La pequeña dimensión y la diversificación de los campos de acción, en tanto trabajo de calidad en los procesos subjetivos y contra los riesgos de la institucionalización, podríamos decir que también logra sostenerse.

Pensando en una metodología de evaluación

Elaborar una metodología para la evaluación de programas como el analizado y de otro tipo de programa de inserción laboral-ocupacional en salud mental, se hace imprescindible.

La evaluación del impacto del dispositivo y de como éste se desarrolló en base al sistema en el cuál se gestó, puede servir para reducir incertidumbres, mejorar la efectividad de las acciones y propiciar la toma de decisiones relevantes.

Para evaluar los efectos de la inclusión de un sujeto en dispositivos de Empresas Sociales de Salud Mental, tanto desde la perspectiva de estas personas, como de las de su entorno familiar y de los equipos de salud, podrían utilizarse en un futuro instrumentos estandarizados que tengan en cuenta, además de las dimensiones estudiadas en esta investigación, aspectos clínicos, discapacidad, funcionamiento social, calidad de vida, entre otras, con el fin de apreciar las modificaciones que las intervenciones generan en los sujetos y en cuanto a la interacción de éstos con la comunidad.

Se hace necesario elaborar principios comunes de evaluación, bases metodológicas o guías metodológicas para la evaluación. La elaboración de un diseño evaluativo (con sus correspondientes instrumentos y métodos) puede servir en un futuro para realizar comparaciones entre prácticas (si bien cada dispositivo de Empresa Social tiene sus particularidades) y establecer cuáles son los criterios de intervención más efectivos.

Resulta obvio además, que cada evaluación responderá a las necesidades de quién la ejecuta. No puede ser igual una evaluación empleada por una agencia de cooperación, una evaluación interna de un programa, una evaluación pensada para un desarrollo académico.

La carencia de indicadores y evaluadores objetivos y fieles, la falta de evaluaciones internas de los programas y dispositivos, la escasez de equipos evaluadores, contribuyen a la falta de previsibilidad en las acciones y a la invisibilidad a la que se someten algunas prácticas.

Los procesos de transformación, que se van construyendo a partir de prácticas como la analizada, deben ser evaluados y registrados. No sólo la evaluación del servicio o programa, la evaluación clínica o la evaluación del impacto social, sino, la evaluación del proceso de transformación, deben ser tenidas en cuenta. De otro modo, estas prácticas se transforman en “buenas intenciones” de ciertos profesionales.

Para ser replicada, pueden ser tomadas algunas características fundamentales de la práctica, que deben ser mantenidas, pudiendo establecerse como “requisitos básicos” en cuanto a poder considerarlas prácticas de integración social y laboral en salud mental.

Trabajo, salud mental y derechos de ciudadanía

La OMS, en su informe sobre la salud mental en el mundo del año 2001, destaca la estrecha conexión entre los procesos sociales y la salud mental, hasta afirmar que la salud mental podría tomarse como índice global del bienestar social. Dicho organismo, reconoce además, que el 80% de las dolencias mentales tiene un componente psicosocial, siendo necesario implantarse nuevas prácticas para dar respuestas a las actuales demandas. Según sus recomendaciones, deberá trabajarse en pos de promover una realidad en la que el individuo manifiesta sus propias habilidades, trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de su comunidad.

Ese es quizás el desafío mayor con que se encuentra hoy la Salud Mental Comunitaria. Podría pensarse este concepto como articulador entre el análisis de la problemática de la desmanicomialización, y el análisis/reconocimiento de la problemática social como causante de sufrimiento mental y, a la inversa, del sufrimiento mental como causante de exclusión social. En todo este arco de análisis, lo importante a lograr por los trabajadores de la salud mental es la promoción de valores de Salud Mental Comunitaria.

A partir de esto, se vuelve entonces a la hipótesis que sostiene que sólo a partir de una verdadera integración social y laboral se logra un real ejercicio de la ciudadanía social. Considerar el derecho al trabajo como parte de los derechos de ciudadanía, además de contemplar las funciones del mismo en el proceso terapéutico y de rehabilitación (FAISEM, 2000), es una de las bases del programa analizado, a pesar de las dificultades basadas principalmente en las condiciones desfavorables del contexto.

