



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

19ª Cohorte (2016-2018)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión
integradora de la literatura científica en el período 1990-2022.

MAESTRANDA

Lic. Nadia Fernández Ventura

DIRECTORA

Dra. Anahi Sy

FECHA DE ENTREGA

Noviembre 2023

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

19ª Cohorte (2016-2018)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión
integradora de la literatura científica en el período 1990-2022.

MAESTRANDA

Lic. Nadia Fernández Ventura

DIRECTORA

Dra. Anahi Sy

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Alberto Velzi Díaz

Mgr. Carla Pierri

Dr. Martin Mezza

FECHA DE APROBACIÓN

22 / 04 / 2024

CALIFICACIÓN

10 (diez, sobresaliente)

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mi directora de tesis, Anahi Sy, por su escucha, por su predisposición, por sus múltiples lecturas a las diversas versiones de esta tesis, por sus orientaciones y por su enorme dedicación en este proceso de formación. Agradezco también a mis compañeras y compañeros de la 19° cohorte de la maestría con quienes transitamos colectivamente este proceso de aprendizaje, en especial a Charly, Cris, Emi, Willy, Coni, Lau, Lu y Magui, esa banda de amigos que encontré y que me acompañaron, apoyaron y me brindaron su amor durante todos estos años; a mis compañeras y amigas del Servicio Social y del Servicio de Salud Mental del Hospital Pirovano, con quienes intentamos seguir construyendo y garantizando día a día el derecho a la salud pública, gratuita y de calidad; y a esa red de amor que me sostiene y me abraza siempre, a mi familia y a mis amigas.

RESUMEN

En Argentina, tanto en el período anterior como posterior a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, han ido emergiendo diversas prácticas, experiencias y dispositivos en el campo de la salud mental que se oponen a paradigmas tutelares y que se ubican desde un paradigma de los derechos humanos. Algunas de estas experiencias fueron descriptas en la literatura científica. No obstante, no se han registrado investigaciones que analicen sistemáticamente la producción científica sobre los procesos de desinstitucionalización en salud mental. El objetivo de esta tesis es analizar las prácticas y experiencias que dan cuenta de los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina a partir de la política de salud mental, la adecuación a la legislación vigente, los actores sociales intervinientes y la territorialización del cuidado en el período 1990-2022. A través de una revisión integradora de la producción científica, con un análisis cualitativo descriptivo, se relevaron artículos científicos publicados en bases de datos (Scopus, Scielo, BVS y PubMed) y libros. El corpus bibliográfico final incluyó 46 publicaciones. Como resultado del análisis identificamos que en Argentina se ha desarrollado una multiplicidad de experiencias y dispositivos de procesos de reforma de servicios y de la atención a la salud mental, incluyendo la transformación de grandes instituciones manicomiales, de procesos de inclusión sociohabitacional, sociolaboral y sociocultural. Sin embargo, su implementación ha sido discontinua, de experiencias aisladas y, en ocasiones, poco sustentables a largo plazo, con una fuerte heterogeneidad en las políticas de salud mental entre jurisdicciones. Actualmente, en Argentina continúa vigente un modelo en el que coexisten lógicas asilares y manicomiales con lógicas comunitarias y de derechos humanos. A pesar de ello, las prácticas, experiencias y dispositivos innovadores descriptas en esta investigación demuestran que existen y, son posibles, alternativas concretas y transformadoras de las lógicas manicomiales.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental, Desinstitucionalización, Políticas de Salud, Revisión.

ABSTRACT

In Argentina, before and after the enactment of the Ley Nacional de Salud Mental 26657, various practices, experiences, and devices have been emerging in the mental health field that oppose tutelary paradigms and are human rights paradigm-based. Some of these experiences were described in the scientific literature. However, no research has been recorded that systematically analyzes the scientific production of the processes of deinstitutionalization in mental health. This thesis aims to study the practices and experiences that account for the mental health deinstitutionalization processes in Argentina using the mental health policy, the adaptation to current legislation, the social actors engaged, and the territorialization of care from 1990 to 2022. From an integrative review of scientific production with a descriptive qualitative analysis, scientific articles published in databases (Scopus, Scielo, BVS, and PubMed) and books were surveyed. The final bibliographic corpus included 46 publications. The results describe that, in Argentina, a manifold of experiences and devices has developed for the reform of services and mental health care, including the transformation of large psychiatric institutions and processes of socio-housing, socio-labor, and sociocultural inclusion. However, the implementation has been discontinuous, with isolated experiences, and at times, they were unsustainable in the long term, with a marked heterogeneity in mental health policies among jurisdictions. In Argentina, there is a current model in which asylum logic coexists with community and human rights logic. Despite this, the innovative practices, experiences, and devices described in this research show that concrete and transformative alternatives for the asylum logic exist and are possible.

KEYWORDS: Mental Health, Deinstitutionalization, Health Policies, Review.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda y selección de artículos científicos y libros publicados. 1990-2019. Primera búsqueda febrero 2020	43
Figura 2. Diagrama de flujo de búsqueda y selección de artículos científicos y libros publicados. 2020-2022. Segunda búsqueda diciembre 2022	44

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Estrategias de búsqueda en base de datos electrónicas	38
Cuadro 2. Resultado de la búsqueda en bases de datos	39
APÉNDICE A: Listado de artículos y libros que componen el corpus científico	160

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CABA – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CELS - Centro de Estudios Legales y Sociales

CNSM - Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental

DGSAM – Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

DSMSF - Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe

FAB - Frente de Artistas del Borda

LNSM - Ley Nacional de Salud Mental

PAC - Programa de Atención Comunitaria de niños, niñas y adolescentes con Trastornos Mentales Severos

PPA - Programa de Pre Alta

PREA - Programa de Rehabilitación y Externación Asistida

UBA – Universidad de Buenos Aires

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Pregunta de investigación	12
1.2. Recorte geográfico, temporal y temático	13
1.3. Justificación	13
1.3.1. Justificación social	13
1.3.2. Justificación académica	16
1.3.3. Justificación personal	17
2. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES DEL TEMA	19
2.1. Antecedentes de las reformas en el campo de la salud mental en América Latina y en Argentina	19
2.2. Conceptualizaciones en torno a los procesos de desinstitucionalización	21
2.3. La literatura científica sobre procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina	26
2.4. Políticas de salud mental y antecedentes de experiencias, prácticas y dispositivos de desinstitucionalización en Argentina	26
2.4.1. La hegemonía de la psiquiatría: el alienismo y la higiene social en Argentina	27
2.4.2. Hacia el campo de la salud mental	30
2.4.3. El desmantelamiento del campo de la salud mental durante la última dictadura militar	33
2.4.4. Recuperando el campo de la salud mental: el regreso de la democracia	34
3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	35
3.1. Objetivo general	35
3.2. Objetivos específicos	35
4. METODOLOGÍA	35
4.1. Definición de las estrategias de búsqueda: selección de las bases de datos y de los términos de búsqueda	37
4.2. Criterios de inclusión y exclusión	40
4.3. Resultados obtenidos y proceso de conformación del corpus	40
4.4. Estrategias adicionales de búsqueda	41
4.5. Análisis de la literatura científica seleccionada	45
5. RESULTADOS	46
5.1. Quiénes y desde donde escriben	46

5.2. La producción académica según ubicación geográfica	52
5.3. La literatura científica en relación a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental	57
5.4. Políticas de salud mental y marcos normativos provinciales en Argentina	62
5.5. El concepto de desinstitutionalización en salud mental	72
5.6. Prácticas, experiencias y dispositivos desinstitutionalizadores en el campo de la salud mental	82
5.6.1. Procesos de reforma de servicios y de la atención a la salud mental	85
5.6.2. Dispositivos de inclusión sociohabitacional y apoyos a la vivienda	117
5.6.3. Experiencias de dispositivos de inclusión social y laboral	127
5.6.4. Prácticas socioculturales	133
5.7. Rupturas y continuidades de las prácticas y experiencias en relación a los paradigmas asilar y de derechos humanos.	138
6. CONSIDERACIONES FINALES	140
7. OBSTÁCULOS, DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES	145
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
APÉNDICE A: Listado de artículos y libros que componen el corpus científico	160

1. INTRODUCCIÓN

Esta tesis se dirige a estudiar y analizar las prácticas, experiencias y dispositivos que dan cuenta de los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina a partir de la política de salud mental, la adecuación a la legislación vigente, los actores sociales intervinientes y la territorialización del cuidado, a través de una revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. Cabe destacar que aún no se habían realizado previamente revisiones sistemáticas integradoras de la producción científica sobre los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina.

A lo largo de la historia, las instituciones psiquiátricas han servido para el aislamiento y la segregación social de las personas con padecimientos mentales a fin de preservar el orden social (Faraone, Valero, Bianchi, Mantilla, et al., 2009). El modelo psiquiátrico, nacido del modelo biomédico, tuvo como una de sus principales características el sostenimiento de un sistema basado en la hospitalización e institucionalización de las personas con patologías de salud mental, pensadas como personas insanas, peligrosas, irresponsables e incapaces (Amarante, 2007).

A fines de la década de 1970 hasta la actualidad, a partir de la experiencia de la psiquiatría democrática italiana, el campo de la salud mental ha experimentado múltiples intentos de reforma y el desarrollo de procesos desinstitucionalizadores. La Ley 180, de la mano del psiquiatra italiano Franco Basaglia, sancionada en el año 1978 en Italia, determinó el fin de los hospitales psiquiátricos y posibilitó la abertura de un nuevo escenario asistencial y político en materia de salud mental. La ley Basaglia se constituyó en un hito en el desarrollo de procesos desinstitucionalizadores.

Las experiencias de reforma de los servicios de atención psiquiátrica en varios países de Europa, como las de la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional en Inglaterra, la Psiquiatría de Sector en Francia y la Psiquiatría Democrática en Italia (Amarante, 2007), se establecieron como antecedentes para los procesos de reforma que ocurrirían en los países de América Latina a partir del año 1990 con la Declaración de Caracas OMS/OPS (OPS/OMS, 1990), la cual propone la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina.

En Argentina, a partir de la segunda mitad de la década de 1980 con la vuelta de la democracia, continuaron las transformaciones en el campo de la salud mental que fueron plasmadas en la sanción en el año 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental 26657. En la

actualidad, en el campo de la salud mental en el país “conviven prácticas innovadoras, prácticas deshospitalizadoras y prácticas asilares” (Faraone, Valero, Bianchi, Mantilla, et al., 2009, p. 3).

Se entiende que el concepto de desinstitucionalización no se restringe a la deshospitalización, es decir, al conjunto de medidas de reducción de pacientes en hospitales psiquiátricos y la construcción de dispositivos comunitarios sustitutivos al modelo manicomial. Es entonces, que la desinstitucionalización significa entender a la institución en el sentido dinámico y necesariamente complejo de las prácticas y saberes que producen determinadas formas de percibir, entender y relacionarse con los fenómenos sociales e históricos: deconstrucción de saberes, prácticas y discursos comprometidos con una objetivación de la locura y su reducción a la enfermedad (Amarante, 1994, 1995).

1.1. Pregunta de investigación

Este trabajo de investigación se orienta a analizar las prácticas, experiencias y discursos de los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina a través de una revisión sistemática integradora de la literatura científica. Se parte de la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las prácticas y experiencias que dan cuenta de los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina teniendo en cuenta la política de salud mental, la adecuación a la legislación vigente, los actores sociales intervinientes y la territorialización del cuidado, que se describen en la literatura científica en el período 1990-2022?

Se busca aportar al debate y a la discusión sobre la necesidad de implementación de políticas públicas intersectoriales que deben ofrecer las condiciones para llevar a cabo los procesos de desinstitucionalización, adecuados a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010). Dicha legislación plantea la necesidad de la constitución de una red articulada de salud mental para la atención integral de las personas con problemática de salud mental, la cual debe incluir una intervención interdisciplinaria integral con abordaje individual, familiar y comunitaria (Cap. V, Art. 8 y 9, Ley 26657), una articulación directa de la red de cuidado con una lógica territorial (Cap. V Art. 11 Ley 26657), internaciones de corta duración (Cap. VII, Art. 14 y 15, Ley 26657) y la territorialización del cuidado desde una perspectiva de derechos humanos (Cap. IV Ley 26657).

1.2. Recorte geográfico, temporal y temático

En esta tesis se recopilaron y analizaron artículos científicos originales publicados en bases de datos científicas y libros publicados, en el período entre 1990 y 2022, sobre los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina, a fin de conocer la mirada y los abordajes realizados desde la comunidad científica sobre el tema.

El procedimiento se realizó inicialmente recuperando los artículos científicos en las bases de datos y luego se identificaron en esos textos otros artículos y libros citados que aparecen como referencia en el tema.

En relación con el recorte temporal, se decidió trabajar sobre los artículos científicos y libros publicados desde el año 1990, luego de la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), la cual propone la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y desde cuando comienzan a fortalecerse los procesos de desinstitucionalización y las estrategias alternativas de atención de la salud mental en Argentina. Más allá de este corte temporal definido para la presente investigación, se tuvieron en cuenta para la contextualización y los antecedentes otras experiencias relevantes de desinstitucionalización que acontecieron en Argentina previas a la última dictadura militar.

1.3. Justificación

1.3.1. Justificación social

La transformación de la legislación en salud mental en países de América Latina constituye un paso importante y fundamental para la posibilidad de reestructurar el campo de la salud mental. Sin embargo, no es suficiente para la construcción de ciudadanía y de sujetos de derechos, ya que ello implica la necesidad de modificar las representaciones sociales, las actitudes, los sentidos y, por ende, las relaciones sociales ligadas a conceptos de miedo, de riesgo y de exclusión de la locura, lo cual genera estigma, discriminación y preconceitos.

En este escenario, las problemáticas de salud mental se constituyen en un problema sociosanitario complejo, en el cual no es posible llevar a cabo el paradigma de la desmanicomialización sin una red asistencial y comunitaria adecuada y articulada de atención a la salud mental, principal obstáculo que se presenta en lo cotidiano, como así tampoco sin el

desarrollo de un proceso social de transformaciones e innovaciones para la construcción de un nuevo imaginario social en relación a las personas con padecimiento mental.

En Argentina, se puede observar que “una multiplicidad de abordajes y tratamientos implementados de manera irregular y discontinua, resultaron experiencias aisladas de desinstitucionalización” (Morasso, 2013, p. 50). La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 en el año 2010 marcó un cambio doctrinario respecto de la atención de las personas con padecimientos mentales (Morasso, 2013). A partir de esta ley, las internaciones por salud mental deberían constituirse en el último recurso de tratamiento. Sin embargo, estas aparecen mayormente como el único recurso, sumado a tratamientos ambulatorios que no llegan a cubrir la demanda de la población y a la dificultad en la articulación con otros dispositivos alternativos de atención que no se encuentran adecuadamente desarrollados para abordar esta problemática social compleja como, por ejemplo, casas de medio camino, hospitales de día, talleres comunitarios, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales, atención domiciliaria, entre otros.

La demanda de atención y tratamiento que arriba a las instituciones de salud se convierte en una demanda que, a los fines de las normativas institucionales, resulta compleja de abordar debido, muchas veces, a la imposibilidad de hallar un dispositivo que aloje al paciente por fuera de la institución, lo cual pone en evidencia la brecha entre lo establecido legalmente y las prácticas en los contextos institucionales (Faraone, Valero, Bianchi, Mantilla, et al., 2009).

La profundización de las problemáticas sociales de los sujetos con padecimientos mentales, que incluyen falta o precariedad en la inserción laboral, fragilidad en los vínculos relacionales, red sociofamiliar y trama social de apoyo lábil o inexistente y problemáticas relacionadas con el hábitat, sumado a la inadecuada red asistencial y comunitaria de salud mental, complejizan los procesos de externación hospitalaria y de continuidad del cuidado de las personas que se encuentran internadas en instituciones de salud mental. Asimismo, la fuerte estigmatización de la salud mental y las condiciones de la organización y la gestión de servicios pueden considerarse como los principales obstáculos para llevar a cabo procesos de desinstitucionalización (Morasso, 2013).

El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la organización Mental Disability Rights Internacional (MDRI), en un informe del año 2007 (CELS/MDRI, 2007), visibilizaron la realidad de casi 25 mil personas que se encontraban internadas en instituciones psiquiátricas argentinas antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. El informe del CELS del año 2015 refiere que “el fundamento primordial de la prolongación indefinida de la internación

manicomial es la falta de acceso a derechos sociales, realidad que viven los llamados ‘pacientes sociales’” (Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)., 2015, p. 14). Asimismo, señala que los dispositivos de externación que se programan son insuficientes, precarios y no cuentan, en general, con presupuesto suficiente de las áreas sociales del Estado como desarrollo social, vivienda o trabajo y, por ende, los hospitales psiquiátricos se han ocupado de cubrir problemas sociales de las personas que alojan y controlan. La gran mayoría de las personas internadas lo están, no solamente por los síntomas de su trastorno mental, sino también por algún grado de vulnerabilidad social. Este informe revela cómo actualmente el acceso a la salud pública de las personas con procesos de externación se configura aún alrededor del hospital psiquiátrico: “(...) esta centralidad de la atención brindada por el hospital monovalente muestra la vigencia y los sesgos del paradigma anterior en el sistema de salud” (Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)., 2015, p. 92).

En el primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (CNSM), realizado en el año 2019 por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019), se afirma que la atención en salud mental continúa concentrándose en los hospitales con internación monovalente y, que si bien ha habido importantes avances en los procesos de transformación del modelo de atención en municipios y provincias, fortalecidos y potencializados por la Ley Nacional de Salud Mental, las internaciones prolongadas como respuesta en salud mental aún perduran. El CNSM se realizó en 21 jurisdicciones del país en instituciones de internación monovalente en salud mental públicas o privadas y fueron censadas 12035 personas, de las cuales 37,2% se encontraban internadas por presentar problemas sociales y de vivienda (Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019).

Tisera (2013) señala que “las internaciones prolongadas en el tiempo resultaron concomitantes al deterioro de las redes sociales, habitacionales y laborales, generando una habituación institucional que profundiza las resistencias subjetivas a procesos de externación” (p. 257). Asimismo, la escasez de dispositivos intermedios de atención en la comunidad, como núcleo de las políticas públicas en salud mental que permitan rearmar proyectos de vida, se constituye en el principal obstáculo que profundiza y agrava las situaciones de vulnerabilidad psicosocial (Tisera et al., 2013).

1.3.2. Justificación académica

La salud mental es un campo de conocimiento y de intervención en el ámbito de las políticas públicas de salud, complejo, intersectorial y con transversalidad de saberes en el que convergen actores, recursos, problemas e intereses. Estos conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, por la apropiación o el predominio, de uno o más capitales (Bourdieu, 1997; Spinelli, 2010). Es entonces que no debe ser pensado como un modelo o sistema cerrado, sino como un proceso social complejo en constante transformación (Amarante, 2009). Como afirma Bourdieu (1997), pensar en términos de campo es pensar en términos relacionales.

Stolkiner (2012) se refiere al campo de la salud mental como un subcampo dentro del de la salud en general, pero que se ha configurado como el espacio paradigmático del límite a la concepción biologicista-individual de la enfermedad y ha mantenido formas institucionales que develan la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas: “el éxito del campo de la salud mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida” (p. 58). Por otro lado, refiere que en la investigación en salud mental “se superponen e imbrican determinaciones, debates y agente de ambos campos, y se agrega un plus por la especificidad del subcampo del que nos ocupamos” (Stolkiner, 2019, p. 111).

El movimiento de Salud Colectiva en América Latina, así como la Medicina Social Latinoamericana, corrientes desarrolladas desde los años 70, están intrínsecamente enlazadas con la salud mental y han configurado discursos compartidos y prácticas integradoras (Onocko Campos & Pereira Furtado, 2006; Stolkiner & Ardila Gómez, 2012). El enfoque de derechos que la corriente de la salud colectiva enfatiza es central a las prácticas transformadoras en salud mental destinadas a destituir una de las formas paradigmáticas de objetivación de la modernidad (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012) y han llevado a que movimientos y organizaciones que tienen como idea fuerza los derechos humanos se constituyan en nuevos actores del campo, como por ejemplo, las organizaciones de familiares y usuarios.

El campo de la salud mental se caracteriza por la existencia, múltiple y simultánea, de diferentes disciplinas y corrientes teóricas, que definen modos distintos de comprender el sufrimiento mental y, por lo tanto, también modos distintos de conocerlos y tratarlos (Galende, 2015). En el campo de conocimiento e investigación en salud mental persiste una tensión entre las posiciones de la psiquiatría, hoy representada por la permanencia de los manicomios y por

el avance del positivismo médico a partir de la neurobiología y la industria farmacéutica, frente a los criterios de una perspectiva social y cultural sobre las razones de la salud mental y sus prácticas (Galende, 2015). Como refiere Samaja, la salud sólo se hace accesible al conocimiento en la complejidad de la reproducción social y esto requiere una racionalidad científica de sus enunciados sobre el proceso de salud-enfermedad-atención que integre estas condiciones de la existencia (Galende, 2015). Esta perspectiva sitúa la investigación en salud mental en el campo de las ciencias sociales.

Castro (2016) plantea que las ciencias sociales y las ciencias de la salud se encuentran emparentadas desde su mismo nacimiento y, que desde la segunda mitad del siglo XX, las ciencias sociales comenzaron a construir de manera sistemática como objetos legítimos de investigación a la salud, la enfermedad y los padecimientos: “(...) no cabe ignorar que las propias categorías de conocimiento mediante las cuales se identifica a la enfermedad son objetos de lucha y que esta lucha solo es discernible mediante las herramientas de las ciencias sociales” (p. 56).

La propuesta racional de abordar los problemas de salud mental desde el reconocimiento de que se trata de un objeto complejo lleva a la idea de un abordaje transdisciplinario para su conocimiento que supere al de una disciplina específica: “es en la vida social, la cultura y los procesos de subjetivación, en donde debemos buscar construir un conocimiento racional sobre el sufrimiento mental” (Galende, 2015, p. 165). El estudio de los fenómenos de la salud y la enfermedad, desde la perspectiva de las ciencias sociales es entonces:

(...) un cometido que se justifica no solo por el esclarecimiento que se logra sobre los procesos de morbilidad en sí mismos, sino también porque a través de ellos se accede a un mejor entendimiento del funcionamiento de los grupos sociales, su articulación en torno a la estructura de poder y su papel en la construcción de representaciones ideológicas que tensionan, en diferentes direcciones, al orden social mismo (Castro, 2016, p. 58).

1.3.3. Justificación personal

La selección del tema de estudio y la definición del problema de investigación de esta tesis en relación a los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina fueron pensados y determinados a partir de mi experiencia laboral en el campo de la salud mental y a partir de las motivaciones e inquietudes que fueron y continúan surgiendo del trabajo cotidiano que realizo en una sala de internación de salud mental en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como trabajadora social, formo parte de un equipo

interdisciplinario de salud mental que interviene con personas con padecimientos mentales que cursan internaciones por razones de salud mental. La sala de internación donde me desarrollo profesionalmente comenzó a funcionar en el año 2015. Más allá que ya existían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dos salas de internación de salud mental en hospitales generales, esta fue la primera construida luego de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, según lo que disponen sus artículos 27 y 28 del capítulo VII. En el artículo 27 la ley refiere la prohibición de la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados y dictamina que los ya existentes deben sustituirse por dispositivos alternativos. El artículo 28 de la ley dispone que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales.

En el trabajo cotidiano con personas internadas por razones de salud mental se puede visualizar las dificultades y obstáculos que se presentan para poder llevar a cabo estrategias terapéuticas de intervención planteadas para cada situación particular. Es allí en el cotidiano institucional donde se materializa la brecha existente entre lo establecido legalmente y las prácticas, así como también queda mayormente visible las posibilidades concretas y las limitaciones para poder llevar a cabo intervenciones integrales, territoriales y en red. Una de las preguntas que motivó este proyecto de investigación se relaciona con la problemática de la prolongación de las internaciones por salud mental por cuestiones sociales, familiares y por la inexistencia o la inadecuada red de dispositivos alternativos de salud mental. Es entonces que, tanto las estrategias terapéuticas de intervención, como las estrategias de externación hospitalaria y de continuidad del cuidado, conllevan un arduo trabajo artesanal de los equipos de salud en la conformación de redes informales entre instituciones y dispositivos existentes que no logran brindar la respuesta más adecuada a la situación de salud de las personas con las cuáles trabajamos.

Pensar en las redes y en los dispositivos existentes y en la readecuación de las instituciones de salud mental, partiendo de una experiencia particular de una institución de salud en la ciudad que presenta los mejores índices socioeconómicos del país, es lo que motivó al objetivo de esta tesis de revisión integradora que intentará dar cuenta de los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina descriptos en la literatura científica. Poder analizar a través de las publicaciones realizadas por la comunidad científica cuáles fueron los avances que se realizaron en este sentido, intentará contribuir a comprender el escenario actual en relación a los procesos de desinstitucionalización en el campo de la salud mental.

2. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES DEL TEMA

2.1. Antecedentes de las reformas en el campo de la salud mental en América Latina y en Argentina

Consideramos a la salud mental como un campo en términos de Bourdieu (1997), un campo de conocimiento y de intervención en el ámbito de las políticas públicas de salud, como un proceso social complejo en constante transformación. Este campo de la salud mental, complejo, plural, intersectorial, con transversalidad de saberes ha experimentado a lo largo de la historia hasta la actualidad múltiples intentos de reforma (Amarante, 2009).

En la década de 1970, la sanción de la Ley 180 en Italia, la Ley Basaglia, constituyó un hito en el desarrollo de los procesos desinstitucionalizadores a nivel mundial. Esta ley determinó el fin de los hospitales psiquiátricos y posibilitó la abertura de un nuevo escenario asistencial y político en materia de salud mental. Las reformas psiquiátricas partieron de esta experiencia de la psiquiatría democrática italiana.

La experiencia de reforma de los servicios de atención psiquiátrica en varios países de Europa, centralmente dirigidos al cierre y eliminación de los hospitales psiquiátricos, precedieron y otorgaron los antecedentes para la legislación en países de América Latina a partir del año 1990.

El modelo psiquiátrico, nacido del modelo biomédico, tuvo como una de sus principales características el sostenimiento de un sistema basado en la hospitalización e institucionalización de las personas con patologías de salud mental, a fin de preservar el orden social a través del aislamiento y la segregación social (Amarante, 2007; Faraone, Valero, Bianchi, Mantilla, et al., 2009). Este sistema hospitalario de las instituciones psiquiátricas, asemejado al de las instituciones carcelarias (Foucault, 1998), es fundado en el control, la vigilancia, la disciplina, la represión y la exclusión.

Al inicio del siglo XIX, el nacimiento del modelo de asilo, con el médico francés Philippe Pinel, se caracterizó por un cambio en la percepción de la locura, reducida a la categoría médica de enfermedad mental. A partir de allí, la psiquiatría se establece no sólo en la construcción de establecimientos como el manicomio, sino también en la producción de agentes técnicos como médicos, psicólogos y enfermeros, operadores de discursos y prácticas que subordinan a las personas con patologías de salud mental al poder psiquiátrico. El manicomio pasa a ser el elemento central en el proceso de cura por medio del aislamiento como

principio terapéutico, de la organización del espacio hospitalario con base en las clasificaciones nosográficas y en la relación terapéutica apoyada en la autoridad médica (Dimenstein, 2013).

A fines de la década de 1970, a partir de la experiencia de la psiquiatría democrática italiana, comienzan los intentos de reforma del campo y el desarrollo de procesos desinstitucionalizadores. Es a partir de estos procesos que comienza el cambio de paradigma de las instituciones psiquiátricas como instituciones totales, concepto desarrollado por el sociólogo Goffman (2001) en el que el psiquiatra era el único que poseía el poder-saber, hacia un pasaje a la salud mental que pone en cuestión el discurso médico psiquiátrico, amplía el campo de intervención a otras disciplinas y propone prácticas territoriales en los ámbitos cotidianos de los sujetos (Galende, 1990, 2015). El psiquiatra italiano Franco Basaglia formuló un pensamiento y una práctica institucional con relación a la idea de la superación del aparato manicomial, entendido no solo con respecto a la estructura física del manicomio, sino como un conjunto de saberes y prácticas, científicas, sociales, legislativas y jurídicas que fundamentan la existencia de un lugar de aislamiento, segregación y patologización de la experiencia humana (Amarante, 2007).