El trabajo sobre lo ocupacional y la empleabilidad se transforma entonces, en una prolongación del proceso terapéutico en sí mismo, sosteniendo la importancia del trabajo no en tanto relación técnica de producción, sino como fuente de identidad y soporte privilegiado de inscripción en la estructura social del sujeto, como posibilitador de la integración social verdadera, como vehiculizador de procesos de invención, placer, riesgo, confianza, integridad, sociabilidad, incremento de autonomía y contractualidad, como facilitador del sostén económico de la persona, como elemento que involucra todas las dimensiones del ser humano (físicas y biológicas, psíquicas y mentales, emocionales).

Más allá de esto, las transformaciones en pos de la ciudadanía y los derechos humanos que los trabajadores de salud mental deberán proponerse, implican no sólo

plantear intervenciones rehabilitativas basadas en la ocupación y el trabajo sino plantear el problema de la relación entre el trabajo y la enfermedad mental.

El trabajo deberá servir para poner en agenda este problema, poner en evidencia la lógica “darwiniana”, segregativa, selectiva, competitiva, expulsiva del sistema y demostrar que los usuarios pueden contribuir productivamente al sistema.

El trabajar por la construcción de derechos sustanciales en términos de construcción afectiva, relacional, material y productiva, implicará entonces el acompañamiento de los jóvenes en la conquista e inserción en espacios cada vez menos protegidos, para permitirles “correrse” de la lógica de asistencia, protección y tutela, como así también, de la lógica de culpabilización o victimización de estos jóvenes.

La responsabilización, el darles crédito y permitirles asumir riesgos, permitirá plantear la problemática que afecta a estos jóvenes desde la perspectiva de la conquista de sus derechos. Si el componente esencial de la ciudadanía es la participación en todos los órdenes de la vida (política-económica-social) y la ciudadanía es la dimensión humana en la cual se plasman los derechos civiles, sociales y políticos; la adolescencia y la juventud pueden ser vistas como el periodo en el cual se debiera producir la transición a la ciudadanía plena en término de adquisición de derechos, de obligaciones y de participación como sujetos sociales.

Es en este proceso que, como adultos responsables de las generaciones venideras, se debe acompañar a estos adolescentes y jóvenes, sobre todo en la concientización en cuanto a sus propias responsabilidades, las responsabilidades del Estado y de la sociedad en general.

Si, tal como afirma Saraceno (2000), “la plena ciudadanía y la salud mental son condiciones extremadamente ligadas y, un déficit en una de ellas implica un déficit en la otra: un individuo o grupo que no goza plenamente de la ciudadanía se encuentra en riesgo respecto de su propia salud mental, así como un individuo o un grupo que no goza plenamente de la salud mental se encuentra en riesgo respecto de su plena ciudadanía social”, entonces, es nuestra responsabilidad trabajar por la continua promoción de ambas.

Sin integración sociolaboral no hay salud mental, entonces, la importancia de la labor de los trabajadores de la salud mental radica en el hecho de que, quien trabaje en salud mental deberá desempeñarse no sólo como técnico sino, más que nada, como político, como actor social con peso político para promover el desarrollo de sujetos de conciencia social y no meros de sujetos de consumo, llevando a cabo una continua

crítica desde una concepción de complejidad de los fenómenos y del ser humano, a modo de desinstitucionalización de las ideologías y de las prácticas que han llevado, directa o indirectamente a través de los años, a sostener esta estructura manicomial que aun hoy no puede ser reemplazada.

ANEXO I. ENCUESTA A LOS USUARIOS DEL PROGRAMA

Consentimiento informado

El objetivo de esta investigación es evaluar el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes del Hospital Carolina Tobar García para un trabajo de Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Esta información resultará de utilidad para conocer si se cumplen los objetivos del programa, lo que piensan los profesionales, los usuarios y sus familiares sobre el mismo.

La investigación puede beneficiar a los adolescentes que participan, a sus familias, a los profesionales que lo llevan a cabo y a la comunidad en general.

Para esta investigación se recaban datos a partir de la observación de los grupos de trabajo en los diferentes emprendimientos, de encuestas confidenciales a los usuarios del programa y de entrevistas a los profesionales que integran el equipo encargado de desarrollar el programa. Además, se utilizará como fuente de información, crónicas tomadas de las reuniones de padres de usuarios.

Las entrevistas, las encuestas y las observaciones se realizarán en la sede de la Av. Garay 2342 1º “C”.

La identidad de los entrevistados y los datos relativos a la situación analizada serán confidenciales (no se especificará el nombre y apellido del entrevistado ni otros datos personales), tanto en los informes de investigación como en caso de que los resultados sean publicados.