Las experiencias de reforma de los servicios de atención psiquiátrica en varios países de Europa, como las de la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional en Inglaterra, que proponían una reformulación del hospital psiquiátrico; la Psiquiatría de Sector en Francia, que planteaba la construcción de un sistema de dispositivos alternativos que con el tiempo tornaran innecesario al hospital psiquiátrico; y la Psiquiatría Democrática en Italia, que formuló la eliminación del tradicional paradigma psiquiátrico (Amarante, 2007; Faraone & Valero, 2013), se establecieron como antecedentes para los procesos de reforma que ocurrirían en los países de América Latina. La lógica de la comunidad terapéutica desarrollada en Inglaterra a fines de los años 40 tenía la intención de transformar el tradicional hospital psiquiátrico en una estructura abierta y democrática. Esta nueva modalidad de asistencia instauró un programa terapéutico opuesto a la tendencia tradicional de la psiquiatría oficial (Trimboli, 2019). Surgen referentes en el campo de la salud mental, como Basaglia, Cooper, Deleuze y Guattari, de una corriente político social “que conecta lo individual y lo social, la alienación mental y la alienación social, por lo que la enfermedad deja de ser una situación personal para convertirse en fruto de las contradicciones internas de la estructura social en que aparece” (Trimboli, 2019, p. 27). También es importante remarcar referentes indiscutibles en el ámbito latinoamericano como Paulo Freire con su concepción de que la educación debe tener una finalidad crítica y emancipadora y una pedagogía crítica que se articula con la psiquiatría crítica y alternativa; y

referentes fundamentales como el psiquiatra y filósofo Frantz Fanon con sus aportes a la psicopatología de la colonización y de la opresión, quien inspiró a numerosos movimientos de liberación anticolonialista (Huertas, 2017).

A partir de la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990) en el año 1990 se propone la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. En el año 2005 se declaran los Principios de Brasilia en la “Conferencia Nacional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas” como una actualización de la Declaración de Caracas, y luego, en el año 2010, el Consenso de Panamá que aporta las bases para los procesos de reforma en los países de la región. Entre la segunda mitad del siglo XX y principios del siglo XXI, países como Colombia, Paraguay, Ecuador, Argentina, Uruguay, Brasil y Perú comenzaron a elaborar políticas públicas de salud mental, en un contexto mundial en el cual las organizaciones internacionales de salud empiezan a reconsiderar la salud mental como un derecho, a estimular a los países a desarrollar programas nacionales de salud mental y a modernizar la legislación y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familias (Henaó et al., 2016). Estos procesos de transformación de la atención de la salud mental de los países de América Latina tienen semejanzas entre sí y diferencias marcadas por los contextos diversos: es entonces, por ejemplo, que no es posible entender la reforma en Argentina sin referenciarla a la segmentación y fragmentación del sistema sanitario del país, con la puja de actores, alianzas y pactos que han caracterizado su configuración (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

En Argentina, continuaron a partir de la segunda mitad de la década de 1980 con la vuelta de la democracia, cambios y transformaciones en el campo de la salud mental, que se plasmaron en la sanción en el año 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental 26657. Estas reestructuraciones apuntaban a que la institucionalización de las personas con problemas de salud mental sea paulatinamente reemplazada por intervenciones territoriales en los ámbitos cotidianos de los sujetos, en las que se prioricen los vínculos sociales y la posibilidad de que puedan sostener una actividad productiva y lo más autónoma posible.

2.2. Conceptualizaciones en torno a los procesos de desinstitucionalización

Los procesos de desinstitucionalización conllevan la concepción de que los dispositivos de atención de la salud mental deben pensarse como lugares de contención, de cuidado, de intercambio de saberes, lugares de sociabilidad y producción de subjetividades. Las propuestas

de reforma en el campo de la salud mental se orientan a desarrollar servicios centrados en la comunidad, desde la perspectiva de la atención primaria de la salud, como una forma de dar respuesta a la exclusión de las personas con sufrimiento mental y cuestionando “el papel central que tuvo el hospital psiquiátrico y la internación como única respuesta para abordar dicha problemática” (Tisera et al., 2013, p. 252). Este cambio en las relaciones sociales y de poder involucran la participación activa de la comunidad en la resolución de sus problemas y “la posibilidad de consenso y superación de tensiones político-económicas, técnico-profesionales e ideológicos, sostenidos por una diversidad de actores institucionales, profesionales, de la comunidad y los usuarios” (Tisera et al., 2013, p. 253).

Diversos autores han planteado diferentes conceptualizaciones para nombrar, definir y dar cuenta de estos procesos: deshospitalización, desinstitucionalización, desmanicomialización y, más recientemente, el concepto de sustitución de lógicas manicomiales y de des/institucionalización.

El concepto de desinstitucionalización (Rotelli et al., 1990), proveniente de la corriente italiana, aunque lo contemple, no es sinónimo de deshospitalización (Amarante, 1994, 1996). Es decir, el conjunto de medidas de reducción de pacientes en hospitales psiquiátricos, de reducción del tiempo medio de permanencia hospitalaria y en la promoción de altas hospitalarias. Saraceno expone que es un error usar los términos deshospitalización y desinstitucionalización como sinónimos, “siendo la deshospitalización un acto administrativo que hace que un paciente salga de la institución-hospital, mientras la desinstitucionalización es un proceso que hace que el paciente salga de la institución-psiquiatría” (Saraceno, 2003, p. 47).

Amarante (2009) refiere que las grandes experiencias de reformas psiquiátricas fueron reducidas a propuestas de restructuración de servicios o a intentos de humanizar el hospital, de introducirle nuevas técnicas y tratamientos para transformarlo en una institución terapéutica. Lo manicomial no concluye con el cierre de los hospitales psiquiátricos, ya que esta asociación reduccionista en muchas ocasiones justificó los recortes presupuestarios en la atención de la salud mental: esto permite pensar, por un lado, en los procesos de transinstitucionalización, es decir, el traspaso de pacientes del hospital psiquiátrico a otras instituciones, como por ejemplo, residencias para adultos mayores u hogares y, por otro, en los procesos de inclusión de problemas vinculados a la salud mental en otros espacios de control social duro no centrados en el manicomio (Faraone, 2015). Las medidas de cierre de neuropsiquiátricos deben ser acompañadas con la construcción simultánea de dispositivos comunitarios sustitutivos al modelo manicomial: internaciones breves en hospitales generales de agudos, servicios de

atención psicosocial comunitarias, residencias terapéuticas, casas de medio camino, hospitales y centros de día, cooperativas de trabajo, proyectos de inclusión social y laboral, entre otros. Como refiere Pierri (Sy et al., 2020), “crear una política desinstitucionalizadora requiere presupuesto, recursos. Diferenciar esto de intenciones deshospitalizadoras y ajustadoras en la actualidad es la espinosa tarea que nos toca como trabajadores de la salud mental” (p. 76).

En este sentido, desinstitucionalizar significa entender a la institución en el sentido dinámico y necesariamente complejo de las prácticas y saberes que producen determinadas formas de percibir, entender y relacionarse con los fenómenos sociales e históricos: deconstrucción de saberes, prácticas y discursos comprometidos con una objetivación de la locura y su reducción a la enfermedad (Amarante, 1995). La desinstitucionalización como práctica de transformación contempla, según Rotelli (1990), desplazar el énfasis en el proceso de cura para la producción de salud, la construcción de una nueva política de salud mental, la construcción de estructuras externas sustitutivas a la internación en instituciones psiquiátricas y la transformación de las relaciones de poder entre las instituciones y los sujetos. Asimismo, Rotelli (1990) hace hincapié en el cuidado como elemento clave, en demoler la idea de la compartimentación de las terapias (médica, psicológica, social, farmacológica, etc.), la valorización de la dimensión afectiva en la relación terapéutica y el desplazamiento de la perspectiva de la intervención en los hospitales psiquiátricos para la intervención en la comunidad.

Por otro lado, el concepto de desmanicomialización es un neologismo creado desde el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Río Negro en el año 1988 para nombrar al proceso de transformación en la atención de la salud mental que se estaba implementando en dicha provincia (Natella & Cohen, 2007), que alude al:

(...) proceso, técnica, principios y valores que guían las prácticas para la transformación, con enfoque de derecho (...) como toda construcción, la desmanicomialización es un proceso gradual y progresivo, se desarrolla por aproximaciones sucesivas y simultáneas, y se relaciona con las cualidades y recursos de un contexto determinado (Cohen, 2019, p. 57).

Este concepto es utilizado en Argentina para cuestionar el modelo de internación y de tratamientos de los hospitales neuropsiquiátricos, promoviendo un cambio en el proceso de atención de la salud mental, guiado por principios democráticos, humanizadores, pluralistas y transformadores.

Otros autores e investigadores han acuñado el término sustitución de lógicas manicomiales, concepto proveniente del Programa de sustitución de lógicas manicomiales de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe entre los años 2004 y 2011 (Faraone & Valero, 2013), el cual responde a:

(...) poner en escena que el manicomio no empieza y termina en sus muros, sino que son múltiples las causas que lo sostienen, con múltiples agentes de reproducción. La sustitución de las lógicas manicomiales implicó una apuesta a la construcción de un proyecto que debía transformar el propio espacio hospitalario con procesos de externación de muchos de los usuarios allí alojados, pero también con la complejidad que estos procesos debían afrontar, y es en ese espacio donde emerge la articulación con otras instituciones de control social duro (...) (Faraone, 2015, p. 64).

Otro término acuñado por Faraone (2015), la des/institucionalización, pone en relieve que es necesario la creación de una nueva “institucionalidad” en los procesos de transformación de la salud mental.

Las estrategias de desinstitucionalización desde una perspectiva de derechos humanos favorecen la externación e inclusión social de las personas con padecimientos mentales, distanciándose de intervenciones intramuros en el hospital psiquiátrico que producen cronicidad (Tisera et al., 2013). Asimismo, este nuevo paradigma plantea el desarrollo de acciones preventivas desde la cual se concibe a la persona con padecimiento mental como un sujeto de derecho que comienza a disputar su lugar y su posición en el campo de la salud mental. Es por ello que, para lograr la consolidación de las prácticas y experiencias de desinstitucionalización, que incluyen los procesos de externación y de inclusión social, “es necesaria una intervención que apele a la interdisciplinariedad, intersectorialidad y que tienda a efectivizar la protección de derechos y la recuperación y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental” (Tisera et al., 2013, p. 253).

El enfoque de derechos y la constitución de nuevos actores en el campo de la salud mental son centrales en las prácticas transformadoras en salud mental. Las organizaciones de familiares y usuarios son indispensables para modificar la tendencia fuertemente corporativa de los actores tradicionales del campo y modificar su resistencia a las transformaciones (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

El fin del manicomio como organización y como institución comienza a través de una lucha política, teórica y práctica que tiene como objetivo articular una red comunitaria de cuidados, englobando diferentes servicios sustitutivos al manicomio, conectados con otros espacios y sectores, y en la invención de nuevas relaciones y sociabilidades dentro de la

comunidad (Dimenstein, 2013). Velzi Diaz (2018) hace referencia a la importancia de un Plan de Salud Mental que proporcione coherencia y cohesión a las prácticas en el sistema y facilite la articulación de su funcionamiento:

(...) es también imprescindible y prioritaria, la creación de aquellos servicios y dispositivos capaces de alojar en la comunidad todas las dimensiones que hacen a la complejidad inherente a los padecimientos mentales. Sin la apertura de los servicios territoriales que cubran la demanda existente, no es posible pensar en sustituir al hospital monovalente (p. 261).

La concepción del territorio es un elemento fundamental en la construcción de un nuevo escenario estratégico en salud mental, entendido como una fuerza viva de relaciones concretas e imaginarias que las personas establecen entre sí, con los objetos, con la cultura, con las relaciones que se dinamizan y se transforman; el trabajo en territorio no es un trabajo de construcción o promoción de salud mental, sino de reproducción de la vida y de subjetividades (Amarante, 1994).

La organización de la atención de la salud mental en red, vinculada a la atención primaria de la salud, y la adopción de modelos de atención integral de base territorial constituyen los aspectos centrales para el cambio de la asistencia psiquiátrica centrada en lo hospitalario, siendo capaz de producir un cuidado integral, continuo y de calidad con las personas con padecimiento mental. Este modelo de atención integral requiere complementarse con la articulación y creación de una red de recursos con un amplio abanico de estrategias interdependientes, no solo sanitarias sino también de soporte social como políticas habitacionales, laborales y de fortalecimiento de vínculos sociofamiliares.

Por otro lado, la participación y el control social en las políticas de salud mental por profesionales, usuarios y sus familias se constituye en uno de los principios necesarios para estas transformaciones. Como señala Amarante (2007), principios tales como democratización, participación social, corresponsabilidad, recepción, escucha y transversalidad pasaron a formar parte del cotidiano de la atención psicosocial; los servicios territoriales deberían ser fortalecidos a tal punto que el camino de vuelta al hospital ya no precise ser realizado.

2.3. La literatura científica sobre procesos de desinstitutionalización en salud mental en Argentina

En Argentina, encontramos investigaciones de autores, algunos ya mencionados en los apartados anteriores, que han contribuido a pensar y analizar el campo de la salud mental en el país. Autores como Faraone (2009; 2013), Galende (1990, 2015), Stolkiner y Ardila Gómez (2012), Cohen (1994; 2007), Gerlero y Augsburg (2012), entre otros, inscriptos institucionalmente en universidades argentinas e institutos de investigación, han realizado aportes y contribuciones teóricas en relación a la temática de esta investigación dentro del campo de la salud mental.

La literatura científica existente sobre procesos de desinstitutionalización en salud mental en Argentina se ubica en mayor parte en publicaciones en libros y en artículos publicados en bases de datos científicas. Estas publicaciones abordan experiencias de desinstitutionalización realizadas en diversas provincias y ciudades del país. Sin embargo, no encontramos dentro de las publicaciones científicas artículos de revisión sobre los procesos de desinstitutionalización en salud mental en Argentina. Cabe destacar un artículo científico de Naszewski y Sy (2020) que tiene como objetivo realizar una revisión integradora de la literatura científica publicada a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, para analizar cuáles son las lecturas, cómo se posicionan al respecto y cuáles son las propuestas y dificultades para su implementación.

Resulta importante mencionar que en otros países como Brasil, que ha transitado procesos de transformación en el campo de la salud mental anteriores a los procesos en Argentina y con un mayor desarrollo en experiencias y dispositivos sustitutos de salud mental, es posible encontrar un mayor número de artículos científicos publicados en bases de datos científicas y artículos de revisión de la literatura científica brasilera sobre la temática.

2.4. Políticas de salud mental y antecedentes de experiencias, prácticas y dispositivos de desinstitutionalización en Argentina

Se considera fundamental realizar un recorrido por las políticas de salud mental en Argentina y hacer mención de las experiencias, prácticas y dispositivos de desinstitutionalización que acontecieron en el país previas a la última dictadura militar, las

cuáles si bien no son el objeto de análisis de la presente investigación, revisten una enorme relevancia para comprender y contextualizar las experiencias y dispositivos analizados en este trabajo desde el corte temporal definido (1990-2022).

2.4.1. La hegemonía de la psiquiatría: el alienismo y la higiene social en Argentina

La psiquiatría nace como especialidad médica en el país entre los años 1870 y 1890, completando su desarrollo en la última década del siglo XIX y las tres primeras décadas del siglo XX: se formaron las primeras generaciones de especialistas y se crearon instalaciones hospitalarias y cátedras universitarias (Stagnaro & Conti, 2017).

En esa época, se había afirmado un dispositivo psiquiátrico siguiendo al positivismo y a la ideología manicomial de la psiquiatría francesa de Pinel y Esquirol: el alienismo (Carpintero & Vainer, 2018). La tecnología del alienismo que funda los manicomios junto con la clínica psiquiátrica se muestra como un paradigma de la razón positivista (Vezzetti, 1985). Este modelo, a través del tratamiento moral, proponía el encierro de los pacientes, a los cuales se les aplicaba tratamientos físicos y sociales, como una supuesta curación de la enfermedad mental (Carpintero & Vainer, 2018). Vallejo (2005) expone que Latinoamérica fue el espacio de gestación de las reelaboraciones del darwinismo y del evolucionismo spenceriano, en un momento donde la psiquiatría y la criminología entraban en una nueva fase de su devenir, “contribuyendo a que la vieja lucha de razas fuera reactualizada ‘científicamente’, y sobre esos fundamentos pudiera desarrollarse el movimiento eugenésico que a la larga terminaría articulando intereses nacionalistas y teorías biológicas” (p. 15).

En Argentina, la creación de espacios donde custodiar la locura fue contemporánea a la conformación del Estado Nacional:

El marco de las preocupaciones médico higiénicas es una de las raíces –la otra es el alienismo– no solo de la construcción de los primeros manicomios en Buenos Aires, sino de una percepción de los síntomas de la locura bajo el marco de ese ideario de la asistencia pública, que ve al desviado recortado sobre el telón de fondo de los conflictos de la ciudad (Vezzetti, 1985, p. 40).

Hacia mediados del siglo XIX, se crearon el Hospital de Alienadas (actual Hospital Moyano) y el Hospicio de las Mercedes (actual Hospital Borda) (Pierri, 2021). Lucio Meléndez, quien era director del hospicio de hombres, puede ser definido como el primer alienista de Argentina.

Las instituciones para mujeres hacia fin del siglo XIX eran dirigidas por la Sociedad de Beneficencia que manejaba fondos públicos, mientras que los asilos de varones dependían de la municipalidad y la asistencia estaba más ligada al positivismo médico: “construidos con conocimientos clínicos y científicos de la psiquiatría moderna” (Pierri, 2021, p. 51). El criterio y la organización de la asistencia de hombres tendió a diferenciarse de la asistencia de mujeres y niños, lo que provocó que la Sociedad de Beneficencia choque con los valores del positivismo médico que se imponían en el gobierno sanitario (Vezzetti, 1985). Las instituciones de mujeres, cuya asistencia estaba a cargo de religiosas, “se parecía a un beaterío o casa de recogimiento, más bien que a un Hospital” (Ingenieros, 2005, p. 122). Pierri (2021) refiere que el tratamiento diferencial según género se tradujo en datos como que la mortalidad en los asilos de mujeres hacia 1880 era mayor que la de los varones. El CELS (2022), recuperando los aportes del documento Plan de Adecuación, presentado por las autoridades del Hospital Dr. Alejandro Korn, refiere que las mujeres internadas fueron históricamente objeto de prácticas violentas y violatorias de derechos humanos:

El sistema asilar manicomial tuvo un impacto diferencial sobre los cuerpos de las mujeres (...) durante los primeros 57 años de historia solo se contaba con recintos cerrados donde se encontraban “acorraladas” (...) las intervenciones en los cuerpos, en su sexualidad, el aborto obligado, la ligadura de trompas, la apropiación de hijas e hijos de las mujeres que parieron en el Hospital, dan cuenta de esto (p. 3).

Desde 1880 en adelante comienza a predominar en los manicomios la población inmigrante (Ingenieros, 2005; Vezzetti, 1985). Las transformaciones de la situación social del país, en donde el modelo agroexportador y el fomento de las inmigraciones implicaron un desplazamiento de la población hacia las ciudades, produjeron nuevos problemas sociales y sanitarios (Carpintero & Vainer, 2018). Esto provocó la incorporación de las nacientes ideas del higienismo, que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios en el conjunto social mediante la intervención del Estado:

Desde la higiene pública a la medicina mental y la criminología, ciertos intentos de medicalización de la conducta ciudadana (...) están comprometidos en la exigencia de armonizar la modernización y expansión del aparato productivo con el control de la masiva conmoción demográfica debida al caudal inmigratorio (Vezzetti, 1985, p. 12).

A principios del siglo XX, la salud mental en Argentina estuvo vinculada a la higiene social: “La medicina mental en los albores de la constitución del Estado-Nación se convirtió en una verdadera higiene social: un dispositivo cuyo objetivo no era sólo la cura sino también el

control” (Galarza, 2015, p. 71). Los procesos de la conformación liberal del Estado y la descalificación moral y racial de las masas tuvieron como resultado la asociación de la locura con la improductividad (Galarza, 2015). La peligrosidad, la pobreza material y la inmigración estaban relacionados en el discurso psiquiátrico argentino con la insania, así como también en esa época ser mujer y migrante era considerado un riesgo para la salud mental (Sy et al., 2020).

Los primeros manicomios del país reflejaron situaciones de encarcelamiento, hacinamiento y desatención de las condiciones trazadas por el modelo alienista. Meléndez, a principios del siglo XX, comenzó a plantear que el manicomio había nacido insuficiente y proponía como solución la creación de colonias de alienados fuera de la ciudad (Ingenieros, 2005; Vezzetti, 1985). El médico alienista Domingo Cabred, continuador de la obra de Meléndez, fue el responsable de la habilitación de las primeras instituciones asilares abiertas para el tratamiento de la enfermedad mental y de la discapacidad intelectual: las colonias Open Door. A mediados del siglo XIX se instaura en Escocia una forma de tratamiento que tenía como terapéutica la libertad y la supresión de todo medio de coerción mecánica (Rossetto, 2009). Cabred introduce al país este nuevo sistema de asilos alejados de las ciudades con espacios verdes al aire libre. Rossetto (2009) cita al autor Malamud, quien refiere que “se derribaron muros, se suprimieron rejas y se ofreció a los alienados libre y sin interferencias, la vista del horizonte. Era el sistema Open Door” (p. 464). Los asilos creados en este período, caracterizados por el sistema colonia, colaboraban con el Estado en su financiamiento a través de la explotación agrícola y ganadera. El modelo de las colonias se caracterizó por la humanización del proceso de atención, la rehabilitación por medio de la educación y el trabajo, el sistema de puertas abiertas con la supresión de las barreras físicas entre el asilo y la comunidad y el enfoque que promovía el aislamiento terapéutico en zonas rurales (Rossetto, 2009).

Vezzetti (1985) señala que el objetivo de la reintegración social del loco comenzó por la reforma del manicomio aproximándolo a una pequeña comunidad rural donde el trabajo al aire libre se convirtió en uno de los elementos más importantes del tratamiento moral: el trabajo terapéutico. El tratamiento moral es fundamentalmente un modo de plantear la relación de autoridad del alienista respecto al alienado en el interior del manicomio: “en el marco de ese (...) discurso médico que inunda todo el pensamiento político del siglo XIX, el asilo y el alienista proveerán modelos e ideales para la constitución (...) de una tecnología de la dominación de los hombres y las sociedades” (Vezzetti, 1985, p. 71). El tratamiento moral consistía en “la suma de principios y medidas que, impuestos al alienado, pretendía reeducar la

mente, alejar a los delirios e ilusiones, y llamar la consciencia de la realidad. El hospital, como institución disciplinaria, sería por sí mismo una institución terapéutica” (Amarante, 2009, p. 33). La función disciplinadora y moralizadora del trabajo, la separación con la familia, la dirección de las pasiones y el control de la imaginación son los ejes del tratamiento moral (Vezzetti, 1985).

Durante este período se funda un gran número de instituciones psiquiátricas: el Asilo Colonia Nacional de Alienados de Luján en 1901 (actual Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred), asociado a descomprimir el problema de hacinamiento del Hospicio de las Mercedes; el Asilo Quinta de Lomas en 1908 (actual Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves), construido para desahogar “la gran masa de enfermas crónicas que obstruían la asistencia de las agudas” (Ingenieros, 2005, p. 134) del Hospital Nacional de Alienadas; el Asilo Colonia Hospital Melchor Romero en 1884 (actual Hospital Dr. Alejandro Korn); el Hospital de Alienadas de Córdoba en 1890; el Asilo Colonia Mixto de Retardados de Torres en la provincia de Buenos Aires en 1915 (actual Colonia Nacional Montes de Oca); y el Asilo Colonia Mixto de Oliva en la provincia de Córdoba en 1914 (hoy Hospital Vidal Abal de Oliva).

2.4.2 Hacia el campo de la salud mental

En la década de 1940 con el surgimiento del peronismo, cuya base social fueron los sectores populares, se afianzó el Estado de Bienestar y se introdujo una nueva lógica de políticas sociales basada en la idea de derechos. En 1949, el Departamento Nacional de Higiene se transforma en Ministerio de Salud Pública, bajo el mando del Dr. Ramón Carrillo: se comienza a concebir a la salud como un derecho ciudadano y al estado como garante. En materia de salud mental, se reorganizó los establecimientos de internación para que las personas allí alojadas estuvieran más cerca de sus comunidades a fin de evitar la cronificación y se propuso la internación en hospitales generales (Di Nanno, 2008; Stolkiner, 2018).

El traspaso conceptual y terminológico de la higiene mental a la salud mental se produce tras la Segunda Guerra Mundial en 1948 en Londres en el III Congreso Internacional de Salud Mental, lo que implicaba abandonar las ideas eugénicas y las relaciones entre higiene mental y racial (Huertas, 2017). En ese contexto, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostenían la necesidad del pasaje de la psiquiatría a la salud mental

y la necesidad de buscar alternativas al manicomio mediante la prevención y promoción de la salud mental en la comunidad (Vainer, 2019).

En Argentina, luego del golpe de 1955, comenzó una etapa de inestabilidad política, con una sucesión de golpes militares y breves períodos de gobiernos electorales con proscripción del peronismo. En materia de salud, este período se caracterizó por un progresivo desfinanciamiento del sector público en salud y la descentralización del sistema. En simultáneo, se produjo una creciente organización popular de resistencia y oposición que influyó en la salud mental (Stolkiner, 2018).

Carpintero y Vainer (2018; 2019) mencionan tres hechos determinantes que marcan el inicio del campo de la salud mental en el país en el año 1957: 1) la creación del Instituto Nacional de Salud Mental que reemplaza a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental; 2) la creación de las carreras universitarias de Psicología por las cuáles se configura el movimiento del campo psi en Argentina (Stagnaro & Conti, 2017); y 3) la instalación de uno de los primeros servicios de psicopatología en un Hospital General: el Hospital de Lanús de la mano de Mauricio Goldemberg. Es entonces que “se intentaba dejar atrás el paradigma de la vieja psiquiatría manicomial en consonancia con las reformas que se daban en el mundo y la importancia que el psicoanálisis empezaba a tener en todos los ámbitos de la cultura” (Carpintero & Vainer, 2018, p. 20): durante estos años se crearon las primeras residencias de salud mental, las salas de internación en hospitales generales, los hospitales de agudos y las comunidades terapéuticas.

En Argentina, el movimiento de antipsiquiatría fue acogido relativamente temprano y tuvo que ver directamente con “determinadas experiencias de atención psiquiátrica alternativa, a lo que debemos añadir el importante papel que el psicoanálisis siempre ha tenido en esta república, así como el gran nivel de politización de la salud mental” (Huertas, 2017, p. 14). Uno de los impulsores del cambio de visión de los tratamientos en el campo de la salud mental fue Mauricio Goldemberg, quien en 1956 se hace cargo de la jefatura del Servicio de Psicopatología del Policlínico Lanús y comienza a desarrollar un verdadero modelo de reforma (Trimboli, 2019).

Durante el gobierno militar de Onganía (1966-1970), luego del golpe militar al gobierno de Illia, se promueve el Primer Plan de Salud Mental en 1967 cuyos objetivos eran la externación de los grandes hospitales psiquiátricos y la implementación de un sistema descentralizado de atención mediante diferentes centros periféricos. Estos objetivos no se cumplieron: se mantuvieron los hospitales psiquiátricos y se crearon siete colonias además de

las seis existentes (Stolkiner, 2018; Vainer, 2019). En este período, en el campo de la salud mental se puede destacar el agrupamiento de profesionales y la fundación de asociaciones de psicólogos y psiquiatras (Vainer, 2019).

A finales de la década de los años 60 y durante los años 70, se comienzan a implementar modelos basados en las comunidades terapéuticas y la Psiquiatría Comunitaria a partir de los aportes teóricos y prácticos propuestos por Maxwell Jones en Inglaterra. Desde el Instituto Nacional de Salud Mental, creado en 1957, se impulsó la creación de comunidades terapéuticas en distintos hospitales y colonias como pruebas piloto. Esto se corresponde a un momento de ebullición de críticas al modelo psiquiátrico tradicional y de nacimiento del campo de la salud mental (Galende, 1990). Como ejemplo, en el Hospital Esteves de Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires se puso en marcha el Centro Piloto de Comunidad Terapéutica (CP) entre 1969 y 1971, pero se trató de una experiencia acotada a un solo pabellón de esa institución psiquiátrica. En esos años, convivieron en el Esteves "dos instituciones con sus respectivas prácticas inscriptas en paradigmas divergentes en salud mental: el manicomio y la comunidad terapéutica" (Sy et al., 2020, p. 73). Las experiencias de las comunidades terapéuticas funcionaron sin que se transformara el modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico (Huertas, 2017).

Durante ese período, se promueven nuevos abordajes como la creación de servicios de psicopatología dentro de los hospitales generales. La experiencia del Hospital de Lanús con Mauricio Goldemberg fue la más conocida en el país y en Latinoamérica, aunque cabe aclarar que no fue el primer Servicio de Psicopatología en un hospital general en el país, sino que ya que se encontraban funcionando servicios en el Hospital Rawson y en el Rivadavia (Carpintero & Vainer, 2018). Sin embargo, esta experiencia ofició como un acontecimiento ejemplificador de una nueva manera de abordar la atención en salud mental (Stagnaro & Conti, 2017):

Con la introducción de Goldemberg de un enfoque interdisciplinario, comunitario y dinámico en el tratamiento de las personas con padecimiento mental, se pasó de una tendencia de tratamientos psiquiátricos centrados en el hospicio hacia otra basada en los hospitales generales, sumando consultorios externos, interconsultas con otros servicios, hospital de día y atención comunitaria en los barrios, entre más alternativas (Trimboli, 2019, p. 28).

En 1968, al ser nombrado Goldemberg jefe del Departamento de Salud Mental (actual Dirección General de Salud Mental) de la Ciudad de Buenos Aires, los hospitales generales de la ciudad comienzan a contar con Servicios de Psicopatología, comienzan a ingresar los

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

primeros psicólogos y otros profesionales y se crean los Centros de Salud Mental (Carpintero & Vainer, 2018; Trimboli, 2019).

Durante este período histórico, la salud mental comunitaria ejerció un papel de resistencia ante gobiernos autoritarios (Huertas, 2017). En este contexto de gran movilización social y crecimiento de sectores revolucionarios, los profesionales psi leían como parte de su formación los textos de Cooper, Laing, Basaglia, Szasz, Goofman, Deleuze y Guattari, Fanon y Freire (Stagnaro & Conti, 2017):

Las técnicas grupales, las asambleas de pacientes, el funcionamiento de los servicios con el modelo de comunidad terapéutica, los hospitales de día y el propósito de trabajar con la comunidad, liquidar las formas asilares de hospitalización y propender a la reinserción social de los pacientes de larga evolución, se convirtieron en la manera más difundida de pensar el trabajo en la especialidad (Stagnaro & Conti, 2017, p. 46).

2.4.3 El desmantelamiento del campo de la salud mental durante la última dictadura militar

En las dictaduras que acontecieron en América Latina, las experiencias basadas en un modelo de salud mental comunitaria fueron cerradas y muchos profesionales del campo de la salud mental, psiquiatras y psicólogos, fueron asesinados, desaparecidos o exiliados (Huertas, 2017). Uno de los campos donde la política represiva de la última dictadura militar en Argentina se desató con mayor contundencia fue el de los profesionales y trabajadores de la salud mental (Stagnaro & Conti, 2017): mientras comenzaba un proceso de desfinanciamiento y descentralización de los servicios de salud en general con una lógica de mercado, en el campo de la salud mental se produjo el desmantelamiento de los servicios más innovadores, cierres de carreras universitarias, ilegalización de las organizaciones profesionales, el secuestro y el exilio de trabajadores de la salud mental, el reemplazo de las prácticas asistenciales del campo de lo social por formas autoritarias y hospitalocéntricas de corte manicomial. Un caso emblemático durante la dictadura cívico militar fue lo acontecido en el Hospital Posadas, el cual fue intervenido, se prohibió todo tipo de actividad grupal asistencial y fueron detenidos desaparecidos más de 50 trabajadores de la salud y dirigentes gremiales de ese efector (Carpintero & Vainer, 2018). Las psicoterapias de grupo, así como las reuniones clínicas fueron suprimidas en todas las instituciones y la acción represiva ocasionó la interrupción de tratamientos, la ruptura de vínculos terapéuticos y la suspensión de todas las actividades

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

comunitarias (Stagnaro & Conti, 2017). 397 trabajadores y estudiantes del campo de la salud mental fueron desaparecidos (Vainer, 2019).

2.4.4 Recuperando el campo de la salud mental: el regreso de la democracia

Con el regreso de la democracia a fines de 1983, con Vicente Galli como Director Nacional de Salud Mental, “hubo varias experiencias piloto que intentaron recuperar el campo de la salud mental” (Vainer, 2019, p. 37): la desmanicomialización en el provincia de Río Negro; el Plan-Piloto de Salud Mental y Social La Boca-Barracas en la Ciudad de Buenos Aires y la creación de las Residencias Interdisciplinarias de salud mental en distintos puntos del país.

La historia en la Argentina y en el mundo permite ver que las modificaciones en salud mental cuestan (...) La historia de las reformas durante el último siglo nos muestran una sucesión de diferentes luchas que llevaron desde un orden manicomial con hegemonía psiquiátrica al intento de instalar el campo de la salud mental (...) interdisciplinario, intersectorial, con diferentes actores y protagonistas (Vainer, 2019, p. 37).

Una serie de factores han impedido los avances en nuestro país y en el mundo: la instalación del capitalismo financiero desde mediados de los años 70 que promovió una privatización del sector salud, con su consecuente medicalización del padecimiento subjetivo y reduccionismo biológico de la subjetividad; y por otro lado, batallas dentro del propio campo entre corporaciones, concepciones y teorías (Vainer, 2019). Como refiere Vainer (2019), “los cambios en el campo solo suceden a través de luchas” (p. 38), tanto políticas como teórico-técnicas.

3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo general

Analizar las prácticas y experiencias que dan cuenta de los procesos de desinstitutionalización en salud mental en Argentina a partir de la política de salud mental, la adecuación a la legislación vigente, los actores sociales intervinientes y la territorialización del cuidado, a través de una revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar y describir la conceptualización de desinstitutionalización en salud mental que se realiza en la literatura científica en el período 1990-2022.
- Caracterizar los paradigmas desde donde se ubica la política de salud mental y las legislaciones vigentes según la ubicación geográfica de las experiencias y dispositivos de desinstitutionalización desarrollados en la literatura científica.
- Conceptualizar y describir las prácticas, experiencias y dispositivos de abordaje desinstitutionalizadores que aparecen en la literatura científica según sus recursos, actores, dinámica, fragilidades, potencialidades y vinculación con el campo de la salud mental.
- Analizar las rupturas y continuidades de las prácticas y experiencias, que dan cuenta de los procesos de desinstitutionalización en salud mental en Argentina desarrolladas en la literatura científica, en relación a los paradigmas asilar y de derechos humanos.

4. METODOLOGÍA

Este estudio de revisión sistemática integradora de la producción científica (Botelho et al., 2011) se llevó a cabo a partir de un análisis cualitativo descriptivo de fuentes secundarias desde una perspectiva interpretativa reflexiva. Se analizaron artículos científicos originales publicados en bases de datos científicas y libros publicados a fin de conocer la mirada y los abordajes realizados desde la comunidad científica sobre el tema descripto.

El procedimiento se realizó inicialmente recuperando los artículos científicos en las bases de datos, tal como describimos más adelante, y luego se identificó en esos textos los libros

y artículos citados que aparecen como referencia en el tema. La decisión de incluir libros publicados se debió a que estos forman parte de la literatura científica sobre la temática a investigar. Asimismo, teniendo en cuenta que estos libros son textos de referencia para los artículos científicos que fueron seleccionados y, considerado la fragmentación que existe en la literatura científica en el campo de la salud mental, su inclusión permitió un abordaje y análisis de mayor profundidad de la complejidad de los procesos de desinstitucionalización en Argentina.

La revisión de la literatura, que implica la organización y la discusión de un asunto de investigación, es un primer paso para la construcción de conocimiento científico, pues es a través de este proceso que surgen nuevas teorías y a partir de la cual es posible reconocer vacíos y oportunidades para el surgimiento de nuevas investigaciones (Botelho et al., 2011).

La revisión bibliográfica sistemática es una revisión planificada para responder a una pregunta de investigación específica, que utiliza métodos explícitos y sistemáticos para identificar, seleccionar, evaluar críticamente, recolectar y analizar datos de los estudios incluidos en la revisión. Se utilizan como fuentes de datos la literatura de determinado tema con una metodología clara y reproducible. Dentro de este tipo de revisión bibliográfica, se encuentra la revisión integradora, un método específico que resume el pasado de las publicaciones de literatura empírica o teórica para brindar una comprensión más amplia de un fenómeno particular. Este método de investigación busca trazar un análisis sobre el conocimiento ya construido en investigaciones anteriores sobre un determinado tema, lo cual contribuye al desarrollo de nuevos conocimientos y teorías (Botelho et al., 2011).

El proceso de revisión integradora que se desarrolló siguió una sucesión de etapas bien definidas que se detallan a continuación: 1) identificación del tema, selección de la pregunta de investigación, definición de las estrategias de búsqueda, selección de las bases de datos y de los términos de búsqueda, 2) establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión, identificación de los artículos preseleccionados y seleccionados y estrategias de búsqueda adicionales, 3) categorización de los artículos y libros seleccionados y 4) análisis e interpretación de los resultados y presentación de la revisión.

4.1. Definición de las estrategias de búsqueda: selección de las bases de datos y de los términos de búsqueda

Las bases de datos de bibliografía científica utilizadas en este trabajo fueron Scopus, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y PubMed. La definición del uso de estas bases de datos se fundamenta en que cubren un espectro amplio de publicaciones, cada una con sus características particulares.

Por un lado, Scopus¹ es una base de datos con cobertura de disciplinas de ciencias de la salud y ciencias sociales de interés para el presente trabajo. Asimismo, se encuentra disponible en la Universidad Nacional de Lanús, la cual la torna accesible para su uso.

La base de datos SciELO² es una biblioteca electrónica que conforma una red iberoamericana de colecciones de revistas científicas en texto completo y con acceso abierto, libre y gratuito, iniciativa de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de San Pablo, Brasil (FAPEST) y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME/OPS/OMS). Esta biblioteca científica busca asegurar la visibilidad y el acceso universal a la literatura científica y aumentar la credibilidad nacional e internacional de la producción científica de América Latina y Caribe.

La Biblioteca Virtual en Salud³ (BVS) es una colección dinámica de fuentes de información cuyo objetivo es el acceso equitativo al conocimiento científico en salud. Esta red de redes es construida colectivamente y coordinada por BIREME. Esta biblioteca dispone de citas bibliográficas de experiencias relacionadas a problemáticas sanitarias de Argentina y de otros países de América Latina y el Caribe, las cuales son de calidad académica y han sido evaluadas y certificadas.

La base de datos PubMed⁴ es un proyecto desarrollado por la National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine (NLM). Es una base de datos de acceso libre, especializada en ciencias de la salud y que abarca más de 5300 revistas científicas de salud de un amplio abanico de países del mundo. Asimismo, actualiza constantemente tanto la información bibliográfica como su entorno de consulta, lo cual permite un fácil acceso y búsqueda a los usuarios.

¹ <https://www.scopus.com/>

² <http://www.scielo.org/php/index.php>

³ <http://bvsalud.org/>

⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Para la realización de la búsqueda, se definió la utilización de términos libres y no se utilizaron filtros. Se decidió trabajar sobre los artículos científicos desde el año 1990, luego de la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), la cual propone la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y desde cuando comienzan a fortalecerse los procesos de desinstitucionalización y las estrategias alternativas de atención de la salud mental en Argentina. Más allá de este corte temporal definido para la presente investigación, se tuvieron en cuenta para la contextualización y los antecedentes otras experiencias relevantes de desinstitucionalización que acontecieron en Argentina previas a la última dictadura militar.

Inicialmente se realizaron algunas búsquedas exploratorias con diversas palabras claves y descriptores y se realizó un análisis preliminar de los resultados, a fin de delimitar los términos más adecuados para obtener los resultados más afines para la presente investigación. Los términos libres que se delimitaron y se utilizaron para la búsqueda fueron los siguientes: “mental health AND deinstitutionalization AND Argentina”, “mental health AND psychiatric reform AND Argentina” y “mental health AND health policy AND Argentina”. Según cada base de datos, se utilizaron diferentes campos de búsqueda: Scopus (Field: article title/ abstract/ keywords), Scielo (Field: abstract), BVS (Field: title/abstract/subject) y PubMed (Field: title/abstract).

Las búsquedas fueron realizadas de la siguiente manera:

Cuadro 1. Estrategias de búsqueda en base de datos electrónicas.

Base de datos	Campo de búsqueda	Operador lógico
Scopus	Title, Abstract and Keywords	And
SciELO	Abstract	And
PubMed	Title/Abstract	And
BVS	Title, Abstract, Subject	And

Fuente: Elaboración propia

La búsqueda en las bases de datos seleccionadas con los descriptores definidos se realizó en dos momentos. La primera búsqueda fue realizada en el mes de febrero de 2020 y se recuperaron 220 artículos científicos. Considerando el tiempo transcurrido luego de la defensa

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

del proyecto de esta tesis, se decidió realizar una nueva búsqueda con filtro de años (2020 a 2022) para recuperar artículos disponibles correspondientes a dicho período. La segunda búsqueda fue realizada en el mes de diciembre de 2022 y se recuperaron 36 artículos científicos, tal como aparece descrito en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Resultado de la búsqueda en bases de datos

Base de datos	Tipo de términos	Términos usados	Nro. de artículos hallados (1990 -2019)	Nro. de artículos hallados (2020 – 2022)
Scopus	Términos libres	mental health and deinstitutionalization and Argentina	7	2
		mental health and psychiatric reform and Argentina	4	2
		mental health and health policy and Argentina	34	17
SciELO	Términos libres	mental health and deinstitutionalization and Argentina	1	0
		mental health and psychiatric reform and Argentina	1	0
		mental health and health policy and Argentina	10	0
PubMed	Términos libres	mental health and deinstitutionalization and Argentina	2	1
		mental health and psychiatric reform and Argentina	1	1
		mental health and health policy and Argentina	2	0

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

Base de datos	Tipo de términos	Términos usados	Nro. de artículos hallados (1990 -2019)	Nro. de artículos hallados (2020 – 2022)
BVS	Términos libres	mental health and deinstitutionalization and Argentina	20	1
		mental health and psychiatric reform and Argentina	17	3
		mental health and health policy and Argentina	121	9

Fuente: Elaboración propia

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

En esta segunda etapa se establecieron los criterios de inclusión y exclusión para la búsqueda de la producción científica en las bases de datos.

La inclusión de los artículos encontrados se basó en los siguientes criterios: a) que sean artículos científicos disponibles en idioma inglés, portugués o español, y b) que aborden como tema central los procesos de desinstitucionalización en salud mental en relación con experiencias y/o dispositivos de salud mental existentes y/o políticas de salud mental en Argentina en el período 1990-2022.

Con relación a los criterios de exclusión, se descartaron aquellos artículos que: a) analicen exclusivamente marcos normativos y/o legislativos, b) sean artículos científicos que aborden experiencias anteriores al año 1990.

4.3. Resultados obtenidos y proceso de conformación del corpus

En esta etapa se identificaron los artículos científicos preseleccionados y seleccionados a través de las búsquedas en las diferentes bases de datos, realizadas durante el mes de febrero de 2020 (primera búsqueda) y diciembre de 2022 (segunda búsqueda).

Como se describió en el punto anterior, se encontraron en las bases seleccionadas un total de 220 artículos científicos en la primera búsqueda y 36 artículos científicos en la segunda

búsqueda. Se importaron los listados de la búsqueda de cada base de datos a una planilla Excel para su organización y manejo, a fin de seleccionar los artículos científicos que se constituyeron en el corpus científico de la presente investigación. Se generó un único listado de todos los registros provenientes de las distintas bases de datos.

En primer lugar, se eliminaron los artículos duplicados a través de la función de la planilla de Excel “quitar duplicados” y luego se realizó una verificación manual de este procedimiento. Se encontraron 90 artículos científicos que estaban duplicados en la primera búsqueda y 12 artículos científicos duplicados en la segunda búsqueda.

En segundo lugar, se realizó una primera selección a partir de la lectura y exploración del título, del resumen y de las palabras claves de cada publicación encontrada por la estrategia de búsqueda y verificando su adecuación a los criterios de inclusión y exclusión. En este proceso, se eliminaron 107 artículos científicos que no cumplían con los criterios definidos en la primera búsqueda y 22 artículos científicos en la segunda búsqueda.

En tercer lugar, se realizó una nueva selección tras la lectura pormenorizada y el análisis del texto completo de los artículos científicos. Se eliminaron 10 artículos científicos que no cumplían con los criterios definidos en la primera búsqueda. En la segunda búsqueda no se eliminó ningún artículo en esta selección.

4.4. Estrategias adicionales de búsqueda

En esta etapa, se utilizaron estrategias adicionales de búsqueda a través de las citas y referencias bibliográficas de los artículos científicos seleccionados mediante la búsqueda en las bases de datos. Las estrategias alternativas de búsqueda también se realizaron en dos momentos. A partir de estas estrategias adicionales, en la primera búsqueda realizada en febrero de 2020, se añadieron 14 artículos científicos y 13 libros publicados, todos ellos bibliografía de referencia para los artículos anteriormente incluidos. A partir de las estrategias adicionales, en la segunda búsqueda realizada en diciembre de 2022, se añadieron 2 artículos científicos, 1 documento y 1 libro publicado.

Como mencionamos en el apartado inicial de metodología del proyecto, la decisión de incluir libros publicados se debió a que estos forman parte fundamental de la literatura científica sobre la temática a investigar y constituyen textos de referencia para los artículos científicos que fueron seleccionados. La literatura científica en el campo de la salud mental de Argentina se encuentra fragmentada, por lo que la inclusión de estos libros publicados que abordan como

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

tema central los procesos de desinstitucionalización en salud mental en relación con experiencias y/o dispositivos de salud mental existentes y/o políticas de salud mental en Argentina en el período 1990-2022, permitió un abordaje más adecuado de la complejidad de la temática a investigar.

Se ha realizado una búsqueda adicional en el Repositorio Institucional CONICET Digital⁵ y en los Anuarios de las Becas de Investigación Ramon Carrillo Salud Investiga⁶. Asimismo, se revisaron revistas no indizadas como Clepios⁷ y Topia⁸, pero no se han adicionado artículos provenientes de esas publicaciones por no cumplir los criterios de inclusión de la presente investigación. A partir de la búsqueda en Topía, se ha anexado un libro proveniente de dicha editorial. Se han incluido tres artículos provenientes de una publicación realizada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación del año 2019 sobre experiencias en salud mental en el país: “Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina”⁹. Es pertinente aclarar que fueron tomados en cuenta para el análisis y para la discusión otras revistas de circulación científica de salud mental, como las mencionadas anteriormente, donde también se publican textos de autores de los libros incorporados y de los autores citados en el marco teórico, pero que no fueron tomados como parte del corpus científico por los criterios de inclusión y exclusión. Por último, resulta necesario explicitar que se ha agregado al corpus científico un documento realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Esta publicación de dominio público ha sido anexada debido a que conlleva una importancia insoslayable en la literatura científica sobre la temática a analizar.

El proceso de construcción del corpus se puede observar en el Cuadro 3, mientras que las citas excluidas durante el proceso pueden consultarse en las Tablas 1, 2, 3 y 4 del Apéndice Electrónico I (primera búsqueda) y del Apéndice Electrónico II (segunda búsqueda). Las citas añadidas a través de las estrategias alternativas de búsqueda pueden visualizarse en la Tabla 5 del Apéndice Electrónico I y en la Tabla 4 del Apéndice Electrónico II.

A partir de la búsqueda en base de datos y las estrategias adicionales de búsqueda quedó conformado el corpus científico para la revisión integradora: 31 artículos científicos, 1

⁵ <https://ri.conicet.gov.ar/>

⁶ <https://www.argentina.gob.ar/salud/investiga/anuarios>

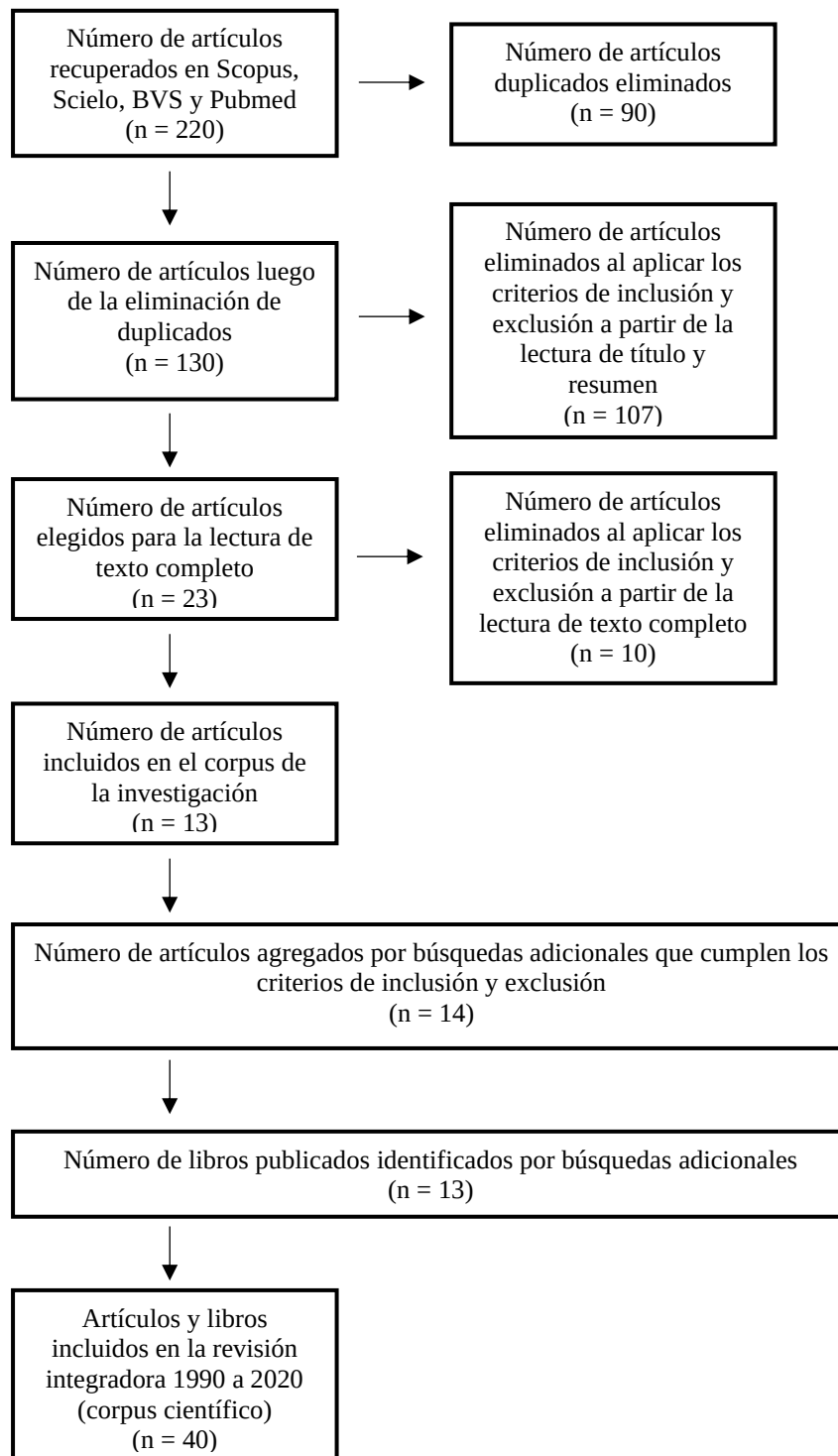
⁷ <http://www.polemos.com.ar/clepios.php>

⁸ <https://www.topia.com.ar/revista>

⁹ [Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación | Haceres Colectivos. Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina.](#)

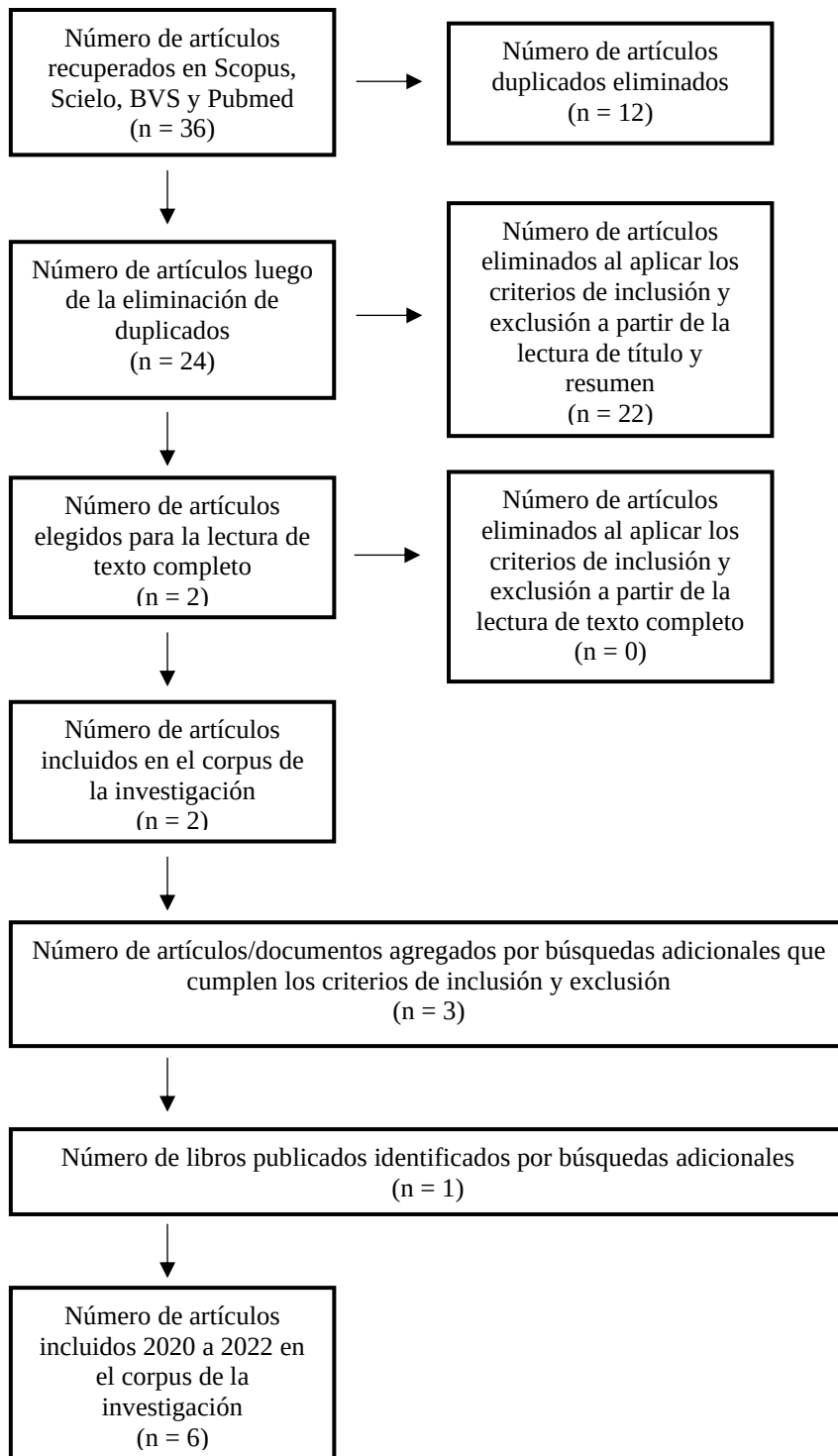
documento y 14 libros publicados. El corpus se puede consultar en el Apéndice A y en la Tabla 6 del Apéndice Electrónico I.

Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda y selección de artículos científicos y libros publicados. 1990-2019. Primera búsqueda febrero 2020.



Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Diagrama de flujo de búsqueda y selección de artículos científicos y libros publicados. 2020-2022. Segunda búsqueda diciembre 2022.



Fuente: Elaboración propia

4.5. Análisis de la literatura científica seleccionada

Inicialmente se clasificaron los artículos científicos y los libros publicados seleccionados en las fases anteriores con el objetivo de extraer y documentar las informaciones y los datos obtenidos. Para ello, se utilizó como instrumento una matriz de análisis, debido a su capacidad de resumir aspectos complejos del conocimiento (Botelho et al., 2011). En esta matriz de análisis se organizaron los textos obtenidos a partir de la revisión de la literatura.

Los artículos científicos y los libros publicados se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido (Souza Minayo, 2019). El análisis estuvo orientado por categorías preestablecidas y categorías emergentes, que surgieron como transversales a partir de la lectura analítica de los artículos. Cabe explicitar que cada libro que forma parte del corpus científico de esta investigación se analizará como una unidad. No todos los capítulos de los libros fueron incluidos en el análisis. Los capítulos o segmentos que no cumplían con los criterios de inclusión y cumplían los criterios de exclusión fueron apartados.