El material a analizar será exclusivamente el recabado en las entrevistas, observaciones y encuestas a personas que hayan firmado el consentimiento informado.

De no querer participar en la entrevista/encuesta/observación, no se lo incluirá en la muestra.

En el informe final de la investigación se comunicará la cantidad de personas que pidieron ser retirados de ésta.

La participación de los entrevistados/encuestados en esta investigación es voluntaria, así como la decisión de dar por terminada la entrevista/encuesta/observación en cualquier momento; tienen, además, el derecho de formular todas las preguntas que consideren necesarias para aclarar sus dudas.

En caso de usuarios mayores de 18 años: Consiento participar de una encuesta que será registrada en forma escrita y de observaciones durante el desarrollo de los emprendimientos. Autorizo la utilización de la información aquí relevada a los fines de la investigación planteada.

En caso de usuarios menores de 18 años: Consiento que mi hijo/a.....DNI N°..... participe de una encuesta que será registrada en forma escrita y de observaciones durante el desarrollo de los emprendimientos. Autorizo la utilización de la información aquí relevada a los fines de la investigación planteada.

Estas pautas me han sido propuestas y explicadas por la persona encargada de realizar la investigación: Lic. En Terapia Ocupacional Mariana Sirianni.

Autorizo la utilización con fines académicos y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación, siempre que se preserve la confidencialidad de los datos de todas las personas involucradas.

Fecha:...../...../.....

Firma.....Aclaración.....

ENCUESTA

Nombre:

Edad:

Emprendimiento del cual participas:

¿Con quién compartís tu **vivienda**? (marcar todas las opciones que correspondan)

- 1) Madre
- 2) Padre
- 3) Hermanos/as ¿Cuántos/as?
- 4) Pareja
- 5) Hijo/s ¿Cuántos? ¿De qué edades?.....
.....años.....años.....años.....años
- 6) Otros familiares ¿Cuáles?
- 7) Vivo solo/a
- 8) Vivo con amigos/as
- 9) Vivo en una institución ¿Cuál?
- 10) Estoy en situación de calle
- 11) Otras situaciones (aclarar)

¿Estabas **estudiando** en el momento en que **comenzaste a participar** del programa?

- 1) SI
- 2) NO
- 3) NS/NC

¿Estás **estudiando actualmente**?

- 1) SI
- 2) NO
- 3) NS/NC

¿Cuál es el **nivel educativo** que alcanzaste? (marcar una opción, correspondiente al máximo nivel alcanzado)

- 1) Nunca fui a la escuela o tengo primario incompleto
- 2) Primario completo
- 3) Secundario incompleto
- 4) Secundario completo
- 5) Universitario o Terciario incompleto
- 6) Universitario o Terciario completo

7) NS/NC

¿Crees que tu **participación en el programa** influyó de alguna manera en tus **oportunidades de educación**?

- 1) SI
- 2) NO
- 3) NS/NC

¿Cómo?.....

¿Cuál era tu **situación laboral** cuando **comenzaste a participar** del programa?

- 1) Trabajaba todos los días y tiempo completo
- 2) Trabajaba todos los días tiempo parcial
- 3) Hacía changas
- 4) Tenia posibilidades de trabajar pero prefería no hacerlo (aclarar razones)
- 5) Estaba desocupado y no buscaba trabajo
- 6) Estaba desocupado y buscaba trabajo
- 7) Era estudiante y no trabajaba
- 8) Realizaba tareas en el hogar
- 9) Realizaba tareas de tipo voluntarias
- 10) Nunca trabajé
- 11) Otras situaciones
- 12) NS/NC

En caso de estar trabajando **al momento de comenzar a participar del programa**

¿Cómo era la **modalidad** de tu relación de trabajo?

- 1) Asalariado (en relación de dependencia) en blanco
- 2) Asalariado en negro
- 3) Asalariado ocasional (changas)
- 4) Cuenta propia (trabajo autónomo)
- 5) Patrón o socio, con personal a cargo
- 6) Trabajador familiar con pago fijo
- 7) Trabajador familiar sin pago fijo
- 8) NS/NC
- 9) Otras

¿Cuál es tu **situación laboral** actual?