Para el análisis de las informaciones recolectadas, se definieron las siguientes categorías analíticas:

- Quienes y desde donde escriben. Disciplina de los autores y su filiación institucional. Metodología de las publicaciones científicas.
- Producción académica según ubicación geográfica de las prácticas, experiencias y dispositivos orientados a generar procesos de desinstitucionalización.
- Literatura científica en relación a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657. Posicionamiento frente a la ley.
- Políticas de salud mental y marcos normativos en Argentina. Paradigmas en que los que se ubica la literatura científica. Antecedentes.
- Conceptualización de desinstitucionalización en salud mental.
- Prácticas, experiencias y dispositivos desinstitucionalizadores en el campo de la salud mental. Recursos, actores, dinámica, fragilidades y potencialidades.
- Rupturas y continuidades con el paradigma asilar y el paradigma de derechos humanos.

5. RESULTADOS

En este apartado se presentará una descripción de los resultados de análisis organizados por grandes categorías.

5.1. Quiénes y desde donde escriben

Como señalamos previamente, la producción científica sobre los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina es proporcionalmente menor a la de otros países de la región como Brasil. Sin el filtro que seleccione aquellos artículos de Argentina, el número de trabajos que se obtendría sería inmanejable para el análisis cualitativo que aquí nos proponemos desarrollar. Cabe hacer mención que Brasil ha transitado procesos de transformación en el campo de la salud mental anteriores a los procesos en Argentina y con un mayor desarrollo en experiencias y dispositivos sustitutivos de salud mental.

En Argentina, no se encontraron dentro de las publicaciones científicas artículos de revisión sobre los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina. Se ha encontrado un artículo reciente de revisión bibliográfica publicado en el año 2020 sobre los cambios y continuidades a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Naszewski & Sy, 2020). Este artículo científico aborda temas como la contextualización y los puntos críticos de la ley en relación a recursos y dispositivos, pero no incluye las experiencias y dispositivos sustitutivos de la lógica manicomial que se han implementado en el país.

Los datos respecto a las disciplinas y a la pertenencia institucional de los autores de la literatura científica existente sobre procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina analizada en esta investigación fueron recabados en base a lo explicitado en los artículos científicos y en los libros publicados.

Se han hallado 43, de los 46 artículos y libros, escritos por profesionales de la salud (Barcala et al., 2020, 2022; Barcala & Luciani Conde, 2015; Barcala & Torricelli, 2013; Bejarano et al., 2019; Benedetti et al., 2019; Borelli et al., 2022; Brain et al., 2018; Cáceres et al., 2009; Cohen et al., 1994; Cohen & Natella, 2013; Costa & Mattarucu, 2013; Elvira, 2021; Faraone et al., 2011, 2012; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Ferigato et al., 2011; Gerlero et al., 2010, 2011; Gerlero & Augsburg, 2012; Hurley & Agrest, 2021; Keena et al., 2017; Lenta et al., 2019; López Santi, 2011, 2019; Natella et al., 2018; Natella & Cohen, 2007, 2016; Paulin Devallis et al., 2016; Pellegrini, 2005, 2009, 2011;

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

Rattagan, 2009; Razzouk et al., 2012; Riva Roure et al., 2019; Rossetto, 2009; Tisera et al., 2013, 2017, 2018; Trimboli, 2019; Valero & Faraone, 2011; Zaldúa, 2016). De los tres artículos restantes, uno no especifica disciplina de quienes lo escriben (Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn), 2011), el otro fue escrito por una profesional del área de la economía (Morasso, 2013) y el último fue escrito colectivamente por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR) (Centro de Estudios Legales y Sociales et al., 2022).

De los 43 artículos y libros publicados escritos por profesionales de la salud, 25 son escritos por disciplinas específicas de la salud mental como psicología y psiquiatría: 13 por psicólogos (monodisciplinar) (Barcala & Luciani Conde, 2015; Barcala & Torricelli, 2013; Elvira, 2021; Gerlero et al., 2011; Gerlero & Augsburger, 2012; Keena et al., 2017; Lenta et al., 2019; Rattagan, 2009; Rossetto, 2009; Tisera et al., 2013, 2017, 2018; Zaldúa, 2016), 10 son escritos por psiquiatras (monodisciplinar) (Cohen et al., 1994; Cohen & Natella, 2013; López Santi, 2011, 2019; Natella & Cohen, 2007, 2016; Pellegrini, 2005, 2009, 2011; Razzouk et al., 2012), y 2 por psicólogos y psiquiatras (interdisciplinarios) (Brain et al., 2018; Costa & Mattarucu, 2013). En los otros artículos y libros escritos interdisciplinariamente, se suman a la psicología autores con disciplinas más asociadas a las ciencias sociales y otros campos disciplinares como Trabajo Social (Barcala et al., 2020, 2022; Bejarano et al., 2019; Benedetti et al., 2019; Borelli et al., 2022; Faraone et al., 2011, 2012; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Hurley & Agrest, 2021; Natella et al., 2018; Paulin Devallis et al., 2016; Trimboli, 2019; Valero & Faraone, 2011), Antropología (Faraone et al., 2011, 2012; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Ferigato et al., 2011; Valero & Faraone, 2011), Sociología (Barcala et al., 2020, 2022; Cáceres et al., 2009; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Gerlero et al., 2010; Riva Roure et al., 2019; Trimboli, 2019), Comunicación Social y Abogacía (Bejarano et al., 2019; Trimboli, 2019), Terapia Ocupacional (Bejarano et al., 2019; Benedetti et al., 2019; Ferigato et al., 2011), Psicopedagogía (Barcala et al., 2020) y Enfermería (Benedetti et al., 2019).

En relación a los resultados anteriores, se pueden observar algunas cuestiones a analizar. Por un lado, la mayor parte de los artículos y libros fueron escritos de modo mono disciplinar, lo cual podría evidenciar las dificultades que existen a la hora de producir conocimiento de manera interdisciplinaria. Por otro lado, se visualiza el predominio de las disciplinas más asociadas históricamente al abordaje y a la producción de conocimiento en el campo de la salud

mental, como son la psiquiatría y la psicología. La mayor parte de los artículos que incluyen otras disciplinas más asociadas a las ciencias sociales pertenecen a equipos de investigación de universidades e institutos de investigación. Esto indicaría que la alianza con el ámbito académico favorece la interdisciplina. En concordancia con lo planteado por Galende (2015), para el avance de una perspectiva crítica de la investigación en salud mental se debe aceptar que “no existe un discurso único, cuyos enunciados disciplinarios puedan conformar una teoría sobre el sufrimiento mental” (p. 165), sino que existen diversas perspectivas teóricas que intentan dar cuenta de ello desde disciplinas más allá de las psicologías y de la medicina. Por lo tanto, se considera que tanto para las prácticas como para la construcción de conocimientos es fundamental incluir los principios del pensamiento de la complejidad y los fundamentos de la transdisciplina y lo social:

El conocimiento racional no puede surgir de la suma de enunciados de las diferentes disciplinas involucradas, la complejidad del objeto de conocimiento, el sujeto en su existencia real y los modos de expresar el sufrimiento mental, requiere de un discurso coherente, capaz de fundar una prácticas basada en el reconocimiento de esta complejidad (Galende, 2015, p. 165).

Los artículos y libros del corpus científico (22) que fueron escritos por autores que pertenecen a instituciones de salud refirieron no haber recibido o no especificaron haber recibido financiamiento. De éstos, sólo 4 se definieron como investigaciones cuali y/o cuantitativas (Elvira, 2021; Keena et al., 2017; López Santi, 2019; Natella & Cohen, 2016). El resto de los artículos son relatos de experiencias, dispositivos y/o procesos de desinstitucionalización en salud mental (Bejarano et al., 2019; Benedetti et al., 2019; Brain et al., 2018; Cáceres et al., 2009; Cohen et al., 1994; Cohen & Natella, 2013; Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn), 2011; Costa & Mattarucu, 2013; López Santi, 2011; Natella et al., 2018; Natella & Cohen, 2007; Pellegrini, 2005, 2009, 2011; Rattagan, 2009; Riva Roure et al., 2019; Rossetto, 2009; Trimboli, 2019).

Las/os autores de los artículos científicos y libros que están inscriptos institucionalmente en universidades argentinas e institutos de investigación (24) han realizado investigaciones cualitativas (Barcala et al., 2020; Barcala & Luciani Conde, 2015; Borelli et al., 2022; Centro de Estudios Legales y Sociales et al., 2022; Faraone et al., 2011, 2012; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Ferigato et al., 2011; Hurley & Agrest, 2021; Lenta et al., 2019; Paulin Devallis et al., 2016; Razzouk et al., 2012; Tisera et al., 2013, 2017,

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

2018; Valero & Faraone, 2011; Zaldúa, 2016) e investigaciones evaluativas (Barcala et al., 2022; Barcala & Torricelli, 2013; Gerlero et al., 2010, 2011; Gerlero & Augsburger, 2012; Morasso, 2013). De estas investigaciones, 16 han explicitado haber recibido financiamiento y 8 no lo han recibido o no lo han especificado (Barcala & Torricelli, 2013; Hurley & Agrest, 2021; Lenta et al., 2019; Morasso, 2013; Paulin Devallis et al., 2016; Razzouk et al., 2012; Tisera et al., 2017; Zaldúa, 2016). La mayoría de las investigaciones que han sido financiadas fueron a través de becas de investigación otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación y por la Universidad de Buenos Aires.

Es entonces que podemos destacar dos grandes líneas de producción académica: los relatos de experiencias escritos por los mismos profesionales de la salud mental que intervinieron y/o condujeron esas experiencias o dispositivos, lo cual nos cabe analizar el sesgo y la posibilidad de crítica hacia las prácticas; e investigaciones cualitativas, con trabajo de campo, realizadas por investigadores de instituciones académicas del país.

Con respecto a los artículos científicos y libros cuyos autores y autoras fueron testigos directos y protagonistas de los acontecimientos y experiencias que relatan, se puede pensar en principio en las siguientes cuestiones. Por un lado, la íntima relación entre la subjetividad o la ideología del investigador con los objetivos de una investigación:

Una importante peculiaridad metodológica de las ciencias humanas y sociales tiene que ver con la afortunada dificultad para separar lo objetivo de lo subjetivo; es decir, la imposibilidad de deslindar radicalmente, por un lado, el sujeto y objeto de conocimiento y, por otro, los juicios de hecho y los juicios de valor (Huertas, 2017, p. 9).

Podemos pensar que los artículos científicos que relatan experiencias cumplen con las características de testimonios, los cuáles conllevan la subjetividad de quien lo emite y, por ende, son portadores de “posibles imprecisiones y alteraciones ideológicas y emocionales” (Stagnaro & Conti, 2017, p. 24) y limitaciones en sus relatos. Sin embargo, se reconoce lo valioso del relato de experiencias en primera persona. Como refieren estos autores a continuación, “ningún discurso histórico puede adjudicarse una objetividad tan extrema” (Stagnaro & Conti, 2017, p. 24).

Actualmente hay un cuestionamiento de la memoria en tanto ésta se encuentra atrapada por la subjetividad de quien la emite. Como si la historia se pudiera hacer sin memoria; o, lo que es peor aún, como si en la historia y en la memoria no se jugara una lucha de poder (...) Al posibilitar la autocrítica la memoria separa el agente recordante de la experiencia recordada; su resultado va a ser que una

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

memoria crítica puede ser capaz de erigirse como el mejor tipo de análisis histórico (Carpintero & Vainer, 2018, p. 13).

En relación a ello, se resalta la importancia de que los propios equipos y trabajadores de la salud tengan la posibilidad de investigar y escribir sobre sus propias prácticas, aunando “el saber” con el “hacer”.

Paulin Devallis y Baffo (2016) se realizan la siguiente pregunta en relación a la investigación de los procesos de desmanicomialización en la Provincia de Río Negro:

¿Por qué invertir recursos y tiempo en investigarlo? Porque creemos en la integralidad de la atención, y consideramos necesario unir el pensar y el hacer. Superar la división que se da entre los trabajadores de la trinchera y los investigadores. Intentando superar esa dicotomía, las autoras creemos que se necesitan esfuerzos sistemáticos de investigación, de acción y comunicación, para entender los procesos de salud-sufrimiento-atención y cuidado implicados en la desmanicomialización (p. 38).

Por otro lado, aspectos relacionados con la subjetividad y la producción de conocimiento no escapan a los artículos de investigaciones cualitativas cuyos autores se encuentran inscriptos en instituciones académicas, ya que ninguna producción académica puede pensarse como una entidad abstracta escindida de su contexto de producción. Toda ella es producto de actores sociales situados en un contexto histórico, político, económico y social en particular y motivados por determinados intereses y concepciones (Martinovich, 2022). En cualquier caso, toda esta discusión resulta algo anticuada y estéril, en la medida que responde a un realismo ingenuo que desde las ciencias sociales se ha superado hace tiempo; quizá uno de los mayores desafíos actuales es la articulación de saberes académicos y experienciales.

Stolkiner (2019) refiere que es necesario una mayor articulación entre equipos de investigación académicos y espacios de práctica profesional en el ámbito de la salud mental, siendo necesario la investigación “con” los servicios:

Las prácticas en los servicios suelen tener poco tiempo y espacio para sistematizar preguntas y conocimientos; los grupos académicos de investigación suelen estar disociados de los espacios donde estos saberes y preguntas se producen, pese a tener las herramientas y el ejercicio de investigación necesarios (p. 119).

En esta línea, Desviat (2010) manifiesta que existe una disociación entre la práctica y la investigación como forma de producción teórica en salud mental, en especial en escenarios de reforma:

Hay una clara disociación entre quienes hacen clínica y quienes hacen investigación, o bien, en el ámbito de los servicios, entre quienes ven pacientes y quienes escriben sobre cómo se ven los pacientes. Brecha que hace que las preguntas que responden los investigadores no sean las que se producen en la clínica (...) (Desviat, 2010, p. 261).

Por otro lado, la mayoría de las publicaciones analizadas abordan prácticas, experiencias y/o dispositivos desde la perspectiva de los responsables de la gestión, autoridades políticas-sanitarias y desde la perspectiva de los trabajadores de la salud. Se encontraron escasas publicaciones que incluyan y rescaten la voz, en primera persona, de las personas usuarias con padecimientos de salud mental, en relación a procesos de transformaciones institucionales, prácticas y dispositivos desinstitucionalizadores. Se pueden mencionar artículos que conforman el corpus científico que incluyen en sus relatos la voz de las personas usuarias de los siguientes autores: Ferigato et al. (2011); Tisera et al. (2013, 2018); Zaldúa (2016); Paulin Devallis et al. (2016); de la Red de Cooperativas Sociales (Bejarano et al., 2019); y de los Coordinadores y emprendedores de empresas sociales de la Provincia de Chubut (2011). Mayormente, otros artículos hallados que rescatan la voz de las personas usuarias son publicaciones relacionadas con la calidad de la atención, con la accesibilidad y las trayectorias terapéuticas y no en relación a procesos de desinstitucionalización, por lo cual quedan excluidos de esta investigación. Retomando lo analizado en el apartado anterior, esto evidencia la necesidad de una mayor articulación para la construcción de conocimiento no sólo entre equipos de investigación académicos y trabajadores de la salud mental, sino también con las personas usuarias.

Por último, cabe destacar que la mayor parte de los artículos científicos y libros publicados fueron escritos desde instituciones públicas tanto de salud como académicas, a excepción de algunos artículos escritos desde organizaciones no gubernamentales. Un artículo fue escrito por el equipo de salud de una asociación civil que es contratada para brindar sus servicio por un gobierno municipal (Costa & Mattarucu, 2013), un documento fue escrito por una organización no gubernamental de derechos humanos (Centro de Estudios Legales y Sociales et al., 2022) y otro artículo fue escrito por la Federación de Cooperativas Autogestionadas de Buenos Aires (Bejarano et al., 2019). No aparecen en esta búsqueda artículos científicos escritos desde equipos de instituciones privadas ni investigaciones cuyo objeto de estudio sean experiencias y/o dispositivos en ámbitos privados de salud ni del sector de la seguridad social. Esto pone en evidencia la falta de conocimiento sobre lo que acontece en el campo de la salud mental en el país en ámbitos que no sean públicos.

5.2. La producción académica según ubicación geográfica

Respecto a la ubicación geográfica de las prácticas, experiencias y dispositivos orientados a generar procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina en la literatura científica se pueden observar los siguientes resultados.

Se encontraron en los artículos científicos y en los libros publicados experiencias desarrolladas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en las Provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Río Negro, Córdoba, San Luis, Entre Ríos, San Juan, Neuquén, Chubut, La Rioja, Jujuy y Tierra del Fuego. Uno de los artículos científicos aborda el desarrollo de los procesos de desinstitucionalización de manera federal (Morasso, 2013) y otro analiza la experiencia de la Red Nacional de Cooperativas Sociales (Bejarano et al., 2019). No se encontraron experiencias y dispositivos desarrollados en las Provincias de Catamarca, Chaco, Corrientes, Formosa, La Pampa, Mendoza, Misiones, Salta, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tucumán.

Se puede observar la ausencia de publicaciones que aborden prácticas, experiencias y dispositivos innovadores desarrollados en otros grandes conglomerados poblacionales del país como, por ejemplo, de la Provincia de Mendoza o de la Provincia de La Pampa, que también presentan procesos de transformación en el campo de la salud mental. Se puede evidenciar que las jurisdicciones del país que cuentan con una mayor producción científica en relación a los procesos de desinstitucionalización como, por ejemplo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Santa Fe, parte de dicha producción está vinculada a la existencia de equipos de investigación de universidades y de instituciones académicas que realizan estudios de aquellas poblaciones. En relación a la Provincia de Río Negro, por el valor histórico de dicho proceso de reforma del campo de la salud mental, cuenta con una extendida producción escrita sobre dicha experiencia. Así también acontece con la Provincia de Buenos Aires, donde se encuentran experiencias paradigmáticas vinculadas a la creación de dispositivos y tratamientos innovadores.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires es el distrito con mayor producción académica en relación a la temática analizada. Se encontraron 12 artículos científicos (Barcala et al., 2020, 2022; Barcala & Torricelli, 2013; Brain et al., 2018; Costa & Mattaruko, 2013; Ferigato et al., 2011; Gerlero et al., 2010, 2011; Lenta et al., 2019; Natella et al., 2018; Tisera et al., 2013,

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

2017) y 5 libros publicados (Barcala & Luciani Conde, 2015; Gerlero et al., 2011; Tisera et al., 2018; Trimboli, 2019; Zaldúa, 2016) que desarrollan experiencias en el distrito federal.

Dichos artículos presentan las siguientes experiencias y dispositivos desarrollados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Programa de apoyo a jóvenes en procesos de externación o egreso institucional de la Asociación Civil La Casona de Los Barriletes (Costa & Mattarucu, 2013); Frente de Artistas del Borda (Ferigato et al., 2011; Trimboli, 2019); Programa de PreAlta en un hospital monovalente (Tisera et al., 2013; Zaldúa, 2016); Programa de Salud Mental Comunitaria para niños, niñas y adolescentes con Trastornos Mentales Severos (PAC) (Barcala & Torricelli, 2013); Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental (Natella et al., 2018); transformaciones de la Sala de Internación de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez (Brain et al., 2018; Trimboli, 2019); Programa Residencial en Salud Mental en el Hospital José T. Borda (Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2017, 2018); Hospital de Día para personas con consumo problemático y Hospital de Día para personas con padecimiento mental grave del Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez (Trimboli, 2019); Cooperativa Social La Huella (Trimboli, 2019); y Dispositivo de atención domiciliaria AdoP-AdoPi (Trimboli, 2019). Se encontraron dos artículos científicos y un libro publicado escritos por el mismo equipo de investigación del Instituto de la Salud Juan Lazarte de Rosario que realizaron un estudio multicéntrico que incluyó a la Ciudad de Buenos Aires y en donde analizaron los servicios que brindan cuidados de salud mental (Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012) y la continuidad del cuidado en salud mental en Centros de Atención Primaria (Gerlero et al., 2011). Por último, dos de los artículos científicos y un libro realizado por un equipo de investigación desarrolló un estudio multicéntrico que incluyó a la Ciudad de Buenos Aires y analizó las políticas de salud mental en niñez y su implementación (Barcala et al., 2020, 2022; Barcala & Luciani Conde, 2015).

Provincia de Buenos Aires

En relación a la Provincia de Buenos Aires, se encontraron 10 artículos científicos (Barcala et al., 2020; Borelli et al., 2022; Cáceres et al., 2009; Hurley & Agrest, 2021; Keena et al., 2017; López Santi, 2011, 2019; Rattagan, 2009; Riva Roure et al., 2019; Rossetto, 2009), un documento (Centro de Estudios Legales y Sociales et al., 2022) y un libro publicado (Trimboli, 2019) cuyos autores escribieron sobre experiencias y dispositivos desarrollados en esta provincia.

Dicha literatura científica aborda las siguientes experiencias y/o dispositivos: el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José A. Esteves (Borelli et al., 2022; Cáceres et al., 2009; Riva Roure et al., 2019); el Programa de Salud Mental Comunitario de la Región Sanitaria VI, Equipo Regional de Intervención en Crisis (ERIC) y Equipos Regionales de Intervención Comunitaria (ERICO) (Rattagan, 2009); el proceso de transformación de la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca (Keena et al., 2017; Rossetto, 2009) y del Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Especializado Dr. Alejandro Korn (Borelli et al., 2022; Centro de Estudios Legales y Sociales et al., 2022; López Santi, 2011, 2019); el Dispositivo de Egreso del PRISMA, Casa SIS (Trimboli, 2019) y la experiencia del Hospital General de Agudos Dr. José Penna de Bahía Blanca (Borelli et al., 2022). Uno de los artículos científicos aborda los procesos de desinstitucionalización de la provincia desde la perspectiva de referentes claves del campo de la salud mental (Hurley & Agrest, 2021). Por último, uno de los artículos científicos realizado por un equipo de investigación desarrolló un estudio multicéntrico que incluyó a la Provincia de Buenos Aires y analizó las políticas de salud mental en niñez y su implementación (Barcala et al., 2020).

Provincia de Santa Fe

En relación a experiencias desarrolladas en la Provincia de Santa Fe, se encontraron 8 artículos científicos (Barcala et al., 2020, 2022; Faraone et al., 2011, 2012; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Gerlero et al., 2010, 2011; Valero & Faraone, 2011) y 3 libros publicados (Barcala & Luciani Conde, 2015; Faraone & Valero, 2013; Gerlero & Augsburger, 2012). La totalidad de los artículos y libros fueron escritos por tres equipos de investigación, uno con filiación en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, otro con filiación en Instituto de la Salud Juan Lazarte de Rosario y otro con filiación en la Universidad Nacional de Lanús, el Instituto de la Salud Juan Lazarte de Rosario y la Universidad Nacional de la Rioja.

Uno de los equipos de investigación analizó los procesos de atención alternativos al modelo asilar en la provincia (Faraone et al., 2012), el cierre del pabellón psiquiátrico del penal de Coronda (Faraone et al., 2011; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Valero & Faraone, 2011) y el Programa de sustitución de las lógicas manicomiales de la Dirección de Salud Mental de Santa Fe: la experiencia de la Colonia Oliveros y el Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila (Faraone & Valero, 2013). Otro de los equipos de

investigación realizó un estudio multicéntrico que incluyó a la Ciudad de Rosario y en donde analizaron los servicios que brindan cuidados de salud mental (Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012) y la continuidad del cuidado en salud mental en Centros de Atención Primaria (Gerlero et al., 2011). Por último, el otro equipo de investigación desarrolló un estudio multicéntrico que incluyó a Santa Fe y analizó las políticas de salud mental en niñez y su implementación (Barcala et al., 2020, 2022; Barcala & Luciani Conde, 2015).

Provincia de Río Negro

Se encontraron dos artículos científicos (Gerlero et al., 2010; Razzouk et al., 2012) y ocho libros publicados (Barcala & Luciani Conde, 2015; Cohen et al., 1994; Cohen & Natella, 2013; Elvira, 2021; Gerlero et al., 2011; Natella & Cohen, 2007, 2007; Paulin Devallis et al., 2016) sobre experiencias desinstitucionalizadoras de salud mental en la Provincia de Río Negro.

En todas las publicaciones se desarrolla la experiencia del proceso de transformación en el campo de la salud mental en la provincia denominado como “proceso de desmanicomialización” por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de Río Negro. En uno de los libros se desarrollan y analizan dispositivos de salud mental orientados a niñas y niños en el sistema público de salud de Río Negro (Barcala & Luciani Conde, 2015). A excepción de tres investigaciones publicadas (Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012; Razzouk et al., 2012), los libros restantes fueron escritos por protagonistas del proceso de desmanicomialización. Una de las publicaciones desarrolla la experiencia del Centro Cultural Camino Abierto en la ciudad de San Carlos de Bariloche en la provincia de Río Negro (Elvira, 2021).

Provincia de Córdoba

En relación a la Provincia de Córdoba, se encontraron dos artículos científicos y un libro del mismo equipo de investigación que realizó un estudio multicéntrico que incluyó a la ciudad de Córdoba en donde analizaron los servicios que brindan cuidados de salud mental (Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012) y la continuidad del cuidado en salud mental en Centros de Atención Primaria (Gerlero et al., 2011). En otro libro publicado (Trimboli, 2019) se desarrolla la experiencia de la Radio Les Inestables del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

de Córdoba; y en otro libro (Barcala & Luciani Conde, 2015) se analiza la situación de los servicios públicos de salud mental infantil en la Ciudad de Córdoba.

Provincia de San Luis

Se encontró un artículo científico (Pellegrini, 2009) y dos libros publicados (Pellegrini, 2005, 2011) que abordan el proceso de transformación institucional del ex Hospital Psiquiátrico de la Provincia de San Luis, hoy llamado Hospital Escuela de Salud Mental. Las tres publicaciones fueron escritas por el mismo autor protagonista del proceso de transformación, el Dr. Jorge Luis Pellegrini, médico psiquiatra que fue director del Hospital Escuela y vicegobernador de la provincia.

Provincia de Entre Ríos y San Juan

En relación a la Provincia de Entre Ríos y de San Juan, se encontró un artículo científico y un libro del mismo equipo de investigación, ya mencionado anteriormente, que realizó un estudio multicéntrico que analizó los servicios que brindan cuidados de salud mental de ambas provincias (Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburg, 2012). Del mismo equipo de investigación, se incluyó a la ciudad de Paraná, Entre Ríos, en un estudio sobre la continuidad del cuidado en salud mental en Centros de Atención Primaria (Gerlero et al., 2011). Otro de los artículos aborda la experiencia de la Casa de Medio Camino del Hospital Escuela de Salud Mental en la ciudad de Paraná, Entre Ríos (Benedetti et al., 2019). Por último, uno de los artículos científicos realizado por un equipo de investigación desarrolló un estudio multicéntrico que incluyó a la Provincia de Entre Ríos y analizó las políticas de salud mental en niñez y su implementación (Barcala et al., 2020).

Provincia de Neuquén, Chubut, La Rioja, Jujuy y Tierra del Fuego

Por último, se han encontrado artículos científicos que abordan experiencias o dispositivos desinstitucionalizadores de salud mental en las Provincias de Neuquén, Chubut, La Rioja, Jujuy y Tierra del Fuego. Uno de los artículos científicos desarrolla la experiencia de dos empresas sociales integradas a los dispositivos de salud mental en Trelew y Puerto Madryn de la Provincia de Chubut (Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando

Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn), 2011); otro de los artículos analiza los procesos de atención alternativos al modelo asilar en la Provincia de Tierra de Fuego (Faraone et al., 2012); otros analizan las políticas de salud mental en niñez y su implementación en la Provincia de La Rioja (Barcala et al., 2020, 2022; Barcala & Luciani Conde, 2015), en la Provincia de Jujuy (Barcala et al., 2020; Barcala & Luciani Conde, 2015) y en las provincias de Neuquén y Tierra del Fuego (Barcala & Luciani Conde, 2015); y el último analiza la reforma de salud mental en la Provincia de Neuquén (Razzouk et al., 2012).