- 1) Trabajo tiempo completo
- 2) Trabajo tiempo parcial

- 3) Hago changas
- 4) Tengo posibilidades de trabajar pero prefiero no hacerlo (aclarar razones)
- 5) Estoy desocupado y no busco trabajo
- 6) Estoy desocupado y busco trabajo
- 7) Soy estudiante y no trabajo
- 8) Realizo tareas en el hogar
- 9) Realizo tareas de tipo voluntarias
- 10) Nunca trabajé
- 11) Otras situaciones
- 12) NS/NC

¿Cómo es la **modalidad** de tu relación de trabajo **actual**?

- 1) Asalariado (en relación de dependencia) en blanco
- 2) Asalariado en negro
- 3) Asalariado ocasional (changas)
- 4) Cuenta propia (trabajo autónomo)
- 5) Patrón o socio, con personal a cargo
- 6) Trabajador familiar con pago fijo
- 7) Trabajador familiar sin pago fijo
- 8) NS/NC
- 9) Otras

Describí tu **ocupación o trabajo** (el actual o el último, según corresponda; podés describir qué tipo de actividades realizas o realizabas o el nombre de la ocupación, por ejemplo: peón de albañil):

¿Crees que tu **participación en el programa** influyó de alguna manera en tus **oportunidades de trabajo**?

- 1) SI
- 2) NO
- 3) NS/NC

¿Cómo?.....

¿Cuáles eran tus **expectativas respecto del programa** al momento de **incluirte**? ¿Qué sabías en relación al programa? ¿Con qué grupo de compañeros pensabas que ibas a compartir las actividades?

¿A través de que persona te enteraste de la existencia del programa? ¿Quién te sugirió participar? ¿Te sentiste obligado a participar?

(Sólo usuarios de salud derivados de hospital) Previamente a participar de las actividades en la sede de Garay ¿Participaste en alguna actividad similar dentro del hospital? ¿Qué diferencias notás entre ambas?

¿Qué **expectativas** tenés hoy respecto a lo que sucederá al momento de la finalización de la capacitación en el programa (2 años)? ¿Te sentís con capacidad de encontrar y sostenerte en un trabajo que no tenga que ver con el programa? ¿Qué tipo de trabajo pensás que podrías realizar?

¿Podrías especificar con qué cosas estás conforme y con cuáles no respecto de la **capacitación-formación en tarea** que recibís?

¿Estás conforme con tu **grupo de compañeros**?

- 1) SI
- 2) NO

¿Por qué?.....

¿Estás conforme por el **dinero que percibís por tu trabajo en los emprendimientos**?

- 1) SI
- 2) NO

¿Por qué?.....

En el caso de haber trabajado con anterioridad al ingreso en el programa, ¿Qué diferencias percibís respecto de tu anterior trabajo y el trabajo en el programa?

¿Has notado **cambios** positivos o negativos en alguna/s de **tu/s formas de pensar o de actuar** como consecuencia de tu participación en el programa?

- 1) Sí, noté cambios positivos
- 2) Sí, noté cambios negativos
- 3) No noté cambios
- 4) NS/NC

¿Cambios en cuanto a qué?.....

¿Has notado **cambios** positivos o negativos en la **forma de pensar y/o actuar de tus familiares** como consecuencia de tu participación en el programa?

- 1) Sí, noté cambios positivos
- 2) Sí, noté cambios negativos
- 3) No noté cambios
- 4) NS/NC

¿Cambios en cuanto a qué?.....

¿Has notado **cambios** positivos o negativos en la **forma de pensar y/o actuar de tus amigos, compañeros de trabajo o de las organizaciones en las que te incluís, etc.** como consecuencia de tu inclusión en el programa?

- 1) Sí, noté cambios positivos
- 2) Sí, noté cambios negativos
- 3) No noté cambios
- 4) NS/NC

¿Cambios en cuanto a qué?.....