5.3. La literatura científica en relación a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental

La producción científica que conforma el corpus de la presente tesis se puede categorizar temporalmente en relación a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657: la literatura que ha sido publicada antes de la sanción de la Ley y aquella que han sido publicada después de la sanción de la Ley. Sin embargo, hallamos literatura que, aun siendo producida y publicada después de la sanción de Ley Nacional de Salud Mental, aborda prácticas, experiencias y/o dispositivos desinstitucionalizadores de salud mental que han acontecido o que se han iniciado previo a la sanción de la LNSM. Esta categorización nos permitirá contextualizar dichas prácticas, experiencias y/o dispositivos en un contexto histórico dado y analizar desde dicha producción científica las políticas de salud mental y las distintas legislaciones vigentes en cada provincia de Argentina. Como plantea Amarante (2009), una de las dimensiones del proceso social complejo de la salud mental y atención psicosocial es la dimensión jurídico-política, en donde la cuestión de los derechos humanos asume una expresión singular.

Como acontecimiento de un largo proceso y en el marco de una serie de leyes que han ampliado derechos, en el año 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental, reglamentada en el año 2013. La Ley Nacional de Salud Mental sostiene un paradigma alternativo a la lógica tutelar al cuestionar al manicomio y propone una mirada interdisciplinaria e intersectorial de la salud mental. La Ley incorpora la dimensión de los derechos humanos y la autonomía de las personas con padecimiento mental, incorpora el consumo problemático de sustancias psicoactivas y promueve una perspectiva y un abordaje comunitario e interdisciplinario. El cumplimiento de la ley es obligatorio en todo el territorio nacional, aunque al tener un sistema federal, cada jurisdicción puede adherir y puede sancionar su propia legislación, sin que ello implique contradecir o limitar la ley nacional.

Stolkiner (2015) afirma que la ley de salud mental es una herramienta que debe ser utilizada para transformar prácticas y representaciones sociales establecidas históricamente. He aquí un tema que nos interpela a todos los trabajadores, investigadores y demás actores del campo de la salud mental: ¿cómo es y cómo será el camino de su implementación? ¿Puede esta ley garantizar derechos y transformar el campo de la salud mental? Como señala Stolkiner (2015), “la implementación plena de sus postulados no es lineal dado que en salud mental, como en salud en general, hay fuerzas, actores e intereses que se resisten a la pérdida de hegemonía en este campo” (p. 59). En esta línea, Zaldúa (2011) plantea que la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental requiere “profundizar procesos participativos que superen obstáculos político-financieros, técnico-corporativos e ideológicos para el reconocimiento del derecho a la salud mental, sin estigmatización y discriminación de las personas con sufrimiento mental” (p. 292). De esta forma, las investigadoras abren un interrogante respecto a si sólo una ley puede garantizar el acceso a derechos sin la presencia eficaz del Estado con políticas públicas, saberes y prácticas que sostengan el cambio de paradigma (Zaldúa et al., 2011).

En relación a la literatura del corpus científico de esta tesis, se encontraron 6 artículos científicos y 3 libros que fueron publicados antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 (Cáceres et al., 2009; Cohen et al., 1994; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Gerlero et al., 2010; Natella & Cohen, 2007; Pellegrini, 2005, 2009; Rattagan, 2009; Rossetto, 2009). Los 37 artículos científicos y libros restantes han sido publicados después de la sanción de Ley Nacional de Salud Mental. Algunos de ellos abordan experiencias desarrolladas post sanción de la LNSM, otros abordan prácticas, experiencias y/o dispositivos acontecidos o iniciados antes de la sanción de la ley.

Ningún artículo científico o libro publicado que conforma el corpus de la presente tesis expresa un posicionamiento en contra de la Ley Nacional de Salud Mental 26657.

De la literatura del corpus científico publicada antes de la sanción de la Ley, encontramos un solo artículo científico que expone “la inexistencia de una legislación nacional que brinde un marco para las políticas y prácticas sanitarias de salud mental” (Gerlero et al., 2010, p. 25) como uno de los problemas no resueltos en el campo de la salud mental en la Argentina. Dicho artículo científico, publicado en marzo del año 2010, expone los resultados de un diagnóstico evaluativo sobre políticas, planes y servicios que brindan cuidados en salud mental en Argentina. Si bien existen lineamientos y acciones que ubican y valorizan a la salud mental en el contexto de las políticas sanitarias, las autoras afirman que en el país:

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

La ausencia de una norma nacional es ilustrativa de la desatención y los desacuerdos existentes en el sector (...) si bien puede ser ventajosa la situación de las provincias que cuentan con legislación específica, sus leyes muestran contradicciones en los modelos de atención y reflejan pautas incumplidas para la reestructuración de los manicomios (Gerlero et al., 2010, p. 28).

En relación a los artículos y libros publicados después de la LNSM, algunos toman posicionamiento frente a la ley y mencionan la existencia e importancia de su sanción, mientras otros no hacen mención de ella. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, ningún artículo se posiciona en contra de la LNSM.

Algunos artículos rescatan que la Ley Nacional de Salud Mental 26657 fue sancionada y reglamentada en el marco de experiencias y normativas provinciales que la antecedieron (Brain et al., 2018; Elvira, 2021; Natella & Cohen, 2016; Riva Roure et al., 2019; Trimboli, 2019; Zaldúa, 2016). Algunos autores que abordan en sus publicaciones la experiencia de reforma del campo de la salud mental en la Provincia de Río Negro refieren que la LNSM recoge y plasma el espíritu y los principios de la Ley 2440 rionegrina (Elvira, 2021; Natella & Cohen, 2016). Otro de los artículos hace referencia al proceso de construcción colectiva de la LNSM, el cual estuvo atravesado por tensiones e intereses sectoriales, como así también “implicó la recuperación de una extensa tradición, fuertemente arraigada en la Argentina durante los ‘60 y principios de los ‘70, que fue interrumpida en gran medida por la feroz dictadura que azotó nuestro país” (Brain et al., 2018, p. 57). Rosetto (Trimboli, 2019) menciona otras leyes como la Ley 448/99 de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley N° 384/09 de Salud Mental de la provincia de Chubut, la Ley N° 2440/01 de la provincia de Río Negro y la Ley N° 536/06 de la provincia de San Luis, como antecedentes de leyes de salud mental promulgadas en nuestro país, que cuestionan el abordaje manicomial y priorizan el abordaje comunitario. En relación a ello, se encontraron publicaciones (Faraone & Valero, 2013; Gerlero et al., 2011) que remarcan la importancia y el avance que constituye la sanción de la LNSM al permitir establecer un marco referencial y regulatorio común a todas las jurisdicciones del país: “el alcance nacional de la norma contribuirá a establecer pautas y criterios orientadores en el marco de la heterogeneidad de los sistemas de salud de cada una de las jurisdicciones” (Gerlero et al., 2011, p. 25). En el documento incluido del CELS (2022) se hace referencia a que la ley otorgó a nivel nacional un piso mínimo de derechos que debe ser respetado:

Además de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de normativas locales heterogéneas y dispares, las organizaciones sociales, usuarias, usuarios y familiares contaban con otro marco normativo, ahora a nivel nacional, para la lucha en la defensa de derechos (p. 15).

Cabe mencionar que estas cuestiones relacionadas con las legislaciones y normativas provinciales existentes con anterioridad a la sanción de la LNSM serán abordadas y analizadas con mayor profundidad en el siguiente apartado sobre políticas de salud mental y marcos normativos provinciales en Argentina.

Los artículos científicos y libros publicados que hacen mención de la LNSM enfatizan el cambio de paradigma que significó su sanción para el campo de la salud mental en la Argentina, en relación a su “perspectiva de derechos que pone el acento en lo comunitario y territorial, en la interdisciplina y lo intersectorial” (Trimboli, 2019, p. 30). Morasso refiere que “la sanción y promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental marca un cambio doctrinario respecto a la atención de las personas con alteraciones en la salud mental” (Morasso, 2013, p. 52). Trimboli (2019) considera que “esta ley es revolucionaria y se reconoce a nivel mundial por sus progresos en relación con la concepción del abordaje de las problemáticas en salud mental” (p. 31). Tisera (2013; 2016) plantea que la LNSM, como paradigma alternativo, “al poner en cuestión la lógica manicomial y el sintagma locura-peligrosidad, inaugura un nuevo proceso de tensión entre lo instituido y lo instituyente en salud mental” (Tisera et al., 2013, p. 252). Faraone y Valero (2013) afirman que la LNSM se presenta discursivamente como un cambio de paradigma en la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, destacando la inclusión de la prohibición de crear nuevas instituciones monovalentes en salud mental y la eliminación de los usos irracionales de la medicación. Asimismo, las autoras enfatizan la homologación de los derechos, jerarquías y ciertas responsabilidades entre las distintas disciplinas competentes en el campo de la salud mental; la incorporación del concepto de padecimiento mental en reemplazo de la enfermedad o trastorno mental; y la obligación del Estado de proteger los derechos de los pacientes y proveer todos los recursos de salud, materiales y económicos necesarios (Faraone & Valero, 2013).

Algunos de los artículos analizados que toman posicionamiento en torno a la LNSM, ponen énfasis en otros de sus ejes fundamentales relacionado al acceso a los servicios de salud mental, a los dispositivos comunitarios y a la territorialidad del cuidado. Faraone (2012) destaca que una de las áreas prioritarias en el marco de la LNSM es el acceso a los servicios de salud mental y “el incentivo de modalidades basadas en prácticas extramurales y la profundización del horizonte de posibilidades de transformación del modelo hospitalocéntrico” (p. 28). Hurley (2021) pone en relieve el eje comunitario de la normativa en relación a la provisión de cuidados sustitutos en la comunidad. Gerlero (2011) enfatiza la promoción e integralidad de los cuidados

de la salud mental a la atención básica, lo cual conduce a un proceso de reconversión de los sistemas destinados a la salud mental y “la orientación de las formas de abordajes basadas en los principios de la atención primaria y el carácter interdisciplinario e intersectorial de las estrategias de tratamiento y resolución en torno a los problemas mentales” (p. 25). Otros artículos científicos ponen en relieve la aplicación concreta de los principios sustentados en la LNSM a partir de la experiencia de apertura de dispositivos comunitarios (Benedetti et al., 2019; Borelli et al., 2022; Keena et al., 2017) y el desarrollo de cooperativas sociales (Bejarano et al., 2019).

En relación a las políticas de salud mental y niñez en Argentina, publicaciones realizadas por el equipo de investigación dirigido por la investigadora Barcala (2020, 2022; 2013) refieren que tanto la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, como las leyes nacionales de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes 26061/2005 y la Ley Nacional de Salud Mental, aspiraron a consolidar un cambio de paradigma en materia de niñez y salud mental y comprometieron a los actores en juego respecto de la necesidad de implementar el desarrollo de una red de servicios con base en la comunidad para la atención de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes:

La sanción de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes consolidó el pasaje de una visión normativa basada en la protección del niño como eje de las políticas a la protección de los derechos del niño y del adolescente desde una perspectiva apoyada en la garantía de derechos. De la misma manera, la LNSM y su reglamentación se constituyeron en valiosas herramientas para la transición de un paradigma médico-tutelar a otro comunitario y participativo (Barcala et al., 2022, p. 105).

Por último, para concluir con este apartado, se presentan algunas reflexiones que las publicaciones analizadas exponen en relación a los procesos de implementación de la LNSM. Estos artículos hacen referencia a que la implementación de una ley, que plantea un cambio de paradigma, no es un proceso automático ni lineal, sino progresivo en el tiempo y condicionado por los actores y las especificidades propias del contexto (Barcala et al., 2020; Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2017, 2018). Es por ello, que “los resultados de la implementación distan de lo esperado y ellos están fuertemente teñidos por las características socioculturales del ámbito de aplicación” (Barcala et al., 2022, p. 104). Botinelli (Tisera et al., 2018) refiere que “si bien las leyes y políticas son marcos que promueven derechos, sus procesos de implementación requieren acciones consistentes y específicas que sostengan la complejidad del cambio de

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

paradigma para garantizar su implementación” (p. 20). Rosendo (Faraone & Valero, 2013) expone que:

Construir viabilidad en la aplicación de las legislaciones en salud mental implica no solo analizar los componentes técnicos de las reformas en los efectores de salud y en el sistema en general, sino también lidiar con los intereses contrapuestos de los diversos actores sociales y comprender la incidencia del contexto político y social vigente en las reformas a encarar (p. 49).

5.4. Políticas de salud mental y marcos normativos provinciales en Argentina

Como se ha desarrollado en los capítulos anteriores de esta investigación, existen antecedentes de un conjunto de normas internacionales y supranacionales que han buscado introducir en la escena política y social de los Estados la garantía de derechos humanos, civiles, sociales y políticos de la población con padecimiento mental (Faraone et al., 2011) y que han direccionado en Latinoamérica tendencias a la implementación de políticas des/institucionalizadoras en el campo de la salud mental (Faraone et al., 2011).

En consonancia con ello, la Ley Nacional de Salud Mental 26657 cuenta con antecedentes y referencias nacionales e internacionales que retoma y en los que se basa: experiencias, dispositivos, declaraciones y marcos normativos. Asimismo, la sanción de dicha ley, producto de un proceso participativo de construcción, se enmarca en las transformaciones que han tenido las políticas de salud mental en Argentina durante su historia. Se ha desarrollado con anterioridad en el presente trabajo los antecedentes internacionales y nacionales previos a la última dictadura militar. A continuación, por un lado, se desarrolla un breve recorrido histórico de las políticas de salud y salud mental en la Argentina a partir de la década del 90, momento en el cual se inicia el recorte temporal de esta revisión de la literatura científica. Por otro lado, se desarrollan los resultados obtenidos del análisis de la literatura científica en relación a los antecedentes nacionales, observando desde que paradigmas se ubica y se piensa la política de salud mental y los marcos normativos en Argentina según la ubicación geográfica de las experiencias y dispositivos de desinstitucionalización.

Durante la década del 90, en el gobierno menemista (1989-1999), con los lineamientos del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, la reforma propuesta del sistema de salud se caracterizó por un mercado de seguros en competencia en el cual el acceso dependía de la capacidad de cada unidad familiar de proveerse los servicios. Para aquellos que no pudieran hacerlo, se proponían políticas focalizadas de servicios mínimos (Stolkiner, 2018).

Asa Cristina Laurell (1992) señala, entre los rasgos más distintivos del programa económico neoliberal de ajuste y cambio estructural de ese período, la reducción drástica y el control estricto del gasto público, con excepción de lo destinado al pago de deuda pública, incrementos en las tarifas de los bienes y servicios públicos, privatización de empresas públicas, flexibilización laboral y depresión salarial. En el campo de la salud, se expresa con claridad la aplicación de estos ejes en relación a la política social que involucra la producción de servicios: recorte del gasto social, focalización en los pobres, descentralización y privatización (Laurell, 1992). Es entonces, que las políticas neoliberales posicionan al ámbito privado como proveedor de servicios ligados a la salud: la salud pasa a ser una responsabilidad individual y privada y el Estado benefactor comienza a ser tildado de ineficiente (Laurell, 1992).

En el campo de la salud mental, el corrimiento de las responsabilidades estatales y la mercantilización de la salud se reflejó en el avance de lo privado que sostiene la lógica manicomial en formato de clínica neurocientífica (Tisera et al., 2018), con procesos que afianzaron la descentralización, la autogestión, la deshospitalización y la medicalización por fuera de los muros institucionales (Faraone & Valero, 2013). En este período, y a pesar de las consecuencias de estas políticas, hubo actores que continuaron impulsando reformas en el campo de la salud mental, en la que se destacan dos experiencias provinciales locales que no pudieron extenderse para alcanzar una política nacional. Hugo Cohen en el proceso de desmanicomialización en Río Negro y Jorge Pellegrini en el de San Luis demostraron la efectividad del abordaje ambulatorio, comunitario y respetuoso de los derechos (Trimboli, 2019). Asimismo, resulta esencial la aparición de nuevos actores en el campo de la salud mental: las organizaciones de derechos humanos y las de usuarios y familiares.

La complejidad de la crisis vivida en Argentina en el año 2001, que abarcó el conjunto de la vida política, social, económica y cultural del país, “desembocó en la conformación de un complejo campo multiorganizacional, caracterizado por el cruce social entre actores heterogéneos y el cuestionamiento del sistema institucional” (Faraone & Valero, 2013, p. 67). Este escenario de efervescencia social dio lugar a los movimientos de resistencia que se venían consolidando, como las organizaciones de desocupados y el surgimiento de nuevas formas de acción colectiva. Dentro de estas nuevas formas de acción colectiva se pueden incluir a los movimientos de trabajadores y usuarios de salud autogestionados (Faraone & Valero, 2013).

Luego del estallido social de finales de 2001, comienza en la Argentina una etapa de reconstrucción del Estado, con la implementación de políticas sociales activas. En esta etapa vuelve a cobrar visibilidad la problemática de los derechos humanos (Trimboli, 2019). En el

año 2008, a través de la Ley 26378/2008, Argentina suscribe a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), en la que se encuentra contenida la referencia esencial en relación a derechos y participación ciudadana de las personas con discapacidad. Este instrumento del derecho internacional establece la participación e inclusión plena y efectiva en todas las actividades de la sociedad en igualdad de condiciones con las demás personas.

Durante este período, podemos encontrar antecedentes históricos vinculados con políticas de salud mental a nivel nacional como el Plan Nacional de Salud Mental del año 1998 que entre sus objetivos se encontraba el establecimiento de una red basada en la consolidación de la Atención Primaria de la Salud, la adaptación paulatina de los hospitales psiquiátricos a la estrategia de desinstitucionalización progresiva de pacientes, la incorporación de programas comunitarios que optimicen la reinserción comunitaria de los pacientes, entre otros; el Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental del año 2001 con el objetivo de propiciar las acciones necesarias para que todas las personas reciban asistencia primaria en salud mental; el Programa de Salud Mental y Derechos Humanos en el año 2004; el Plan Federal de Salud Mental en el año 2007 donde se propuso la formulación de un programa de patologías severas y prevalentes (Gerlero & Augsburger, 2012).

En el corpus científico que conforma la presente revisión integradora de la literatura, se encontraron publicaciones que mencionan y analizan las legislaciones provinciales en materia de salud mental que precedieron y se constituyeron en antecedentes de la actual LNSM (Cohen et al., 1994; Cohen & Natella, 2013; Elvira, 2021; Faraone et al., 2011, 2012; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Ferigato et al., 2011; Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012; Lenta et al., 2019; Natella & Cohen, 2007, 2016; Paulin Devallis et al., 2016; Pellegrini, 2011; Razzouk et al., 2012; Tisera et al., 2013, 2017, 2018; Valero & Faraone, 2011; Zaldúa, 2016).

La Ley Nacional de Salud Mental 26657, sancionada en el año 2010, es la primera normativa nacional en el ámbito de la salud mental en Argentina. Sin embargo, contaba con antecedentes de leyes que ya existían con anterioridad con claros componentes de transformación de las lógicas manicomiales: ocho provinciales (Ley 6302/1984 en Salta; Ley 2440/1991, reglamentada en el año 1992 y modificada por Ley 3575/2022 en Río Negro; Ley 10772/1991, reglamentada en el 2007, en Santa Fe; Ley 8806/1994, reglamentada en el año 1999, en Entre Ríos; Ley 6976/1999, reglamentada en el año 2004, en San Juan; Ley 536/2006 en San Luis; Ley 5845/2009 en Chubut; y Ley 9848/2010 en Córdoba) y una correspondiente

a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley 448/2000 (Faraone & Valero, 2013; Hermosilla & Cataldo, 2012). Las provincias de Buenos Aires, Mendoza y Catamarca contaban con anteproyectos y el resto de las provincias carecían de iniciativas (Faraone & Valero, 2013). Hermosilla (2012) refiere que estas leyes “coinciden en el espíritu general que las sustenta y difieren en aspectos formales” (p. 135). Estas legislaciones, que fueron surgiendo en la década de 1990, se propusieron, por un lado, orientar la organización de los servicios de salud priorizando el primer nivel de atención y el abordaje comunitario y territorial; y por otro lado, en algunos casos, se propusieron eliminar el hospital neuropsiquiátrico y reemplazarlo progresivamente por dispositivos ambulatorios y de internación en hospitales generales (Faraone & Valero, 2013). La investigadora Rosendo (Faraone & Valero, 2013) analiza la legislación provincial en salud mental y evidencia dos cuestiones centrales: la divergencia en la orientación que tienen las diferentes leyes en relación a la necesidad de realizar procesos de desinstitucionalización (las leyes de Río Negro, Entre Ríos y CABA lo explicitan; mientras que las leyes de Salta, Santa Fe, San Juan, Chubut, San Luis y Córdoba, no los contemplan) y que en todas las leyes “el eje prioritario parece estar definido por la regulación de una internación psiquiátrica razonable, es decir, como medida excepcional y transitoria (...)” (p. 40).

Se hallaron dos publicaciones del mismo equipo de investigación que exponen los resultados de un diagnóstico evaluativo sobre políticas, planes y servicios que brindan cuidados en salud mental en las seis jurisdicciones nacionales que contaban con legislación específica en el sector durante el año 2007: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Río Negro, San Juan y Santa Fe (Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012). Las autoras refieren que, en Argentina, la década de los noventa se caracterizó por la sanción de leyes provinciales que orientaron transformaciones de las políticas y las prácticas de salud mental en el nivel local. Mencionan que este conjunto de leyes enfatiza el respeto por los derechos humanos, conforme a los lineamientos de la Declaración de Caracas y los principios de la Organización de Naciones Unidas (Gerlero et al., 2010) y significaron un avance hacia la transformación de los modelos de atención y el reordenamiento de los servicios (Gerlero & Augsburger, 2012). Pese a ello, afirman que los progresos alcanzados fueron puntuales y no se multiplicaron en otras áreas más amplias (Gerlero & Augsburger, 2012).

Las provincias de Río Negro y Santa Fe fueron precursoras en contar con legislaciones específicas en salud mental y en generar procesos de transformación en el sistema y atención de la salud mental (Faraone & Valero, 2013).

En relación a la Provincia de Río Negro, las publicaciones refieren que la Ley Provincial Nro. 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”, sancionada en septiembre de 1991 y reglamentada en 1992, cumplió con legalizar lo que la práctica durante muchos años ya había legitimado (Cohen et al., 1994; Cohen & Natella, 2013; Elvira, 2021; Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburg, 2012; Natella & Cohen, 2007, 2016; Paulin Devallis et al., 2016; Razzouk et al., 2012): “se legaliza así una serie de prácticas que ya se estaban llevando a cabo, en diferentes niveles y por diferentes grupos, tendientes a revalorar la situación de la persona con sufrimiento mental” (Natella & Cohen, 2007, p. 45). Los autores Cohen y Natella (1994; 2013; 2007, 2016), protagonistas del proceso de desmanicomialización en la provincia de Río Negro, plantean que una ley no reemplaza las políticas de salud y salud mental sino que las complementa y que “puede ayudar a la transformación si se la entiende como parte de un proceso más amplio, complejo y continuo” (Cohen & Natella, 2013, p. 82): “entiendo que una ley debe ser consecuencia de un trabajo previo, en la expresión de un momento en el largo camino de la desmanicomialización, ni su comienzo, ni el objetivo final” (Cohen et al., 1994, p. 94). Cohen (1994) relata que después de cuatro años del inicio del proceso de desmanicomialización en la Provincia de Río Negro, y luego de haber cerrado el hospital neuropsiquiátrico de Allen, se encontraron con la necesidad de tener una herramienta que legalice lo que una compleja práctica de muchas personas ya había legitimado:

(...) en este sentido es una ley ‘sui generis’, porque el cambio que promueve ya estaba en marcha, el cierre del manicomio ya se había producido y estábamos construyendo las alternativas comunitarias (...) Es, a mi entender, esta práctica previa la que valida una ley como herramienta de cambio (p. 94).

Gerlero y Augsburg (2012) refieren que, en el desarrollo histórico de las reformas, no siempre una ley es aplicada y que, paralelamente, una política escrita no siempre se traduce en acción. Plantean también que pueden existir procesos y acciones de reforma sin una política escrita. Con respecto a la Ley 2440 de Río Negro, las autoras acuerdan que dicha ley legitimó una transformación iniciada en el campo político y de los servicios, que ya tenía algún nivel de solidez (Gerlero & Augsburg, 2012).

Las publicaciones anteriormente mencionadas, que hacen referencia y analizan la Ley 2440, comparten que su promulgación implicó un cuestionamiento a la concepción tradicional de la locura e instauró a nivel institucional una nueva perspectiva sobre el tratamiento del sufrimiento mental (Natella & Cohen, 2007). Entre las leyes provinciales sancionadas con anterioridad a la LNSM, la Ley de Río Negro es la única que reconoce la ineficacia terapéutica

de la claustración o reclusión de las personas en el hospital psiquiátrico y prohíbe la construcción de nuevas unidades en el sector público o privado que no se adecuen a los principios de promoción sanitaria y social de las personas con trastornos mentales establecidos en su cuerpo normativo, con la consiguiente sustitución del encierro por la atención comunitaria (Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012).

Los artículos científicos y libros analizados mencionan entre los principales aspectos de la Ley 2440 de la Provincia de Río Negro la prohibición de la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o equivalentes públicos o privados; el reconocimiento de derechos de las personas con sufrimiento psíquico; el reconocimiento del trabajo como un recurso terapéutico; el derecho a ser atendido y recuperado en su lugar de vida habitual; la obligatoriedad de volver a traer al territorio provincial a todos los rionegrinos que hayan sido derivados a diferentes lugares del país; la obligatoriedad de los diversos organismos involucrados en la estrategia terapéutica en la provisión de los recursos (Cohen et al., 1994); la incorporación de la salud mental en la estrategia de atención primaria de la salud; el énfasis en estipular y garantizar los derechos, entre los que se destacan principalmente el derecho al tratamiento y al cuidado de la integridad psíquica y física durante la internación (Gerlero & Augsburger, 2012); el trabajo en equipos interdisciplinarios; la intersectorialidad como paradigma; el principio de inclusión social como eje rector de las prácticas; la responsabilidad de los equipos por el seguimiento activo de las personas con sufrimiento mental; y la prohibición de la utilización de electroshock y cualquier otra técnica que afecte la dignidad de la persona con sufrimiento mental (Paulin Devallis et al., 2016).

La autora Baffo (2016), en su investigación realizada sobre las percepciones del proceso de desmanicomialización de los trabajadores de los servicios públicos de salud mental de la Provincia de Río Negro, concluye que el vínculo entre legislación y política de salud mental no se establece a partir de un solo escenario sino que, por el contrario, las narrativas de los trabajadores dan cuenta de la existencia de tres escenarios: la idea de que la ley legitimó una reforma ya realizada en el campo de la acción; una valoración de la ley como herramienta para implementar y profundizar los cambios que eran necesarios; y por último, que la ley opera en la actualidad como guía de las prácticas en salud mental (Paulin Devallis et al., 2016).

En relación a la Provincia de Santa Fe, cuya Ley Provincial de Salud Mental Nro. 10772 fue sancionada en 1991 y reglamentada recién en 2007, se encontraron artículos científicos y libros publicados que mencionan y analizan la legislación de dicha provincia, que corresponden a equipos de investigación, uno con filiación en el Instituto de Investigaciones Gino Germani,

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; y otro con filiación en el Instituto de la Salud Juan Lazarte de Rosario (Faraone et al., 2011, 2012; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012; Valero & Faraone, 2011).

El equipo de investigación dirigido por Faraone (2012; 2009; 2013) se refiere a la Ley 10772 como un importante antecedente en torno a procesos desinstitucionalizadores, que establece los principales pilares de una nueva lógica de asistencia en salud mental y la estructuración de abordajes alternativos a la lógica manicomial. Se destaca que la Provincia de Santa Fe ya venía desarrollando desde el año 1996 un sostenido proceso de transformación institucional, acompañada por la ley provincial que, si bien fue sancionada en el año 1991, recién logró su reglamentación en el año 2007 (Faraone et al., 2011; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009). En los puntos más destacados de esta legislación provincial, las autoras especifican que:

(...) aunque la ley no explicita un proceso de cierre definitivo de las instituciones neuropsiquiátricas, plantea una serie de reformas tendientes a restringir los tiempos de internación y evitar el distanciamiento respecto a la familia, el medio social y la comunidad de pertenencia (Faraone et al., 2012, p. 29).

Es decir, ubica a las internaciones como un tratamiento en el marco del resguardo por la integridad psíquica y física de las personas y busca que las personas sean atendidas en el marco de dispositivos alternativos y ambulatorios, tales como servicios de salud mental en hospitales generales; atención domiciliaria en salud mental en la comunidad; servicios de emergencia en salud mental; centros de salud mental en la comunidad; hospitales de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros (Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Valero & Faraone, 2011). Esta legislación, garantista de los derechos de las personas con padecimiento psíquico, obliga al cumplimiento del derecho a solicitar y recibir tratamiento, así como, rehusarse o interrumpirlo; derecho a ser escuchado e informado; derecho a su intimidad; a ser preservado de actos que mortifiquen sus sentimientos o hieran sus convicciones; derecho a visita, comunicación, salida y trabajo, entre otros (Valero & Faraone, 2011).

El equipo de investigación dirigido por Gerlero (2010; 2012) refiere que la Ley de la Provincia de Santa Fe contempla garantizar el derecho al tratamiento y al cuidado de la integridad psíquica y física durante la internación psiquiátrica y dispone la reconversión

institucional de las instituciones neuropsiquiátricas bajo el nombre de Hospital Interdisciplinario de Salud Mental, aunque manteniendo su carácter monovalente. En dicha legislación está presente la necesidad de incorporar la salud mental en la estrategia de atención primaria de la salud y existe un fuerte interés por establecer, garantizar y reglamentar los procesos de asistencia a la salud mental, por lo que se destacan dos hechos como importantes conquistas en el sector: la creación de la Dirección Provincial de Salud Mental, que se institucionalizó en el año 1984, y el desarrollo de un movimiento social y político, el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental (Gerlero & Augsburger, 2012).

En el año 1994 se sanciona en la Provincia de Entre Ríos la Ley Provincial de Salud Mental Nro. 8806, reglamentada en el año 1999. En el año 1999 se sanciona en la Provincia de San Juan la Ley Provincial de Salud Mental Nro. 6976, reglamentada en el año 2004. Se hallaron dos artículos del corpus científico de esta revisión bibliográfica que mencionan y analizan dichas legislaciones (Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012).

Con respecto a la Ley 8806 de la Provincia de Entre Ríos, las publicaciones señalan que la ley promueve la desinstitucionalización progresiva y el traspaso de la asistencia de la salud mental a estrategias comunitarias y centros de salud mental territoriales, incorporando la salud mental en la estrategia de atención primaria de la salud (Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012). Las autoras señalan que las leyes posteriores a las recomendaciones de los organismos internacionales, en la que se incluye a la de la Provincia de Entre Ríos, de la Ciudad de Buenos Aires, de San Juan y de Río Negro, incluyen “el cuidado de los derechos de las personas asistidas de forma más pormenorizada y detentan un grado de correspondencia mayor con los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental” (Gerlero & Augsburger, 2012, p. 55). La Ley de Entre Ríos funcionó a modo de una política, estableciendo lineamientos y normativas para la acción, con la participación de diferentes actores sociales involucrados. Sin embargo, la apertura del proceso de reforma es anterior y fue el gobierno de la provincia quien definió las líneas de acción a implementar en este campo (Gerlero & Augsburger, 2012).

Con respecto a la Ley Provincial 6976 de San Juan, las publicaciones señalan que la provincia mantiene el formato monovalente tradicional (Gerlero et al., 2010) pero que está presente la necesidad de incorporar la salud mental en la estrategia de atención primaria de la salud e incluye el cuidado de los derechos de las personas asistidas. En dicha legislación, se delimitan las condiciones que deben cumplir las clínicas y hospitales psiquiátricos tanto privados y públicos y contempla la integración de los distintos niveles de acción estableciendo

acciones de promoción, prevención y asistencia articulados con los programas de salud establecidos. La Ley 6976 de San Juan “parece cumplir simultáneamente una función normativa y política ya que (...) tuvo efectos directos en la implementación de las formas organizativas de la estructura del sistema” (Gerlero & Augsburger, 2012, p. 96).

Con respecto a la Provincia de Córdoba, en el año 2010 se sanciona la Ley Provincial de Salud Mental Nro. 9848. No se encontraron dentro de las publicaciones que conforman esta revisión bibliográfica ninguna que aborde y analice dicha legislación provincial. Anteriormente a la sanción de la Ley 9848, los lineamientos sobre la atención de la salud mental en Córdoba se encontraban regidos por la Ley de Ingresos y Egresos de las Instituciones de Salud Mental Nro. 8028, sancionada en el año 1991. Se hallaron dos artículos del corpus científico que mencionan y analizan dicha legislación del año 1991 (Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012). La Ley 8028 de Córdoba no hace referencia a la transformación ni a la sustitución del hospital psiquiátrico por otras formas de cuidado, pero contempla la garantía del derecho al tratamiento y cuidado de la integridad psíquica y física durante la internación psiquiátrica (Gerlero et al., 2010). Esta ley se centra exclusivamente en regular los procesos de internación y egreso de instituciones hospitalarias. La política propositiva de la provincia tuvo más avances que la ley en vigencia en relación a los lineamientos para la transformación de las prácticas manicomiales (Gerlero & Augsburger, 2012).

Como se explicitó anteriormente, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ya contaba previo a la sanción de la LNSM con la Ley de Salud Mental 448, sancionada en el año 2000 y reglamentada en el año 2004. Los artículos científicos y libros publicados que desarrollan experiencias de dicho distrito hacen mención a la promulgación de este antecedente normativo en el campo de la salud mental (Ferigato et al., 2011; Gerlero et al., 2010; Gerlero & Augsburger, 2012; Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2013, 2017, 2018; Zaldúa et al., 2011). Las publicaciones del equipo de investigación con filiación en la Facultad de Psicología de la UBA (Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2013, 2017, 2018; Zaldúa et al., 2011) refieren que “la falta de un plan de salud mental señala que no fue suficiente con la promulgación de una norma que propiciara la transformación, como la Ley 448 de la CABA, sino que deben instrumentarse esos cambios con acciones concretas y planificadas” (Tisera et al., 2013, p. 252).

La Ley 448 promueve la desinstitucionalización progresiva y el traspaso de la asistencia a centros de salud mental territoriales, haciendo hincapié en la necesidad de incorporar la salud mental en la estrategia de atención primaria de la salud (Gerlero et al., 2010). La ley hace referencia a “la transformación del hospital psiquiátrico -con tendencia a la humanización de la

asistencia y visando la resolución de las personas ‘cronificadas’ - pero que lo preserva como una de las organizaciones de la política de servicios de salud mental” (Gerlero & Augsburger, 2012, p. 54). Dicha publicación distingue la normativa de la Ciudad de Buenos Aires al incluir bajo sus alcances los tres subsectores de la salud: público, privado y de seguridad social y por su objeto centrado en el derecho a la salud mental, incluyéndola como un proceso histórico y culturalmente determinado por la sociedad (Gerlero & Augsburger, 2012). Las autoras plantean que, en la Ciudad de Buenos Aires, “la ley fue una herramienta para implementar nuevos programas y dispositivos en un contexto poco favorable a la reforma (...) impulsada por un movimiento que integró un sector importante de los grupos e instituciones del sector con actividad en el territorio” pero que, sin embargo, “(...) no sería adecuado considerar que se produjo la implementación de una política integral en la ciudad, sino más bien que se aplicaron distintos programas” (Gerlero & Augsburger, 2012, p. 94).

En la Provincia de San Luis, se sanciona en el año 2006 la Ley Provincial de Desinstitucionalización Nro. 536. Pellegrini, uno de los protagonistas del proceso de reforma en la provincia, analiza la sanción de dicha ley en sus publicaciones (Pellegrini, 2009, 2011). Plantea como antecedente de la ley que, en el año 2004, el Poder Ejecutivo de la Provincia de San Luis impulsó un proyecto legislativo de revisión de las leyes vigentes y que, en ese marco, se propuso las reformas a los Códigos de Procedimientos en lo Civil y Comercial, como en lo Criminal, que introdujeron cambios esenciales y una nueva mirada sobre la salud mental (Pellegrini, 2011): le queda vedada al poder judicial la facultad de ordenar la internación, conducta médica reservada para quienes profesionalmente están capacitados para hacerlo; y obliga a tomar medidas de resguardo físico para las personas que ya no padecen motivos para su internación por razones de salud mental. Pellegrini señala que la aprobación de la Ley “legaliza lo legítimo (...) plasmando como instrumento legal lo que ya logramos desmotando el manicomio y construyendo un Hospital de Salud Mental” (Pellegrini, 2011, p. 48). Refiere que esta ley surge de la experiencia concreta de desmanicomialización que ya se estaba llevando a cabo en la Provincia de San Luis: “es una clara evidencia de una decisión política, por la cual el Estado se hace plenamente responsable de responder a la atención de las necesidades en salud mental de la población” (Pellegrini, 2011, p. 61). Entre sus principios más relevantes se destaca que la Ley considera la enfermedad mental como un padecimiento y no como una definición de identidad que abarca toda la vida del paciente; que exige el respeto de su subjetividad y de su capacidad de decisión; que la internación sólo puede estar basada en el concepto de crisis psiquiátrica/psicológica; se prohíbe la institucionalización en el territorio provincial,

garantizándose si el tratamiento; la no suposición de incapacidad o discapacidad humana por la existencia de un diagnóstico psiquiátrico; se fija que los jueces carecen de facultades para ordenar la internación hospitalaria (Pellegrini, 2011).

En relación a las leyes provinciales en materia de salud mental sancionadas en la Provincia de Salta en el año 1984 (Ley 6302 Faculta al Poder Ejecutivo Provincial a implementar un Plan de Salud Mental para la Provincia de Salta) y en la Provincia de Chubut en el año 2009 (Ley 5845), se encontró un solo libro del corpus científico que las mencionan (Faraone & Valero, 2013), pero no realiza un análisis sobre su contenido.

Las provincias restantes del país no contaban con leyes provinciales específicas de salud mental. Las provincias de Buenos Aires, Mendoza y Catamarca contaban con anteproyectos y el resto de las provincias carecían de iniciativas (Faraone & Valero, 2013).

5.5. El concepto de desinstitucionalización en salud mental

Como antecedentes y, dentro del capítulo de la presente tesis donde se presentó el marco conceptual, se abordó una aproximación a las diversas conceptualizaciones en torno a los procesos de desinstitucionalización en salud mental que existen y que se vienen desarrollando en la comunidad científica en diferentes países y desde diferentes autores y experiencias. En este apartado, se presentarán los resultados obtenidos a través del análisis de contenido de los artículos científicos y libros del corpus de esta revisión en relación al concepto de desinstitucionalización en salud mental desde la perspectiva de sus autores y autoras.

En las publicaciones analizadas se encontraron diversas maneras de conceptualizar los procesos de desinstitucionalización: algunos autores siguieron los aportes de la corriente italiana sobre el concepto de desinstitucionalización (Benedetti et al., 2019; Faraone & Valero, 2013; Morasso, 2013); otros autores tomaron los aportes de la experiencia rionegrina y el concepto de desmanicomialización (Brain et al., 2018; Cohen et al., 1994; Cohen & Natella, 2013; Elvira, 2021; Ferigato et al., 2011; Natella & Cohen, 2007, 2016; Paulin Devallis et al., 2016; Trimboli, 2019; Zaldúa et al., 2011); otros artículos han acuñado el término sustitución de las lógicas manicomiales, concepto proveniente del Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe (Faraone, 2015; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Valero & Faraone, 2011); y otras publicaciones han planteado el concepto de des/institucionalización (Faraone et al., 2011, 2012). Aunque ninguno de los artículos desarrolla el concepto de desinstitucionalización reducido a lo que se denomina

deshospitalización (Amarante, 1994, 1996; Saraceno, 2003), las publicaciones vinculadas al proceso de reforma de la salud mental en la Provincia de San Luis plantean su desacuerdo con los conceptos de desinstitucionalización y de desmanicomialización y nombran al proceso de reforma como transformación institucional (Pellegrini, 2005, 2009, 2011). Uno de los artículos analizados plantea un modelo de cuidados balanceados entre prácticas de corte comunitarias e intervenciones institucionales tradicionales (Costa & Mattarucu, 2013). Por último, se destaca que gran parte de los artículos científicos y libros publicados relacionan los procesos de desinstitucionalización de salud mental con conceptos como servicios centrados en la comunidad vinculados a la atención primaria de la salud; territorialidad; externación asistida y continuidad de los cuidados; rehabilitación; perspectiva de derechos humanos; interdisciplina; intersectorialidad (Barcala et al., 2022; Barcala & Torricelli, 2013; Bejarano et al., 2019; Cáceres et al., 2009; Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn), 2011; Gerlero et al., 2010, 2011; Hurley & Agrest, 2021; Keena et al., 2017; Lenta et al., 2019; López Santi, 2011, 2019; Rattagan, 2009; Rossetto, 2009; Tisera et al., 2013, 2017, 2018; Zaldúa et al., 2011).

El concepto de desinstitucionalización (Rotelli et al., 1990), proveniente de la corriente italiana, como práctica de transformación, contempla desplazar el énfasis en el proceso de cura para la producción de salud, la construcción de una nueva política de salud mental, la construcción de estructuras externas sustitutivas a la internación en instituciones psiquiátricas, el desplazamiento de la perspectiva de la intervención en los hospitales psiquiátricos para la intervención en la comunidad y la transformación de las relaciones de poder entre las instituciones y los sujetos (Rotelli et al., 1990).

Las autoras Faraone y Valero, en una de sus publicaciones (2013), reproblematisan la noción de desinstitucionalización en salud mental abordadas por las propuestas de la despsiquiatrización (Szazs), la antipsiquiatría (Laing; Cooper) y la desmanicomialización (Cohen y Natella; Schiappa Pietra):

Se intentó una construcción que no sugiriera, simplemente, ‘una modalidad terapéutica precisa’ sino que (...) fuera capaz de remitir al modo en particular en que los abordajes en el campo de la salud mental son pensados, contruidos, instituidos y legitimados (Faraone & Valero, 2013, p. 18).

Siguiendo los aportes de autores italianos como Rotelli y De Leonardis y Mauri, las investigadoras consideran a los procesos desinstitucionalizadores desde una perspectiva de las ciencias sociales y los derechos humanos:

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

(...) forman parte del debate a profundizar el problema de la desinstitucionalización en su dimensión histórica, política, institucional y moral, y el abordaje y las luchas por la institucionalización de modelos diferenciados a los centrados en el control, abandono o falta de asistencia hacia las personas con padecimiento psíquico, ya sea al interior del asilo o por fuera de los muros institucionales (Faraone & Valero, 2013, p. 21).

Como se abordó anteriormente, el concepto de desinstitucionalización, desde la corriente italiana, aunque lo contemple, no es sinónimo de deshospitalización (Amarante, 1994, 1996), siendo la deshospitalización, en palabras de Saraceno (2003), “transferir a los pacientes del abandono manicomial al abandono extramanicomial” (p. 5). Lo manicomial no concluye con el cierre de los hospitales psiquiátricos, siendo que esta asociación reduccionista justificó, en muchas ocasiones, los recortes presupuestarios en la atención de la salud mental (Amarante, 2009). La investigadora Morasso (2013) adhiere a la denominación de desinstitucionalización como “proceso cuyo producto final es la externación y reinserción sociolaboral del paciente para evitar la transinstitucionalización o tránsito de los pacientes fuera de la institución sin cambios en su rutina, en un intento de libertad no sustentable” (p. 42). La autora Faraone (2015) define los procesos de transinstitucionalización como el traspaso de pacientes del hospital psiquiátrico a otras instituciones, como por ejemplo, residencias para adultos mayores u hogares y, por otro lado, en los procesos de inclusión de problemas vinculados a la salud mental en otros espacios de control social duro no centrados en el manicomio.

En uno de los artículos analizados, Benedetti (2019) plantea que las internaciones prolongadas en instituciones totales producen efectos en las subjetividades que repercuten en la vida cotidiana, la fragilización y ruptura de lazos sociales:

Si un proceso de institucionalización imprime en los sujetos los efectos antes mencionados, un proceso de desinstitucionalización supone partir del reconocimiento del estatuto de ciudadanía del sujeto, promoviendo un proceso de salud-enfermedad-atención cuidados desde una perspectiva integral (p. 83).

La autora plantea que pensar los procesos de desinstitucionalización implica deconstruir la trama ideológica, política, cultural y económica que sostiene a las instituciones psiquiátricas (Benedetti et al., 2019). En este sentido, retomamos los aportes de Amarante (1995): desinstitucionalizar conlleva necesariamente la deconstrucción de saberes, prácticas y discursos comprometidos con una objetivación de la locura y su reducción a la enfermedad.

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

Otros artículos (Faraone et al., 2011, 2012) han desarrollado el término des/institucionalización, con el cual ponen en relieve que es necesario la creación de una nueva “institucionalidad” en los procesos de transformación en el campo de la salud mental:

Transitar por el camino de una reforma implica iniciar una trayectoria de transformación que pone en juego no solo la construcción de nuevas e innovadoras prácticas, sino también la institucionalización de estrategias que posibiliten su viabilidad. Esta trayectoria se desenvuelve en los procesos culturales, sociales y subjetivos de manera diferencial sobre los actores, individuales y colectivos, generadores del cambio (Faraone et al., 2011, p. 53).

El equipo de investigación encabezado por Faraone, en sus artículos donde analizan las reformas del campo de la salud mental acontecidas en la Provincia de Santa Fe (Faraone, 2015; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Valero & Faraone, 2011), acuñan el término sustitución de lógicas manicomiales, concepto proveniente del Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe entre los años 2004 y 2011 (Faraone & Valero, 2013). Las investigadoras plantean que el colectivo de gestión de la Dirección Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe define el proceso des/insitucionalizador a partir del término nativo “sustitución de la lógica manicomial”. Este colectivo de gestión “reproblematiza el concepto de ‘desinstitucionalización’ (...) a la luz de los procesos neoliberales que impactan en el sector salud en la década de los noventa (...), ubicando la tensión entre los componentes desmanicomializadores y deshospitalizadores” (Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009, p. 5). Con respecto a ello, en dicho artículo científico, las investigadoras subrayan lo expresado por uno de los actores sociales entrevistados:

En plena década de los noventa, con la tremenda avanzada anti-estatal, era necesario sostenerse en una afirmación propositiva, que incluya la negación en su interior (antimanicomio), pero [subraya] la mera abolición de fragmentos de lo público-estatal, su desaparición, no traía ni traería consigo nada saludable (...) La desasistencia es una de las lógicas manicomiales (Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009, p. 5).

Es entonces que el término sustitución de las lógicas manicomiales implicó la íntima relación entre la producción de salud mental y la democratización de las instituciones (Valero & Faraone, 2011). Este concepto responde:

(...) a poner en escena que el manicomio no empieza y termina en sus muros, sino que son múltiples las causas que lo sostienen, con múltiples agentes de reproducción. La sustitución de las lógicas manicomiales implicó una apuesta a la construcción de un proyecto que debía transformar el propio espacio

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

hospitalario con procesos de externación de muchos de los usuarios allí alojados, pero también con la complejidad que estos procesos debían afrontar (...)
(Faraone, 2015, p. 74).

Algunas publicaciones y autores que componen el corpus científico de la presente tesis, algunos vinculados al proceso de transformación de la atención de la salud mental de la Provincia de Río Negro y otros vinculados a experiencias e investigaciones en otros contextos, tomaron los aportes de la experiencia rionegrina y su concepto de desmanicomialización (Brain et al., 2018; Cohen et al., 1994; Cohen & Natella, 2013; Elvira, 2021; Ferigato et al., 2011; Natella & Cohen, 2007, 2016; Paulin Devallis et al., 2016; Trimboli, 2019; Zaldúa et al., 2011). Este concepto es utilizado en Argentina para cuestionar el modelo de internación y de tratamientos de los hospitales neuropsiquiátricos, promoviendo un cambio en el proceso de atención de la salud mental, guiado por principios democráticos, humanizadores, pluralistas y transformadores.

El concepto de desmanicomialización es un neologismo creado desde el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Río Negro en el año 1988 para nombrar al proceso de transformación en el campo de la salud mental que se estaba implementando en dicha provincia (Natella & Cohen, 2007). La desmanicomialización alude al “proceso, técnica, principios y valores que guían las prácticas para la transformación, con enfoque de derecho” (Cohen, 2019, p. 57). Las publicaciones de los autores que fueron protagonistas de dicho proceso (Cohen, 2019; Cohen et al., 1994; Cohen & Natella, 2013; Natella & Cohen, 2007, 2016) se refieren a la desmanicomialización como una tarea en continua realización, de rectificación de procesos sociales burocráticos y de transformación constante de la organización sanitaria donde se lleva a cabo: “(...) como toda construcción, la desmanicomialización es un proceso gradual y progresivo, se desarrolla por aproximaciones sucesivas y simultáneas, y se relaciona con las cualidades y recursos de un contexto determinado” (Cohen, 2019, p. 67).

Cohen y Natella (2013) explican que la decisión de nombrar dicho proceso como desmanicomialización y no como desinstitucionalización se vinculó con el retorno de la democracia, ya que la reforma del sistema de salud mental rionegrina fue subconsecuente al retorno del sistema democrático en Argentina, producido a fines de 1983:

(..) ese momento histórico prometía reinstalar las instituciones, avasalladas por la dictadura militar, por lo que el término ‘desinstitucionalización’ era muy poco feliz en dicho período en que el retorno a las instituciones simbolizaba el retorno al estado de derecho (Cohen & Natella, 2013, p. 116).

El proceso de desmanicomialización propone la transformación de la atención en salud mental con una mirada comunitaria en donde las personas con sufrimiento mental vivan en sus comunidades y no sean alejadas de su vida social, del trabajo y del hogar. En la Provincia de Río Negro, esta transformación, que implicó el cambio de la cultura manicomial hacia una cultura de inclusión y derechos, se hizo cierta como consecuencia del cierre definitivo del manicomio (Cohen & Natella, 2013):

Hacer esto posible fue producto de la modificación de las prácticas, los modelos de atención y las políticas de salud mental, o sea, el sistema de salud mental vigente. En otras palabras, se transformó el viejo sistema de salud mental vigente en un sistema de salud mental comunitaria (Cohen & Natella, 2013, p. 17).

Los autores afirman que no es posible la coexistencia del enfoque comunitario de atención, que implicó el desarrollo de un sistema integral y territorial, junto al hospital psiquiátrico, cuya existencia “era un pasaporte para sostener las prácticas de aislamiento y abandono y una captación de recursos que no podían ser reorientados hacia la red territorial de servicios de salud mental en particular y al área de salud mental en general” (Cohen & Natella, 2013, p. 18).

Las autoras Paulin Devallis y Baffo (2016) comparten la noción de desmanicomialización como proceso de desmontaje del dispositivo asilar, lo cual implica una deconstrucción de sus categorías conceptuales, de sus metodologías, de sus prácticas y de las representaciones sociales que las acompañan. La autora Mirta Elvira (2021) plantea que la desmanicomialización como un cambio de sistema no implica solamente el cierre del hospital monovalente, sino que involucra cambios en los componentes del sistema: “esto es, en la política, la organización de los servicios, los modelos de atención, los recursos presupuestarios y la formación de los recursos humanos, la sensibilización de la comunidad y, por supuesto, las leyes” (p. 26).

Paulin Devallis (2016) incorpora la denominación de modelo desmanicomializador que hace referencia a dos ejes que lo definen:

(...) el eje de la atención de personas con trastornos mentales severos fuera del espacio y del paradigma asilar, involucra tareas de externación, reinserción social de pacientes institucionalizados, la atención de la crisis en sistema de salud general y la continuidad del tratamiento. El segundo eje es el comunitario que refiere a las problemáticas relacionadas con la vida cotidiana y producen sufrimiento, comprendiendo una amplia variedad de temas y grupos poblacionales (p. 99).

En esta línea, Elvira (2021) subraya el carácter promocional del proceso de desmanicomialización que se propone “desarrollar potencialidades y recursos de salud presentes en todas las personas y comunidades, recuperar las capacidades y experiencias para responder a las propias necesidades, y enriquecer el patrimonio personal y social” (p. 25). Resulta esclarecedor lo que los autores Cohen y Natella (2013) plantean en una de sus publicaciones en relación a que no es la desmanicomialización:

- Dejar a las personas con trastornos mentales libradas a su destino, en situación de desamparo, en la calle o en prisiones; - la demolición de los hospitales psiquiátricos para el aprovechamiento económico de los espacios físicos o venta de los terrenos en que se encuentran; - cerrar servicios sin abrir nuevos servicios sustitutos y alternativos; - la transferencia de los pacientes del hospital psiquiátrico a otras instituciones públicas o privadas que poseen la misma lógica depositaria, fenómeno conocido como transinstitucionalización; - la coexistencia del manicomio con dispositivos comunitarios, lo que se conoce como modelo mixto; - un planteamiento antipsiquiátrico; - un sistema de salud mental no territorial; - la negativa y/o reducción de la internación en el hospital psiquiátrico, sin instalar las respuestas sustitutivas para el tratamiento y la rehabilitación, lo que significa un atropello más a la condición humana de quienes padecen sufrimiento mental (p. 397).

Como se señaló anteriormente, las publicaciones vinculadas al proceso de reforma de la salud mental en la Provincia de San Luis plantean su desacuerdo con los conceptos de desinstitucionalización y de desmanicomialización y nombran al proceso de reforma como transformación institucional (Pellegrini, 2005, 2009, 2011):

(...) en un encuentro sobre lucha antimanicomial, logramos que al término desmanicomialización se le agregara el de transformación institucional. Desde entonces su uso se acrecentó porque la idea que lo preside abre un camino de realizaciones más amplio, realista y concreto en las instituciones asilares (Pellegrini, 2009, p. 438).

Con respecto a ello, se puede pensar lo planteado por Amarante (2009) en relación a las experiencias de reformas psiquiátricas que fueron reducidas a propuestas de restructuración de servicios o a intentos de humanizar el hospital, de introducirle nuevas técnicas y tratamientos para transformarlo en una institución terapéutica.

Pellegrini (2005), protagonista del proceso de reforma del hospital psiquiátrico en la Provincia de San Luis, plantea la transformación de los manicomios en “hospitales abiertos, eficientes, capaces de enfrentar sus conflictos, comunicados con su medio social, respetuosos defensores de los derechos humanos (...)” (p. 56). El autor afirma que el hospital debía seguir funcionando (haciendo referencia al Hospital Psiquiátrico de la Provincia de San Luis, hoy Hospital Escuela de Salud Mental), pero con nuevos modos de atención y asistencia que

rechazaran la reclusión, nuevas técnicas y nuevos abordajes con respeto por la autonomía de las personas asistidas: “(...) cerrar los manicomios ha sido más una consigna propagandística que una realidad lograda (...) cerrar los hospitales psiquiátricos no implica atacar las causas sociales de la locura” (Pellegrini, 2005, p. 56). El autor hace hincapié sobre el proceso de deshumanización, de encierro, de maltrato y de despersonalización que padecieron las personas internadas en hospitales psiquiátricos, pero afirma que el camino no es cerrarlos sino su transformación (Pellegrini, 2009).

Pellegrini (2011) hace crítica al concepto de desmanicomialización haciendo referencia a que es un enfoque aislado y fragmentario:

(...) dando por supuesto que ello es estar contra los manicomios, pero no se explicita claramente qué tipo de asistencia se va a proporcionar, que destino tendrán los presupuestos, recursos, personal e infraestructura actuales. No se dice que se propone construir en lugar de lo existente (p. 49)

Asimismo, el autor problematiza la noción de desinstitucionalización:

No conozco sociedad alguna en el mundo que pueda organizarse sin instituciones (...) Toda lucha, todo logro, todo cambio, construye e instituye algo que entra en contradicción con lo instituido. Dentro de esta concepción de desinstitucionalizar, se plantea una polarización entre el hospital público y la atención comunitaria (...) La atención en la comunidad aparece como una panacea sobre la que se monta un sistema alternativo y descalificador del hospital público (...) aparecen dos sistemas sanitarios públicos paralelos, y hasta enfrentados: el hospitalario y el comunitario, cuando la población que requiere los servicios es la misma (p. 50).

Por otro lado, uno de los artículos analizados plantea un modelo de cuidados balanceados entre prácticas de corte comunitarias e intervenciones institucionales tradicionales (Costa & Mattarucu, 2013):

(...) las dificultades existentes a la hora de establecer su eficacia [prácticas de salud mental comunitaria], se enlazan con los problemáticos antagonismos adjudicados entre estas prácticas sociales y las modalidades de abordaje clásicas. Las todavía frecuentes oposiciones, que implican a actores en diferentes lugares de poder, soslayan la complementariedad, definida, por ejemplo, como modelo de cuidados balanceados, entre prácticas de corte comunitarias e intervenciones institucionales tradicionales (internaciones de corta estancia en dispositivos institucionales adecuados, tratamientos ambulatorios intensivos en hospitales de día, etc.) que puedan garantizar tanto la protección y los cuidados que las personas requieren, como las medidas para prevenir y evitar abusos de diversas naturalezas (Costa & Mattarucu, 2013, p. 63).