Otros comentarios en relación al programa

BIBLIOGRAFÍA

- ALBERDI José María, 2003, *Reformas y Contrarreformas, Políticas de Salud Mental en la Argentina*, Rosario, UNR.
- AMARANTE Paulo, 2006, *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*, MUTAZZI Eduardo (trad.), Buenos Aires, Madres de Plaza de Mayo.
- BASAGLIA Franco, 1968, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Turín, Einaudi, POMAR Jaime (trad.), 1º ed. en Argentina 1976, *La Institución Negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, Buenos Aires, Corregidor.
- BASAGLIA Franco, 2000, *Conferenze Brasileane*, Milano, Raffaello Cortina.
- CASTEL Robert, 1995, *La metamorphoses de la question sociale*, Paris, Arthème Fayard, PIATIGORSKY Jorge (trad.), 1997, *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Buenos Aires, Paidós.
- CASTEL Robert, *La inclusión social frente a los mandatos de la globalización*, Revista Latinoamericana de Política Social, N° 2, Mayo de 2002, Rosario, Homo Sapiens.
- CASTEL Robert, *Regreso a la dignidad del trabajo*, Clarín, 02/09/2008, p. 27, col. Opinión.
- CASTRONOVO Raquel (Coordinadora), 1998, *Integración o Desintegración Social en el Mundo del Siglo XX*, Buenos Aires, Espacio.
- CORAGGIO José Luis (entrevista por ARUGUETE Natalia), *La economía social en Argentina. Matriz asistencial. Virtudes y deficiencias de la economía social. La clave está en la asociación de productores*, (On-line), Dirección URL: <http://www.desruralypoliticacom.ar/index.php> (Página consultada el 20/12/2007).
- DE GEMMIS Vicente (Compilador), 1996, *Del invento a la herramienta*, Buenos Aires, Polemos.
- DE GEMMIS Vicente, (Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús), 2007, *Análisis de un dispositivo de resocialización desde la perspectiva de los "pacientes". Vivencias subjetivas de los jóvenes egresados del Programa Cuidar Cuidando. Testimonio de experiencias*, Buenos Aires.
- DE LEONARDIS Ota, MAURI Diana, ROTELLI Franco, 1994. *L'impresa sociale*, Milano, Anabasi SPA, EGUÍA Martha (trad.), 1995, *La Empresa Social*, Buenos Aires, Nueva Visión.

DE SOUZA MINAYO María Cecilia, 1995, BARRA MARTINEZ Juan Francisco (trad.), *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*, Buenos Aires, Lugar.

DE SOUZA MINAYO Maria Cecilia, GONÇALVES DE ASIS Simone, RAMOS DE SOUZA Edilnisa (Organizadoras), 2005, *Evaluación por triangulación de métodos. Abordajes de programas sociales*, Buenos Aires, Lugar.

DESJARLAIS Robert, EISENBERG Leon, GOOD Byron, KLEINMAN Arthur, 1997, *Salud Mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*, Washington, OPS/OMS.

DUSCHATZKY Silvia, COREA Cristina, 2002, *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*, Colección Tramas Sociales, Buenos Aires, Paidós.

EFRON Rubén, abril de 2007, *El Campo del Derecho de la Infancia y el Campo de la Salud Mental* (Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Derechos y Garantías) Buenos Aires.

FERREIRA DESLANDES Suely, GOMES Romeu, 2007, *La investigación cualitativa en los servicios de salud: notas teóricas*, en MAGALHÃES BOSI Maria Lúcia, MERCADO Javier Francisco (Organizadores), 2007, *Pesquisa cualitativa de serviços de saúde*, Vozes, Petrópolis, ROSEMBACH Ricardo, ARIAS Maria Luisa (trad.), 2007, *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*, Colección Salud Colectiva, Buenos Aires, Lugar.

FREYTES FREY Marcela Inés, (Trabajo de Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús), 2003, *Vivencias y Representaciones de los Actores de Campo de la Salud Mental Comunitaria en relación a las Prácticas. Estudio de caso*, Buenos Aires.

FUNDACIÓN PÚBLICA ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL-FAISEM (On-line), Dirección URL: <http://www.faisem.es/default.asp> (Página consultada el 15/08/2007).

GABARRÓ, BENITO, 1999, *Características Teórico-Técnicas y Jurídicas de las Estrategias de Empresa Social en el Marco de la Reforma Psiquiátrica en la Provincia de Río Negro*, (On-line), Dirección URL: <http://www.bibliotecas.unc.edu.ar/cgi-bin/Libreo-FPsico?accion=buscar&expresion=PSIQUIATRICA,+REFORMA>

GALENDE Emiliano, 1994, *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Paidós, Buenos Aires.

GALENDE Emiliano, 1997, *De un Horizonte Incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la Sociedad Actual*, Paidós, Buenos Aires.

GALLIO Giovanna (A cura di), 1991, *Nell'impresa sociale. Cooperazione, lavoro, riabilitazione, cultura di confine nelle politiche di salute mentale*, Trieste, Studio Zip.

GALLIO Giovanna, GIANNICHEDA Maria Grazia, DE LEONARDIS Ota, MAURI Diana, 1983, *La libertà é terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*, Milano, Feltrinelli.

GIMÉNEZ Marcela, 2009, *Empresa Social y Salud Mental Comunitaria*, Escuela Bional de Especialización para Operadores de Empresas Sociales, Viedma.

GIMÉNEZ Marcela, ALLIPI Marisa, 2007, *Curso sobre Empresa Social y Salud Mental Comunitaria*, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Dirección general de desarrollo de recursos humanos en salud, Dirección de capacitación y desarrollo, Servicio de docencia e investigación, Hospital José T. Borda.

HERNÁNDEZ Ana Maria, PEZZOLI Laura, URRUTI Maria Antonia (Trabajo de Tesis de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Psicología), 2001, *Integración sociolaboral de adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. Empresa Social*, Buenos Aires.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, abril de 2003, *Saúde Mental e Trabalho. Os desafios da geração de renda*, Boletim 18 de Maio, Ano 10, Nº 23, (On-line) Dirección URL: www.ifb.org.br

KONTERLLNIK Irene, JACINTO Claudia (Compiladoras), 1997, *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*, Buenos Aires, Losada.

MUSCILLO Marcelo (extraído de Inforum Patagonia 02/06/2006), *Una cooperativa exitosa en lo social y en lo comercial*, (On-line), Dirección URL: <http://www.neticoop.org.uy/article2214.html> (Página consultada el 10/11/2006).

NEFFA Julio César (Coordinador), 2005, *Actividad, empleo y desempleo: conceptos y definiciones*, CEIL-PIETTE CONICET, Miño y Dávila, Buenos Aires.

NEFFA Julio César, 2003, *El trabajo humano. Contribuciones al estudio de un valor que permanece*, Lumen, Buenos Aires.

NICACIO, Maria Fernanda de Silvio, (Tesis de Maestría Universidade de São Paulo), 1994, "O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura", São Paulo.

NIREMBERG Olga, BRAWERMAN Josette, RUIZ Violeta, 2000 (1° ed.), *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*, 2007 (4° reimp.), Paidós, Buenos aires.

NIRENBERG Olga, 2006, *Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación*, Colección Tramas Sociales, Paidós, Buenos Aires.

OMS, 2005, Política, Planes y Programas de Salud Mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental, Ginebra, Edimsa.

OPS/OMS REPRESENTACIÓN EN ARGENTINA (Publicación de distribución gratuita), 2007, *A su salud! Salud Mental/Derechos Humanos/Justicia*, Buenos Aires.

OMS, 2001, *Informe sobre la Salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Ginebra.

PITTA Ana Maria (Organizadora), 1996, *Reabilitação psicossocial no Brasil*, San Pablo, Hucitec, (2° ed., 2001).

ROSANVALLON Pierre, 1995, *La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia*, Buenos Aires, Manantial.

ROTELLI Franco, 2000, *Empresa Social: construyendo sujetos e direitos*, en AAVV *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*, Rio de Janeiro, Fiocruz.

SARACENO Benedetto, (1° ed. 3° stampa) 2000, *La Fine dell'Intrattenimento. Manuale di Riabilitazione Psichiatrica*, Milano, Etas, MIRET Maia (trad.), 2003, *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicossocial a la ciudadanía posible*, México, Pax.

SARACENO Benedetto, 2009, (Comunicato Stampa) *Meeting Internazionale Rafforzare i Sistemi di Salute Mentale nei Paesi a Basso e Medio Reddito. Salute Mentale: a Rimini Benedetto Saraceno dell'OMS. Sistemi di cura territoriali al posto dei grandi ospedali*, (On-line), Dirección URL: www.cittadinanza.org (Página consultada el 15/07/2009).

SARACENO Benedetto, 1996, *Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio*, en PITTA Ana Maria (Organizadora), 1996, *Reabilitacao psicossocial no Brasil*, San Pablo, Hucitec, (2° ed., 2001)

STOLKINER Alicia, *Estrategias de evaluación de programas y servicios de atención comunitaria en salud mental: consideraciones metodológicas*. (On-line) Dirección URL

<http://d.yimg.com/kq/groups/20595250/1968647143/name/Jornadas+Investigaci%C3%B3n+UBA+VERSION+FINAL.doc> (Página consultada el 15/07/2009).

TESTA Mario, 1995, *Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud*, Colección Salud Colectiva, Buenos Aires, Lugar.