Por otra parte, algunos de los artículos y libros que conforman el corpus científico de esta tesis relacionan los procesos de desinstitucionalización de salud mental con conceptos como servicios centrados en la comunidad vinculados a la atención primaria de la salud;

territorialidad; externación asistida y continuidad de los cuidados; rehabilitación; perspectiva de derechos humanos; interdisciplina; intersectorialidad (Barcala et al., 2022; Barcala & Torricelli, 2013; Bejarano et al., 2019; Cáceres et al., 2009; Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn), 2011; Gerlero et al., 2010, 2011; Hurley & Agrest, 2021; Keena et al., 2017; Lenta et al., 2019; López Santi, 2011, 2019; Rattagan, 2009; Rossetto, 2009; Tisera et al., 2013, 2017, 2018; Zaldúa et al., 2011).

Los artículos publicados por el equipo de investigación de la Facultad de Psicología de la UBA (Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2013, 2017, 2018; Zaldúa et al., 2011) ubican a la estrategia de desinstitucionalización desde la lógica de derechos humanos. Refieren que las reformas en el campo de la salud mental deben centrarse en la comunidad desde una perspectiva de atención primaria de la salud, desde la interdisciplina y con trabajo intersectorial, donde la rehabilitación se constituya en una estrategia de intervención que permita la reconstrucción de la ciudadanía de las personas con padecimiento mental y favorezca la externación e inclusión social y, por lo tanto, se distancie de intervenciones intramuros que producen cronicidad (Tisera et al., 2013). Los autores proponen que las reformas en el campo de la salud mental, como una forma de dar respuesta a la exclusión de las personas con sufrimiento mental:

Deben ser acompañadas con estrategias de rehabilitación y atención, mediante una red de servicios con base en la comunidad que promuevan la consolidación de un proyecto de vida autónomo mediante el acceso a derechos como la salud, la vivienda, el trabajo y la participación en intercambios sociales y culturales (Tisera et al., 2018, p. 45).

Asimismo, cuestionan “el papel central que tuvo el hospital psiquiátrico y la internación como única respuesta para abordar dicha problemática” (Tisera et al., 2013, p. 252). Tisera (2018) señala que las experiencias de desinstitucionalización que no son acompañadas con una red consolidada de servicios y con una transformación de las prácticas, producen nuevas formas de control social que reproducen lógicas disciplinares. Los autores rescatan los aportes de Saraceno (2003) en relación al proceso de rehabilitación a partir de considerar los tres ejes que desarrolla: hábitat, bazar o red social y trabajo. Este movimiento de desinstitucionalización entiende a la rehabilitación como un “mercado persa”, como un lugar de intercambio donde se ponen en juego la diversidad y las habilidades, donde la contractualidad es tanto material como simbólica y donde se le confiere a la persona un lugar social de integración (Saraceno, 2003).

Las publicaciones del equipo de investigación del Instituto de la Salud Juan Lazarte de Rosario (Gerlero et al., 2010, 2011) aportan las nociones de continuidad e integración de los cuidados de la salud mental a la atención básica. Las autoras plantean que uno de los ejes que requiere ser fortalecido es la distribución territorial de los cuidados y su integración en servicios de salud general, articulados al desarrollo de una red de atención primaria, ya que refieren que no es posible modificar las formas de exclusión social y fragmentación sanitaria si se mantiene al hospital monovalente como principal estrategia de cuidado frente a problemas severos de salud mental (Gerlero et al., 2010). Asimismo, en esta línea, algunos autores (Barcala et al., 2022; Bejarano et al., 2019; Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn), 2011; Keena et al., 2017; Rattagan, 2009) enfatizan la importancia del desarrollo de estrategias institucionales orientadas a la desinstitutionalización, la creación de servicios comunitarios y la integración de los servicios de salud mental en los servicios de salud en general, poniendo énfasis en el enfoque de derechos y en el Estado como garante de su protección. En este sentido, la concepción de territorio es un elemento fundamental en la construcción de un nuevo escenario estratégico en salud mental. Como refiere Amarante (1994), el trabajo en territorio no es un trabajo de construcción o promoción de salud mental, sino de reproducción de la vida y de subjetividades.

Cáceres (2009) y Riva Roure (2019) comparten que los servicios de salud mental comunitarios y de base territorial son “la respuesta no sólo científica y éticamente insoslayable para el tratamiento de personas con padecimiento mental grave: constituyen una decisión política racional para la distribución del gasto público en salud” (Cáceres et al., 2009, p. 300). Dichos artículos plantean el concepto de rehabilitación y externación asistida como un derecho ciudadano y como una obligación por parte del Estado. Asimismo, Hurley (2021) plantea que para llevar a cabo procesos de desinstitutionalización es necesaria una política y una planificación apropiada a nivel comunitario con recursos esenciales, como el apoyo a los ingresos y a la vivienda, para satisfacer las necesidades de los pacientes post hospitalizados: la desinstitutionalización requiere un cambio fundamental que comience con una revisión de lo que significa la salud mental, una comprensión del concepto de recuperación, la reasignación de fondos para la salud mental, un compromiso con los programas basados en la comunidad y un equilibrio entre la comunidad y la atención hospitalaria.

En esta línea, López Santi (2011, 2019) afirma que la atención comunitaria, en contrapartida al sistema manicomial, propone una alternativa que aporta a la subjetivación y la habilitación de la persona con sufrimiento mental en comunidad, en donde se restablece el lazo

social, se posibilita la revinculación familiar y la producción de nuevos vínculos. Sin embargo, manifiesta que en la actualidad sigue vigente en la práctica cotidiana, dentro y fuera de los muros de las instituciones psiquiátricas, la lucha entre dos modelos: la institucionalización y la atención comunitaria. La autora plantea necesario la transferencia de recursos del monovalente al sistema comunitario: “para lograr esto último, se debería cerrar la puerta de ingreso a los monovalentes al mismo tiempo que se implementa un modelo de salud mental comunitario, territorial y accesible” (López Santi, 2019, p. 79).

Rossetto (2009) afirma que, en la Argentina, las instituciones asilares y los hospitales psiquiátricos siguen ejerciendo un poder hegemónico sobre el sistema de salud mental y plantea la complejidad del proceso del pasaje de la institucionalización a la comunidad: “el proceso de desinstitucionalización necesariamente debe incorporar una visión comunitaria despojada de los viejos resabios manicomiales (...) la transformación del modelo manicomial es sustancialmente la transformación de sus prácticas” (p. 472). El autor enfatiza la importancia de la introducción del enfoque de derecho en salud mental y en discapacidad lo que permitió cambios sustanciales respecto de prácticas custodiales naturalizadas. En esta línea, se considera que el enfoque de derechos y la constitución de nuevos actores en el campo de la salud mental son centrales en las prácticas transformadoras en salud mental.

5.6. Prácticas, experiencias y dispositivos desinstitucionalizadores en el campo de la salud mental

En Argentina, tanto en el período anterior como posterior a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, han ido emergiendo diversas prácticas, experiencias y dispositivos que se oponen a paradigmas tutelares, que se ubican desde un paradigma de los derechos humanos y que promueven, o intentan promover, prácticas instituyentes y desinstitucionalizadoras en el campo de la salud mental. Estas prácticas sustitutivas a las lógicas manicomiales, que intentan posibilitar la integralidad del cuidado de la salud mental desde dispositivos comunitarios y territoriales, conviven actualmente con prácticas deshospitalizadoras y con prácticas asilares (Faraone, et al., 2009). Las prácticas que traspasan lo asistencial y lo sanitario y, que están vinculadas a los ámbitos laboral, habitacional y sociocultural, son fundamentales para la continuidad de los procesos de transición del paradigma asilar hacia un paradigma de derechos humanos.

En este apartado, se describirán y analizarán las prácticas, experiencias y dispositivos de abordaje desinstitucionalizadores desarrollados en el período 1990-2022 que aparecen en la literatura científica, teniendo en cuenta sus recursos, sus actores, sus dinámicas, sus fragilidades y potencialidades y su vinculación con el campo de la salud y de la salud mental. Las prácticas, experiencias y dispositivos analizados se han categorizado en: a) las que dan cuenta de procesos de reforma de servicios y de la atención a la salud mental, incluyendo la transformación de grandes instituciones manicomiales, b) las que involucran dispositivos de inclusión sociohabitacional y apoyos a la vivienda, c) las que desarrollan experiencias ligadas a dispositivos de inclusión sociolaboral y d) las que se encuentran relacionadas a prácticas socioculturales. Cabe destacar que se decidió presentar los resultados diferenciados en dichas categorías para un mejor ordenamiento y comprensión de lo descripto y analizado. Entendemos que lo desarrollado en cada apartado se entrecruza, se interrelaciona y dialoga constantemente.

El concepto de dispositivo nos permite pensar la complejidad y la heterogeneidad de las prácticas y experiencias del campo de la salud mental. Agamben (2007) reconstruye un acercamiento a la definición de este término que brinda Foucault en una entrevista de 1977:

(...) un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, ordenaciones arquitectónicas, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; (...) el dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos [...] por dispositivo entiendo una especie de – digamos – formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayor la de responder a una urgencia (...) está siempre inscrito en un juego de poder, pero siempre está ligado también a uno o varios de los límites del saber, que nacen de él, pero que igualmente lo condicionan. Esto es un dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza que soportan tipos de saber y que son soportados por ellos (p. 1).

Agamben (2007) refiere que Foucault ha demostrado cómo en una sociedad disciplinaria, los dispositivos buscan, a través de las prácticas, discursos, saberes y ejercicios, la creación de cuerpos dóciles pero libres que asumen su identidad y su libertad de sujeto en el proceso mismo de la sujeción. Es entonces, que el dispositivo produce formas de subjetividad, inscribiendo modos y formas de ser de acuerdo con determinados efectos de saber poder.

Las experiencias y dispositivos descriptos en este apartado corresponden a procesos desarrollados en el ámbito público estatal, a excepción de algunas experiencias en asociaciones civiles. Resulta importante destacar que no aparecen en esta investigación de revisión bibliográfica artículos científicos o libros escritos desde equipos de instituciones privadas ni investigaciones cuyo objeto de estudio sean experiencias y/o dispositivos en ámbitos privados de salud. No se encontraron experiencias del sector privado ni del sector de seguridad social.

El escenario nacional actual del sistema de salud, o como algunos autores hacen referencia, del campo de la salud (Rovere, 2016; Spinelli, 2010) se encuentra altamente fragmentado y segmentado. En función de su organización y modalidad de financiamiento, se conforma en base a la existencia de tres sectores diferenciados jurídica y financieramente: privado, público y seguridad social. El subsistema público de salud estatal está, a su vez, dividido en tres jurisdicciones: la nacional, las provinciales y las municipales. Lo que caracteriza a los servicios estatales de atención a la salud es el alto grado de autonomía con que funcionan, ya que en el país no se ha desarrollado una regionalización sanitaria, ni sistemas de referencia ni redes de servicios (Iriart, 1997). Entre los tres subsectores se nuclea sistemas públicos de salud provinciales, obras sociales nacionales, obras sociales provinciales, un conjunto variado de sistemas de medicina prepaga, mutuales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), entre otras. La fragmentación, la falta de coordinación y de articulación, expresa la distancia respecto a un sistema de salud que se caracterice por la equidad, solidaridad, eficiencia y universalidad (Gerlero & Augsburger, 2012). El campo de la salud mental no escapa a este panorama nacional, en donde coexisten los tres subsectores, cada uno con sus formas de regulación (Gerlero & Augsburger, 2012), aun cuando la Ley Nacional de Salud Mental 26657 incluye dentro del artículo 6° que los servicios y efectores de salud pública, privada y de obras sociales deben adecuarse a los principios establecidos en dicha norma nacional. Sin embargo, se visualiza una carencia de una política nacional de salud mental que regule la diversidad y heterogeneidad de modelos de atención y respuestas ante el cuidado de la salud mental en los contextos provinciales y en los subsistemas de salud. A partir de esta investigación de revisión bibliográfica, se puede dar cuenta de procesos de reforma del campo de la salud mental en ámbitos públicos, pero no así de los procesos que se estén llevando a cabo en los sectores privados y de seguridad social, ya que no se encontró producción científica sobre ello.

Por último, resulta importante aclarar que, si bien el período abarcado en esta investigación está delimitado (1990-2022) y no se encontraron otras actualizaciones surgidas a partir de la revisión bibliográfica realizada, muchas de las publicaciones respecto a prácticas, experiencias y dispositivos desinstitucionalizadores en el campo de la salud mental a lo largo del país no son actuales y relatan experiencias de hace más de una década. Es por ello, que amerita pensar que las realidades actuales de esas experiencias y dispositivos sean otras que las relatadas, si consideramos no sólo los cambios políticos, económicos y sociales en dicho período, sino también el hecho de haber atravesado una pandemia. Sin embargo, se rescata el

recorrido histórico de prácticas, experiencias y dispositivos que se pudo desarrollar a partir de los resultados de esta tesis, teniendo en cuenta que constituyen un puntapié para realizar nuevas investigaciones que tengan como objetivo conocer la actualidad de dichos procesos.

5.6.1. Procesos de reforma de servicios y de la atención a la salud mental

En este apartado se analizará la literatura científica que aborda experiencias de procesos de reforma de servicios y de la atención a la salud mental en las diversas jurisdicciones de la Argentina, incluyendo los que desarrollan procesos de transformación de instituciones neuropsiquiátricas manicomiales. Como se señaló anteriormente, se entiende que este apartado debería incluir también los artículos y libros que abordan experiencias y dispositivos de inclusión sociohabitacional y apoyos a la vivienda, de rehabilitación e inclusión sociolaboral y de prácticas socioculturales. Sin embargo, para un mejor ordenamiento de los resultados estas experiencias se desarrollan en los apartados siguientes. Se incluyen los procesos de reforma y transformación del campo de la salud mental de las provincias de Río Negro, Santa Fe, Buenos Aires, San Luis, Tierra del Fuego, Córdoba, Entre Ríos, San Juan, Neuquén y La Rioja; y de la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, se presentan dos apartados donde se desarrollan experiencias y dispositivos de desinstitucionalización en salud mental en infancias y juventudes y experiencias y dispositivos de atención de los consumos problemáticos.

Desde el marco normativo vigente, los servicios de salud mental deben asumir una atención integral, con territorialización del cuidado, ofreciendo posibilidades de internación como último recurso terapéutico en hospitales generales, atención ambulatoria y estrategias de rehabilitación e inclusión social. Como refiere la LNSM (2010):

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (art. 9).

El artículo 11 hace hincapié en las acciones intersectoriales de los ministerios de salud de cada jurisdicción con áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, para implementar la red de servicios de salud mental. Dicha red debe satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, favorecer la inclusión social e incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como centros de atención primaria de la salud,

servicios de salud mental en hospitales generales con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria. Gerlero (2011) plantea la necesidad de priorizar en las políticas sanitarias la transformación de los modos tradicionales de atención en salud mental y el desarrollo y fortalecimiento de dispositivos de base territorial y destaca a la atención primaria como “la forma más integral, positiva y democrática de construir el cuidado de la salud y favorecer la equidad” (p. 24). Las políticas sanitarias que promueven e integran los cuidados de la salud mental a la atención básica permiten el incremento y la redistribución territorial de los servicios, la descentralización de la atención de la institución hospitalaria y mejoran la accesibilidad geográfica, cultural, organizacional, económica y social de las personas con padecimientos mentales (Gerlero et al., 2011).

En la Ciudad de Buenos Aires se han definido políticas sanitarias que garantizan el acceso universal a los servicios de salud y su condición de gratuidad para los usuarios (Gerlero et al., 2011). Sin embargo, la implementación de las políticas en el campo de la salud mental ha tenido un carácter multifacético (Gerlero & Augsburger, 2012).

Con respecto a la continuidad del cuidado en salud mental en la atención básica, Gerlero y Augsburger (2012) plantean que los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) lograron aplicar un criterio territorial recibiendo a su población de referencia, con equipos de salud mental cuyos profesionales participan de programas generales de salud. Sin embargo, destacan la existencia de criterios de exclusión centrados en los consumos problemáticos de sustancias y en los trastornos mentales severos que suelen derivarse a los hospitales generales, hospitales monovalentes o instituciones especializadas. En relación a los hospitales generales y a las instituciones monovalentes, las autoras refieren que se continúa manteniendo la centralización hospitalaria, donde la población atendida no necesariamente es residente del área programática ni de la ciudad. La asignación presupuestaria se encuentra focalizada principalmente en efectores monovalentes (Zaldúa, 2016). A pesar que los documentos programáticos de la ciudad establecen la creación y vigencia de una red de salud mental en el subsistema de salud dependiente del GCABA, esta red funciona de manera dispar y se caracteriza por la fragmentación: existen múltiples barreras de accesibilidad para la población que es derivada a los distintos niveles de complejidad y las derivaciones se realizan, en muchas ocasiones, a partir de vínculos informales entre los profesionales de los distintos niveles (Gerlero & Augsburger, 2012).

En CABA, la salud mental es abordada desde los hospitales monovalentes, que sostienen, en gran parte, la atención de los pacientes con alto compromiso psíquico, lo que dificulta la integración de la salud mental a los servicios de salud general (Gerlero & Augsburger, 2012): el Hospital Moyano y el Hospital Borda, destinado a población adulta; el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Alvear para mayores de 16 años; y el Hospital Infanto Juvenil Tobar García, especializado en infancias y adolescencias; los servicios de salud mental de los hospitales generales y/o equipos específicos de algunos hospitales especializados; los equipos interdisciplinarios de salud mental en guardias hospitalarias, los CeSACs, los Centros de Salud Mental Nro. 1 y Nro 3; los centros de día de adicciones; los talleres protegidos de rehabilitación en salud mental; los hospitales de día para personas con padecimiento mental grave como, por ejemplo, el que funciona en el Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez. Dicho dispositivo, que cuenta con espacios terapéuticos grupales, espacios individuales y espacios grupales expresivos procura evitar cronificaciones y evitar internaciones (Trimboli, 2019).

Con respecto a las internaciones en hospitales generales, en la actualidad, la ciudad cuenta con unidades de internación de salud mental en hospitales generales en el Hospital Álvarez, el Hospital Piñero y el Hospital Pirovano. Recientemente, se han inaugurado las salas de salud mental del Hospital Durand y del Hospital Rivadavia. Se encontraron artículos científicos que abordaron las transformaciones acontecidas en la sala de internación de salud mental del Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez (Brain et al., 2018; Trimboli, 2019), la cual fue creada a fines de la década del 70, al igual que la sala del Hospital Piñero. La sala del Hospital Pirovano, inaugurada en el año 2015, fue la primera construida luego de la sanción de la LNSM, según lo que disponen sus artículos 27 y 28 del capítulo VII. El autor Brain (2018) refiere que las transformaciones impulsadas desde el año 2013 en la sala de salud mental del Hospital Álvarez se hicieron en consonancia con los principios generales de la LNSM y supusieron modificaciones en ámbitos fundamentales en relación a la redistribución del poder, al diálogo entre saberes y la ampliación y diversificación de las prácticas (Brain et al., 2018; Trimboli, 2019). Los autores manifiestan que el proceso llevado a cabo en la sala de internación es consonante con los procesos de desmanicomialización en el campo de la salud mental, no por los recursos, sino por la posición ética desde donde estos se sostienen (Brain et al., 2018; Trimboli, 2019).

En relación con los programas dependientes de la Dirección General de Salud Mental del GCABA se registra un desarrollo desigual. En la investigación de Gerlero y Augsburger

(2012) se plantea que el Programa ADOP/ADOPI de atención domiciliaria para población adulta e infantojuvenil es un dispositivo cada vez más reconocido por los equipos de los efectores y que amplía permanentemente la capacidad resolutive. Sin embargo, un relevamiento realizado en el año 2022 por el Grupo de Salud Mental de la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCABA (2022) refiere que existe un desfinanciamiento de programas existentes, como es el caso del dispositivo de ADOP/ADOPI. Este dispositivo de atención domiciliaria interdisciplinaria en situaciones de crisis, contemplado en el Plan de Salud Mental 2002-2007 y articulado con la ley 448 de Salud Mental de CABA, propuso superar las modalidades de atención tradicionales centradas en el hospital (Trimboli, 2019). Por otro lado, Gerlero y Augsburger (2012) mencionan al Programa de Atención Comunitaria a Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos (PAC) como un avance en la consolidación de una red institucional de servicios de salud mental para niños/as, pero el programa se encuentra actualmente desarticulado (Barcala & Torricelli, 2013). Por otro lado, se hallaron artículos científicos que describen y analizan el Programa de Pre Alta (PPA) del Hospital Borda, efector monovalente ubicado en zona sur de la ciudad (Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2013, 2017, 2018; Zaldúa, 2016). El PPA ofrece dispositivos dedicados a la rehabilitación de las capacidades productivas, sociales y/o laborales de las personas usuarias internadas en el Hospital Borda como parte necesaria para el logro de su externación y de su inclusión sociocomunitaria: “herramientas como las que ofrece el PPA ponen en un lugar central la apropiación del usuario respecto de su propio tratamiento, lo ubican como sujeto con derechos y fortalecen la capacidad de exigibilidad y autonomía” (Zaldúa, 2016, p. 309).

En el año 2008, la Comisión de Seguimiento y Evaluación para el cumplimiento de la Ley Nro. 448 elaboró un informe que señala que en CABA continúa la permanencia de enfoques asistencialistas de tratamiento; existe una desarticulación entre efectores; ausencia de dispositivos para la reinserción social; falta de personal y regularización de sus situaciones laborales; deficiencias estructurales; falta de camas de internación en hospitales generales (Gerlero & Augsburger, 2012). Zaldúa (2016) señala la falta de apertura de salas de internación para salud mental en hospitales generales; la carencia de recursos humanos, principalmente de médicos y médicas psiquiatras en efectores de atención primaria; y una insuficiencia de dispositivos de tratamiento para niñas, niños y adolescentes. El relevamiento realizado por el Grupo de Salud Mental de la APSS (2022) refiere que CABA cuenta con solo tres casas de medio camino, dependientes de la Dirección General de Salud Mental del GCABA, que resultan insuficientes para la demanda de vacantes; que existe una pluralidad de dispositivos producto

de la tercerización del Estado en prestaciones como, por ejemplo, acompañamiento terapéutico u hogares conveniados que no cumplen con un criterio de territorialidad; así como también se evidencia la falta de intersectorialidad e integralidad de las respuestas en salud mental. Zaldúa (2016) advierte que, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, “la falta de planificación y de implementación de políticas públicas que viabilicen la consolidación del modelo comunitario de atención refuerza la persistencia de prácticas asilares y tutelares como principal respuesta (...)” (p. 276).

En la Provincia de Buenos Aires, desde el año 2019, a través de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública, creada durante dicha gestión y dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, se comenzó un proceso de reforma de la salud mental destinado a diseñar políticas públicas integrales acordes con la LNSM y a la reorganización de los servicios de salud mental (Barcala & Faraone, 2023). Las autoras Barcala y Faraone en un artículo publicado en la revista científica *Lancet* en el año 2023 describen y analizan algunos resultados de dicho proceso. Asimismo, el último Plan Provincial Integral de Salud Mental “Hacia un sistema solidario e integrado de salud” del período 2022-2027 de la Subsecretaría de Salud Mental de la Provincia (2022), analiza los avances realizados en el campo de la salud mental de diciembre del año 2019 a diciembre del año 2021 y plantea los objetivos y el plan para el próximo período.

La Provincia de Buenos Aires configura un escenario complejo y heterogéneo con confluencia de diversos actores sociales:

Un sistema de salud centrado en los cuidados y la continuidad de los mismos, requiere que concibamos una integración entre los diferentes niveles de atención, que se traduzca en una red de cuidados progresivos, con base en las comunidades, capaz de articular y construir redes en salud, con criterios de integración, colaboración y coordinación de acciones (Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires, 2022, p. 5).

En dicho documento se plantea que, en diciembre de 2019, al asumir la nueva gestión de la provincia, los servicios de atención en salud mental y consumos problemáticos se encontraban en un estado precario, con ausencia de políticas rectoras, desarticulados entre los niveles y tipos de servicios para garantizar la continuidad de cuidados, con carencia de una política de medicamentos, ausencia de formalidad en los procesos de trabajo; sumado al deterioro y abandono de la infraestructura sanitaria (Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires, 2022). El documento señala que el período 2020 a 2022 puede ser sintetizado como una etapa de consolidación de un enfoque acerca de la salud mental y de integración al sistema de

salud (Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires, 2022). Barcala y Faraone (2023) refieren que las medidas incluyeron el nombramiento de nuevos directores en los cuatro hospitales psiquiátricos, comprometidos con el paradigma de salud mental comunitaria, la implementación de políticas como la discontinuidad de los reingresos en monovalentes, los procesos de alta para pacientes internados a través de sistemas de apoyo, la consolidación de servicios de salud mental, la apertura de camas en hospitales generales y la consolidación de servicios comunitarios.

No obstante, en la Provincia de Buenos Aires, continúa concentrándose los recursos en salud mental dentro de los hospitales neuropsiquiátricos. Las lógicas asilares y manicomiales persisten más allá de los hospitales neuropsiquiátricos, observándose también en algunos hospitales generales (Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires, 2022). López Santi (2019) señala que, aunque los centros de salud mental comunitarios son parte de la red de servicios de salud en la provincia, algunos de los cuáles dependen de los diferentes hospitales neuropsiquiátricos, éstos “no llegan a integrar una política pública en salud mental equitativa y abarcativa” (p. 67).

El Plan Provincial Integral de Salud Mental de la Provincia (2022) plantea como eje rector una política centrada en la desinstitucionalización, “Buenos Aires Libre de Manicomios”, que implica el proceso de readecuación de las instituciones neuropsiquiátricas, en concordancia con lo establecido por la LNSM, y la transformación del modelo de atención en salud mental:

(...) creación de nuevos dispositivos de atención y cuidados y la construcción de un sistema solidario, en donde los hospitales neuropsiquiátricos dejen de tener un rol preponderante, y los dispositivos con base en las comunidades, incluyendo los hospitales generales, ocupen la centralidad del mismo, poniendo el eje en las trayectorias y necesidades de las personas con padecimientos en salud mental (p. 36).

En diciembre de 2019, en la Provincia de Buenos Aires, se encontraban internadas 1810 personas por razones de salud mental en los cuatro hospitales psiquiátricos, con una duración media de permanencia hospitalaria de 10 años. Las salas de larga estancia o crónicos representaban el 42% del total de admisiones, con personas que residían allí desde hace 40 a 50 años (Barcala & Faraone, 2023). En diciembre del año 2021, el número de pacientes hospitalizados disminuyó a 1263 (Barcala & Faraone, 2023; Kreplak et al., 2021) y, como consecuencia, unidades de ingresos crónicos fueron cerradas. De la población que fue dada de alta, el 82% recibió alojamiento en domicilios de familiares u otros domicilios privados y 469

personas recibieron apoyo para la vida en la comunidad, destacando la ampliación de las unidades residenciales comunitarias (Barcala & Faraone, 2023).

En la presente revisión de la literatura científica se han hallado artículos y libros que desarrollan y analizan los procesos de transformación de los hospitales neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires: Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves (Borelli et al., 2022; Cáceres et al., 2009; Hurley & Agrest, 2021; Morasso, 2013; Riva Roure et al., 2019) y Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn (Borelli et al., 2022; Centro de Estudios Legales y Sociales et al., 2022; Hurley & Agrest, 2021; López Santi, 2011, 2019). No se han encontrado artículos científicos que aborden el proceso de transformación del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, ubicado en Open Door, ni del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo J. Taraborelli, ubicado en Necochea. Se han hallado publicaciones sobre el proceso de transformación de la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca (Keena et al., 2017; Rossetto, 2009), institución nacional que depende del Ministerio de Salud de la Nación ubicada en Luján, Provincia de Buenos Aires. En relación a dispositivos comunitarios, se ha hallado una publicación que describe y analiza el Programa de Salud Mental Comunitaria de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires: Equipo Regional de Intervención en Crisis (ERIC) y Equipos Regionales de Intervención Comunitaria (ERICO) (Rattagan, 2009).

El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José A. Esteves, ubicado en Temperley, surge en el año 1999 a partir de una resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y su objetivo es:

Promover y sostener la externación de pacientes internados en los hospitales psiquiátricos de la provincia que carecen de soportes familiares y económicos, organizando redes asistenciales y sociales que actúen como soportes del proceso de externación (Cáceres et al., 2009, p. 300).