DOCUMENTOS DE GOBIERNO

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, SECRETARÍA DE SALUD, DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL, *Plan de Salud Mental 2002/2006*.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL, *Guía de Procedimiento (Guía de Servicios), Lineamientos para la orientación y actuación clínico-comunitaria, Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes (Resolución 757/02 de la Secretaría de Salud*.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, SECRETARÍA DE SALUD, *Informe final de relevamiento del Hospital Dra. Carolina Tobar García Período 2004/2005*.

BOLETÍN OFICIAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES N° 2680 del 09/05/2007. RESOLUCIÓN N° 893 DEL MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD, *Creación del Programa Emprendimientos Sociales de la Dirección General de Salud Mental*.

BOLETÍN OFICIAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES N° 1515 del 30/08/2002. RESOLUCIÓN 757 DE LA SECRETARÍA DE SALUD, *Aprobación del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes*.

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO, MINISTERIO DE SALUD, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL, *Informe diario y resumen mensual de actividades y consultas de salud mental*, Viedma, 2004.

GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, Dirección General de Economía Social, Ministerio de Derechos Humanos y Sociales (Publicación de distribución gratuita), 2007, *La economía social en las comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, Buenos Aires, Cefomar.

GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, *Reforma del Modelo de Atención de la Salud Mental*, (On-line), Dirección URL: estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/archivos/pres_s_mental.pdf (página consultada el 15/05/2009).

LEGISLACIÓN

LEGGE NAZIONALE ITALIANA N° 381 del 08/11/1991, *Disciplina delle Cooperative Sociali*, publicada nella Gazz. Uff. 3 dicembre 1991, N° 283.

LEGGE NAZIONALE ITALIANA N° 180 del 13/05/1978, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, publicada nella Gazz. Uff. 16 maggio 1978, N° 133.

LEGGE NAZIONALE ITALIANA N° 118 del 13/05/2005, *Delega al Governo concerniente la disciplina dell'impresa sociale*, publicada nella Gazz. Uff. 04/07/2005, N° 153.

DECRETO LEGISLATIVO ITALIANO N° 155 del 24/03/2006, *Disciplina dell'impresa sociale, a norma della legge 188 del 13/06/2005*, publicado nella Gazz. Ff. 27/04/2006, N° 97.

LEY DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO N° 2440, *Tratamiento y rehabilitacion de las personas con sufrimiento mental*, sancionada el 11/09/1991, promulgada por Dto. N° 1466 del 03/10/1991, publicada en el Boletín Oficial N° 2909 del 10/10/1991.

LEY DE LA REPÚBLICA ARGENTINA N° 26.061, *Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*, sancionada el 28/09/2005, promulgada el 21/10/2005, publicada en el Boletín Oficial N° 3076 del 26/10/2005.

CONSTITUCIÓN DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, *sancionada el 01/10/1996*.

LEY DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES N° 153, *Básica de Salud*, sancionada el 25/02/1999, promulgada el 22/03/1999, publicada en el BOCBA N° 703 del 28/05/1999, reglamentada por Dto. N° 208/2001, publicado en el BOCBA N° 1149 del 09/03/2001.

LEY DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES N° 448, *de Salud Mental*, sancionada el 27/07/2000, promulgada por Dto. 1513 del 31/08/2000, publicada en el BOCBA N° 1022 del 07/09/2000, reglamentada por Dto. 635/2004, publicado en el BOCBA N° 1927 del 26/04/2004.

LEY DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES N° 114, *de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*, sancionada el 03/12/1998, promulgada el 04/01/1999, publicada en el BOCBA N° 624 del 03/02/1999.

LEY DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES N° 447, *Marco de las políticas para la plena participación e integración de las personas con necesidades especiales*, sancionada el 27/07/2000, promulgada por Dto. N° 1514 del 31/08/2000, publicada en

el BOCBA N° 1022 del 07/09/2000, reglamentada por Dto. N° 1.393/003, publicado en el BOCBA 1765 del 01/09/2003.

DECLARACIONES/TRATADOS INTERNACIONALES

DECLARACIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Adopata el 20/11/1989.

DECLARACIÓN DE CARACAS. Elaborada por la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los sistemas locales de salud convocada por OMS/OPS. Aprobada el 14/11/1990.

PRINCIPIOS DE BRASILIA. Establecidos en la reunión del año 2005, bajo el lema “Conferencia Regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas”.