Originalmente, se había propuesto su desarrollo en todos los hospitales monovalentes de la provincia, teniendo como responsable a la dirección ejecutiva de cada hospital. Morasso (2013) señala a la externación asistida como el pasaje de las personas internadas por razones de salud mental a una vida social con ejercicio de derechos ciudadanos, con la asistencia de equipos técnicos de profesionales. En el Hospital Esteves se encontraban internadas 558 mujeres al mes de julio de 2018, de las cuales el 69% cursaba internaciones de un año o más de duración; al mes de junio de 2021, la cantidad de mujeres internadas en los servicios de larga estadía disminuyó a 446 personas (Borelli et al., 2022). Hurley y Agrest (2021) refieren que el

programa ha ganado reconocimiento como un programa comunitario de salud mental innovador, pero sin embargo, logró ayudar a que menos del 10% de las pacientes ingresadas en el Hospital Esteves fueran dadas de alta. El PREA se desarrolla a través de una política de reconversión de recursos, en donde se utiliza los recursos del propio sistema de salud y del hospital para una construcción colectiva orientada a la restitución de derechos (Cáceres et al., 2009). Los procesos de externación y reinserción social de las personas internadas en el hospital se producen a través de dispositivos intrahospitalarios (admisión, talleres y residencia para la externación) que acompañan el tránsito de las personas internadas a la vida en comunidad, y dispositivos extrahospitalarios (equipos asistenciales y Centro de Día Comunitario Libremente) que se constituyen en lugares de referencia para las mujeres externadas y desde donde se realizan actividades asistenciales interdisciplinarias como la supervisión domiciliaria, la continuidad del tratamiento y actividades comunitarias abiertas a toda la población; y casas de convivencia grupales alquiladas por el hospital con su propio presupuesto (Cáceres et al., 2009). El dispositivo de asistencia en la externación del Programa se conforma por equipos interdisciplinarios, que combinan miradas clínicas psicoterapéuticas y psiquiátricas con el abordaje de problemáticas convivenciales e inserción barrial y comunitaria (Riva Roure et al., 2019). Este trabajo de los equipos interdisciplinarios ha permitido la recuperación de derechos y el acceso a recursos como pensiones, jubilaciones, subsidios, pases de transporte, como así también la recuperación de patrimonio, de la capacidad jurídica y la rehabilitación de procesos de determinación de la capacidad (Riva Roure et al., 2019).

El proceso de transformación del Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Especializado Dr. Alejandro Korn, de la ciudad de La Plata, se comenzó a desarrollar hace varios años, en consonancia con lo dictaminado por la LNSM. En noviembre del 2014, el CELS junto al Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR), compuesta por trabajadoras y trabajadores, realizaron un diagnóstico de la situación del hospital, que sirvió de insumo para presentar un amparo colectivo en la justicia (Centro de Estudios Legales y Sociales et al., 2022):

(...) se denunció un estado de situación inconstitucional que requería la inmediata implementación de la ley como remedio para lograr el cese de las violaciones a derechos humanos de las personas internadas (...) exigía la desinstitucionalización de las personas internadas como única alternativa para una vida digna (p. 17).

A partir de allí, se conformó una Mesa Permanente de Trabajo intersectorial e interdisciplinario en el propio hospital, integrada por las autoridades del hospital, las

organizaciones denunciantes, el Ministerio de Salud de la Provincia, el Órgano de Revisión Local de Salud Mental, la Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia, la Curaduría de La Plata, la Fiscalía del Estado provincial y el Ministerio de Desarrollo Social provincial. A fines del año 2020, el Hospital presentó ante la Provincia de Buenos Aires su Plan de Adecuación a la LNSM, el cual cuenta con un sistema de seguimiento colectivo de frecuencia trimestral. Esta adecuación es un proceso intermedio hasta el cierre definitivo del Hospital que deberá ser reemplazado por otros dispositivos de atención en la comunidad (Centro de Estudios Legales y Sociales et al., 2022). En el año 2013, cerca de 750 personas se encontraban internadas en Hospital Alejandro Korn, anteriormente conocido como Hospital Melchor Romero. La mayoría de las personas internadas se encontraban en los servicios de larga estancia sin criterio de internación por razones de salud mental según lo establecido por la LNSM, con prolongación de las internaciones en respuesta a problemas habitacionales, sociales, económicos, laborales o familiares (Centro de Estudios Legales y Sociales et al., 2022). En el año 2018, se encontraban en el Hospital Alejandro Korn 446 personas internadas, de las cuales el 91% cursaba internaciones de un año o más; al mes de junio del año 2021, el número de personas internadas en los servicios de larga estadía disminuyó a 282 (Borelli et al., 2022). El documento del CELS (2022) señala que, hasta el mes de abril de 2022, se produjeron avances significativos en el plan de adecuación del hospital, dentro de los que destaca la prohibición del pase de personas de los servicios de crisis o agudos (de corta o mediana estadía) hacia los servicios de rehabilitación (larga estadía); la creación de comisiones de trabajo (Comisión sobre Salud Sexual Libre de Violencias; Comité de Uso de Psicofármacos en Abordajes Terapéuticos Integrales; Comisión de Óbitos y Mortalidad; Comisión Contra la Violencia Institucional; Comisión de Acceso a la Justicia); la externación de 41 personas de servicios de larga estancia, de 25 personas de rehabilitación y 16 personas de subagudos; la derivación de 12 personas a hogares de adultos mayores; la inclusión de 164 personas usuarias al Programa Promover; la creación de 20 proyectos de formación en oficios; el cierre de salas de internación crónica (Salas Bejarano, Sala D y Sala Korn); el avance en la construcción de un polo educativo en estos espacios; la definición de sistemas de apoyo para personas que comenzaron a habitar algunas de las viviendas del barrio; la apertura de admisiones de psiquiatría en consultorios externos del Hospital General, entre otros.

El servicio de externación del Hospital Alejandro Korn está integrado por tres Centros de Salud Mental Comunitaria (Casa de Pre Alta, Centro de Día Pichón Riviere y Centro de Salud Comunitaria Franco Basaglia), ubicados en el área urbana de la ciudad, los cuáles ofrecen

atención ambulatoria y acompañamiento de la vida en la comunidad de personas usuarias bajo un paradigma de trabajo interdisciplinario e interinstitucional. La ubicación de estos efectores en la zona céntrica de La Plata favorece el proceso de desinstitutionalización al disponer de mayores oportunidades en la participación de actividades culturales y recreativas, laborales y lugares de residencia (Borelli et al., 2022; López Santi, 2011). En los Centros de Salud Mental Comunitaria se desarrollan actividades que incluyen talleres de producción destinados a la formación laboral y promoción de empleo, talleres artísticos y de recreación, consultorios externos para la atención de los usuarios del programa, seguimiento comunitario a través de un sistema de referentes, actividades de promoción de la salud y para la obtención de recursos sociales, seguimiento domiciliario (López Santi, 2011). La Casa Pre Alta, creada en el año 1987, fue el primer Centro de Salud Mental Comunitaria del Hospital Alejandro Korn en alojar personas con trastornos mentales severos externadas a través del Programa de Rehabilitación, Externación y Seguimiento Comunitario, en consonancia con los procesos de reforma en salud mental que se estaban llevando a cabo en otros países. De esta forma, el hospital inició un proceso de transferencia de recursos hacia la comunidad (López Santi, 2011). En el año 2007, se inauguran los Centros Pichón Riviere y Franco Basaglia como parte del proceso de descentralización y transferencia de recursos del hospital a la atención en comunidad (López Santi, 2011). López Santi (2019) refiere que en el proceso de externación y rehabilitación psicosocial se producen dos etapas: en una primera etapa, con una fuerte presencia del Centro de Salud Mental Comunitaria desde el cuidado formal en relación al cuidado no formal; y, en paralelo, el fortalecimiento de la presencia del cuidado no formal a partir de la generación de nuevos vínculos. A partir de la década de 1990, como parte del programa comunitario de atención, se comienza a implementar el desarrollo de dispositivos residenciales no hospitalarios, casas de convivencia, con el fin de cubrir la necesidad de alojamiento de las personas externadas que, hasta entonces, solo se resolvía a través del alquiler en pensiones (López Santi, 2011). En la actualidad, las personas se externan bajo distintas modalidades: casas de convivencia del hospital, vinculadas a los centros de salud mental comunitaria; pensiones, casas alquiladas o de sus familias (Borelli et al., 2022).

La Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca, ubicada en la localidad de Torres del Partido de Luján, Provincia de Buenos Aires, es una institución dependiente del Ministerio de Salud de la Nación que ha comenzado un proceso de reforma y transformación de su modelo de atención vinculado a la protección de los derechos humanos de las personas internadas (Keena et al., 2017; Rossetto, 2009). En el año 2006 fue aprobado por resolución ministerial el

Programa de Reforma del modelo de atención, que sirvió de base para delinear el plan estratégico 2007-2011. Rossetto (2009) afirma que el proceso de reforma comenzó a generar confianza y credibilidad en los diferentes actores sociales involucrados a partir de la implementación de proyectos pilotos y experiencias testigos, como la reestructuración del pabellón 7, la apertura del Centro de Día Yenú Airen en la localidad de Torres y la Unidad de Rehabilitación y Cuidados Especiales (URCE). El proceso de transformación incluyó la restricción y regulación de las internaciones; el desarrollo de dispositivos alternativos; una política de externación e inclusión social; y el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas institucionalizadas (Rossetto, 2009). En relación a los procesos de reforma institucional, dirigida a mejorar las condiciones materiales, organizativas, de uso del tiempo libre y de la atención, se realizó una reforma arquitectónica, administrativa y asistencial de los pabellones para convertirlos en hogares y se habilitaron diversas casas de convivencia destinadas a dar alojamiento a los usuarios institucionalizados (Keena et al., 2017). En relación a los dispositivos alternativos al modelo de atención asilar, en noviembre del año 2005 se crea el Centro de Día Yenú Aiken, un espacio de rehabilitación, con perspectiva interdisciplinaria y de articulación con la comunidad y, posteriormente, se abrieron los centros Atrapando Sueños, Abriendo Puertas, Dulce Sonrisa, Vivir mejor, Volver a Vivir, el Centro Laboral Educativo Manos a la Obra y el Taller Protegido Terapéutico Reencuentro. Desde el año 2006, se habilitaron viviendas como dispositivos residenciales comunitarios (Keena et al., 2017; Rossetto, 2009). Los autores plantean como punto culminante del proceso de transformación la creación en el año 2006 del Programa Regreso al Hogar, un subsidio económico de externación brindado a las familias de las personas institucionalizadas que, por razones socioeconómicas, no podían sostener el regreso de su familiar a su hogar (Keena et al., 2017; Rossetto, 2009). En el período 2004-2009, la restricción de los ingresos y la apertura de unidades residenciales y centros de día, sumado a la descentralización de la atención de la salud mental a nivel local, contribuyó a lograr una disminución de 219 camas en la Colonia Montes de Oca. Rossetto (2009) hace hincapié en la importancia que tuvo en este proceso de cambio institucional la construcción de alianzas estratégicas entre los actores sociales intervinientes, tanto externos como internos, en particular entre y con los propios trabajadores del hospital. La Colonia Nacional Montes de Oca ha creado también un programa de casas autogestionadas asociadas para personas que viven solas, sin apoyos permanentes pero que requieren acompañamiento externo para garantizar la atención, promover la autonomía y fortalecer su inclusión social (Keena et al., 2017).

En relación a dispositivos comunitarios de salud mental desarrollados en la Provincia de Buenos Aires, Rattagan (2009) describe y analiza el Programa de Salud Mental Comunitaria de la Región Sanitaria VI (Lanús, Lomas de Zamora, Avellaneda, Quilmes, Almirante Brown, Florencio Varela, Berazategui, Ezeiza y Esteban Echeverría): el Equipo Regional de Intervención en Crisis (ERIC) y los Equipos Regionales de Intervención Comunitaria (ERICO). En el artículo científico publicado, el autor plantea la importancia de la integración de la salud mental en la salud general y concibe a los servicios comunitarios como “el medio principal para lograr una atención accesible, descentralizada, integral, participativa, continua y de carácter preventiva y promocional” (Rattagan, 2009, p. 454). El Equipo Regional de Intervención en Crisis (ERIC), conformado por un equipo interdisciplinario, opera como un dispositivo técnico asistencial y pedagógico y actúa ante la demanda de cada hospital general frente a situaciones de crisis: realiza capacitaciones, promueve el cambio de la cultura institucional mediante la progresiva modificación de prácticas de trabajo y brinda asistencia adecuada y oportuna a toda persona con padecimiento mental en situación de crisis en los hospitales provinciales de la Región Sanitaria VI. Los Equipos Regionales de Intervención Comunitaria (ERICO), constituidos por equipos interdisciplinarios con formación en salud comunitaria, abordajes grupales y familiares, tienen como objetivo brindar una asistencia adecuada y oportuna a toda persona que ha salido de la situación aguda de crisis, en conjunto con el equipo ERIC y con la red de salud de cada municipio (Rattagan, 2009).

En la Provincia de Santa Fe, se ha desarrollado un proceso de transformación del campo de la salud mental que la Dirección de Salud Mental de la provincia ha denominado proceso de sustitución de las lógicas manicomiales. En la presente revisión de la literatura científica, se hallaron artículos y libros publicados que describen y analizan dicho proceso de desinstitucionalización (Faraone et al., 2011, 2012; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Gerlero et al., 2010, 2011; Gerlero & Augsburger, 2012; Valero & Faraone, 2011).

El proyecto de gestión de sustitución de lógicas manicomiales de la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe (DSMSF), iniciado en el año 2004, organizó “la asistencia en salud mental a partir de diversos programas estratégicos, constituyendo ejes clínico-políticos orientados a la construcción colectiva, interdisciplinaria e intersectorial de la salud” (Faraone et al., 2012, p. 29). La DSMSF, que es ejercida por un colegiado de gestión provincial, puso en funcionamiento la política de transformación hacia diferentes instancias institucionales: creación de dispositivos organizados en programas con el fin de avanzar hacia la

desinstitucionalización de la población con padecimientos mentales; la reducción de internaciones en hospitales monovalentes; el abordaje de problemáticas de salud mental en otras instituciones totales, como institutos de menores y cárceles; y la implementación de una red de asistencia con base en los centros de atención primaria distribuidos a lo largo de la provincia (Faraone & Valero, 2013). Faraone (2012) plantea que la implementación de políticas alternativas y sustitutivas del hospital monovalente viene consolidándose en Santa Fe desde principios de la década del 2000. Sin embargo, existen dificultades para desmontar y/o transformar los hospitales psiquiátricos que permanecen en la provincia: el Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila, correspondiendo su área de referencia a Rosario y a su área metropolitana; la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, que le corresponde el sur del territorio provincial, exceptuando Rosario; el Hospital Mira y López de la ciudad de Santa Fe, el cual posee dos salas monovalentes y tiene como área de referencia al centro y norte de la provincia (Gerlero & Augsburger, 2012). Faraone (2013) manifiesta que este proceso:

(...) se consolidó a la luz de un complejo escenario político, social e institucional que implicó avances y retrocesos, tensiones y oportunidades, en el recorrido por plasmar la transformación del manicomio y la organización de dispositivos que sustituyeran las lógicas manicomiales de manera que trascendiera los muros institucionales (p. 53).

La organización del sistema de salud en la Provincia de Santa Fe aún obstaculiza la consolidación de espacios alternativos al hospitalocéntrico, como se puede observar en las derivaciones que acontecen al interior de la misma provincia (Faraone et al., 2012). La atención de la salud mental se brinda en instituciones de diferentes características y niveles de organización: hospitales monovalentes, servicios de salud mental de los hospitales generales, centros de salud de atención primaria con profesionales especializados, residencias compartidas, centros de producción e intercambio y departamentos de salud mental incluidos en el ámbito penal (Gerlero & Augsburger, 2012). Las autoras refieren que el eje del proceso de reforma del campo de la salud mental de la provincia se centra en el desarrollo de la atención primaria de la salud: la expansión de los servicios de salud mental en atención primaria, el incremento del número de profesionales especializados en la red de servicios de salud, la disminución del número de personas asiladas en hospitales monovalentes, muestran avances en esa dirección (Gerlero & Augsburger, 2012). La atención primaria de la salud en la Provincia de Santa Fe ha desarrollado una sostenida expansión, pero con una fuerte concentración de los servicios ambulatorios y hospitalarios y de los programas existentes en los grandes centros

urbanos en las ciudades de Rosario y Santa Fe y con un escaso desarrollo territorial en otras áreas (Gerlero & Augsburger, 2012). Asimismo, los procesos de derivación e internación no se adecuan a la planificación por áreas de referencia. Las autoras plantean que “si se atiende a los principios organizativos de territorialización, es menester destacar que la ausencia de recursos específicos para el primer nivel en amplias áreas pone al descubierto el relegamiento de la salud mental en el cuidado general de la salud” (Gerlero & Augsburger, 2012, p. 101). Sin embargo, destacan que la Provincia de Santa Fe adhiere a las premisas de la atención primaria y sus principios se orientan a la efectiva articulación de los cuidados y de los servicios de salud mental con la atención básica (Gerlero & Augsburger, 2012). Las propuestas de incorporación de profesionales en el primer nivel, la implementación del dispositivo "Fortalecimiento en Salud Mental de la Red de Atención Primaria" y la instalación de apoyo matricial de salud mental para los equipos de atención primaria con el propósito de aumentar su capacidad resolutive, partieron de la necesidad de desarrollar formas alternativas de atención basadas en el trabajo interdisciplinario y colectivo (Faraone et al., 2012; Gerlero & Augsburger, 2012). Así, surgieron novedosas experiencias como servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico en las ciudades de Rosario y Santa Fe para personas con problemas crónicos; casas de medio camino; centros de producción e intercambio; y viviendas asistidas para pacientes externados o en proceso de externación (Gerlero & Augsburger, 2012).

La experiencia de sustitución de las lógicas manicomiales en la Provincia de Santa Fe se gestó en base a los procesos de reforma de las instituciones monovalentes existentes: el Hospital Dr. Agudo Ávila de la ciudad de Rosario y la Colonia Psiquiátrica Dr. Abelardo Irigoyen Freire, ubicada en el pueblo de Oliveros; la reconversión de un hospital monovalente a un hospital general, que conserva actualmente dos salas de internación psiquiátrica, el Hospital Dr. Mira y López de la ciudad de Santa Fe; y el cierre definitivo de la sala psiquiátrica de la cárcel de Coronda, conocida como el Corralito (Faraone & Valero, 2013).

Faraone (2013) expone diversas etapas de la experiencia de la Colonia Oliveros, ubicada en una zona rural y creada en la década de 1940 como lugar de internación definitiva de pacientes crónicos. En la década de 1980 hasta mediados de la década de 1990 atravesó un proceso de deshospitализación, una estrategia de política económica de reducción de camas hospitalarias y reajuste fiscal, consecuente del modelo neoliberal que imperaba en el país. La etapa de la creación de la sustitución de lógicas manicomiales se llevó a cabo desde 1996 hasta 2004, período donde un grupo de trabajadores de la propia colonia disputaron y ocuparon la dirección del hospital y conformaron el Colectivo de Gestión de la Colonia Oliveros (CGCO).

En 2004, este mismo grupo asumió la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, lo cual fue un punto de inflexión que amplió los procesos desinstitucionalizadores en toda la provincia (Faraone & Valero, 2013). Los procesos desarrollados en la Colonia Oliveros fueron instituyendo un nuevo actor político, un movimiento colectivo, social e intersectorial: el Movimiento de Trabajadores de Salud Mental (MTSM), que se consolidó en el año 2001 y que tuvo como objetivo central inscribir en la agenda del Estado una política de salud mental. La experiencia Oliveros llevó adelante proyectos para lograr la externación de la población internada de larga estadía, que se constituía en más del 50 por ciento (Faraone & Valero, 2013): la morada, que funcionaba en el predio de la colonia como una residencia para usuarios con criterio de externación pero que no tenían donde vivir; el pabellón de adultos mayores, creado en forma conjunta con el Ministerio de Desarrollo Social para los usuarios con alto grado de dependencia; la consolidación de dispositivos de convivencia, como las casas compartidas. Faraone y Valero (2013) señalan como puntos importantes en este proceso de transformación de la Colonia los cambios en el sistema de admisión, que se consolidó como una única puerta de entrada y de redirección de usuarios a otros dispositivos terapéuticos; los equipos interdisciplinarios; la creación del Departamento Jurídico, con el objetivo de acompañar en las presentaciones que se debían realizar ante la justicia; y la reformulación en relación a la prescripción de psicofármacos. A ello se sumaron un conjunto de prácticas clínicas innovadoras que comprendieron procesos productivos, empresas sociales, economía solidaria y trabajo colectivo (Faraone & Valero, 2013).

Por otro lado, Faraone (2013) analiza la experiencia del Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila, hospital ubicado en la ciudad de Rosario, el cual contaba con dos pabellones de internación, consultorios externos y guardia, y donde el 70 por ciento de la población internada era de larga estadía. El hospital inició un proceso de desinstitucionalización a través de acciones que lograron la disminución de nuevas internaciones por largos períodos como el comité de admisión, talleres y el dispositivo la casa, ubicado en la zona sur de Rosario para pacientes de larga estadía y sin grupo sociofamiliar continente. Otro de los efectores mencionados, el Hospital Emilio Mira y López, que fue construido a principios de la década de 1940 como monovalente y luego transformado en hospital general, conserva dos salas destinadas a internaciones por razones de salud mental, además de un conjunto de espacios físicos donde se desarrollan programas y emprendimientos productivos y de sustitución de las lógicas manicomiales. Luego del cierre del pabellón psiquiátrico de la Cárcel de Coronda en el año 2008, los usuarios con causa judicial penal, con medidas de seguridad o por protección de

personas, pasaron a formar parte de la población de las salas de los hospitales, particularmente en el Hospital Mira y López. Faraone (2013) refiere que no se han encontrado estrategias acordes para esta población que ha sido declarada inimputable y lo señala como uno de los desafíos de los procesos desinstitutionalizadores.

El cierre del pabellón psiquiátrico del penal de Coronda, conocido como “el Corralito”, fue otra de las experiencias significativas en el proceso de desinstitutionalización llevado a cabo en la Provincia de Santa Fe por la DSMSF (Faraone et al., 2011; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Faraone & Valero, 2013; Valero & Faraone, 2011). Este proceso complejo abarca el período que va desde el inicio de la intervención del equipo de la Dirección de Salud Mental en el año 2004 hasta su cierre definitivo en octubre de 2008. El pabellón psiquiátrico, que se instala en la cárcel de Coronda en el año 1985, alojaba personas con padecimiento mental, en su mayor parte inimputables, y contaba con personal de salud a cargo (un psiquiatra y enfermeros) que dependían del Servicio Penitenciario. Los artículos científicos que desarrollan esta experiencia describen la ausencia en dicho pabellón de atención de la salud mental, de actividades recreativas o laborales y de planificación de acciones orientadas a la reinserción social. A partir del año 2005, la DSMSF comenzó a trabajar dentro del dispositivo con un equipo de profesionales y enfermeros, con el objetivo de externar a las personas allí alojadas hacia espacios asistenciales de carácter no penitenciario, con una orientación terapéutica asistencial que suponía la sustitución de las lógicas punitivas - manicomiales allí imperantes (Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009). El trabajo se enfocó en la recopilación de la información disponible sobre cada uno de los pacientes y la elaboración de historias clínicas, hasta entonces ausentes; en la adecuación de los abordajes farmacológicos; y en el proceso de externación y reinserción social fuera del ámbito penitenciario. El proceso de cierre del Corralito “surge como resultado de una decisión política, consecuencia por un lado, de múltiples intentos previos y de numerosos reclamos por parte de Organismos de Derechos Humanos (...)” (Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009, p. 14). Este proceso estuvo inserto en la intersección entre el sistema penal penitenciario y el ámbito de salud: “la incursión del sistema de salud en el espacio penal y su producto fue la puesta en tensión de la lógica institucional dominante dentro del contexto carcelario” (Faraone & Valero, 2013, p. 117). La estrategia de cierre del pabellón psiquiátrico implicó desarmar la trama del manicomio dentro de la cárcel, el cual se encontraba legitimado y naturalizado como tratamiento. Este dispositivo es necesario comprenderlo “dentro del proceso histórico de las políticas que emplean el secuestro institucional en el sentido de diferenciación-especialización, en el cual se pone de

manifiesto ‘lo peor de lo peor’” (Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009, p. 19): la cárcel y el manicomio asociados en un proceso de violación de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental (Faraone et al., 2011; Faraone, Valero, Bianchi, & Geller, 2009; Valero & Faraone, 2011).

El proceso de transformación del campo de la salud mental en la Provincia de Río Negro constituyó una de las experiencias más extendidas en el país. El proceso de desmanicomialización, denominación acuñada por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de Río Negro, es abordado y analizado por artículos científicos y libros publicados que forman parte de esta revisión de la literatura científica (Cohen et al., 1994; Cohen & Natella, 2013; Elvira, 2021; Gerlero et al., 2010, 2011; Natella & Cohen, 2007, 2007; Paulin Devallis et al., 2016; Razzouk et al., 2012).

La desmanicomialización rionegrina es un proceso provincial cuyo origen se identifica con el restablecimiento de la democracia en Argentina en el año 1983 (Cohen, 1994). En 1985, se creó el Programa Provincial de Salud Mental con sede en el Ministerio, diferenciado del hospital psiquiátrico, bajo la dirección del Dr. Hugo Cohen (Cohen & Natella, 2013; Natella & Cohen, 2007). Elvira (2021) señala a este hecho como favorable, ya que hasta el momento el coordinador del área de salud mental era a la vez director del hospital psiquiátrico provincial. A partir de allí, se inició una nueva política de salud mental en Río Negro, la cual se estableció desde instancias técnico-políticas desde el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia con la intención de crear un sistema provincial de atención en salud mental con servicios basados en la comunidad, promoviendo la propuesta de inclusión social, atención de crisis en los hospitales generales e integración de los niveles locales, zonales y provinciales (Gerlero & Augsburg, 2012). La desmanicomialización fue concebida como “la transformación de un sistema de salud mental, para que las personas con sufrimiento mental vivan en sus comunidades y no en hospitales psiquiátricos (...) se transformó el viejo sistema en un sistema de salud mental comunitaria” (Cohen & Natella, 2013, p. 17):

(..) implicó un cambio de políticas de salud mental de aquellas basadas en la institucionalización hacia la promoción sanitaria y social de las personas con sufrimiento mental, un cambio de modelos de atención desde los modelos clínicos tradicionales hacia un modelo comunitario epidemiológico, y el cambio de las prácticas, que además de la resolución de síntomas promovieran el desarrollo humano y las capacidades de los individuos y comunidades para mejorar sus condiciones de vida (Cohen & Natella, 2013, p. 59).

En esta experiencia resultó fundamental el compromiso de los equipos de salud y de salud mental durante el proceso, lo que contribuyó a la modalidad participativa de la experiencia (Gerlero & Augsburger, 2012; Paulin Devallis et al., 2016). Gerlero y Augsburger (2012) refieren que entre los lineamientos políticos de este proceso se instituye la cobertura en los cuidados de salud mental de la totalidad de la población del territorio provincial; la intersectorialidad, la integración de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil; la tarea asumida por los equipos de salud, lo que garantiza la coordinación temporal de las distintas intervenciones y consolida la continuidad de los procesos de cuidado; la integración de la salud mental como parte integral del sistema de salud, conformándose en la quinta clínica básica; la provisión de cuidados a través de los servicios de salud mental de los hospitales generales; la territorialización como principio rector de la atención; la garantía de la atención en la urgencia con la modalidad de patrullas en las localidades no cubiertas por efectores de salud mental. A partir de dicho proceso, la provincia de Río Negro cuenta con una red de servicios territoriales, coordinados con una modalidad de conducción colegiada (Paulin Devallis et al., 2016): “la descentralización por medio de los coordinadores con referencias zonales, permite operativizar y optimizar la resolución de conflictos en el área de influencia, mejorando la comunicación y referencia con los servicios” (Gerlero & Augsburger, 2012, p. 106).

En la Provincia de Río Negro, no existen hospitales psiquiátricos públicos, prohibidos por ley desde el año 1991. En 1988 se cerró el único neuropsiquiátrico de la provincia ubicado en la ciudad de Allen, el cual fue transformado en un hospital general. Natella y Cohen (2016) describen otros hechos significativos en el proceso de desmanicomialización como la sanción de la Ley 2440 en 1992, la creación del Centro Camino Abierto en Bariloche, la apertura de la Residencia Interinstitucional en Salud Mental Comunitaria y la creación de servicios de salud mental en casi todos los hospitales de la Provincia. Paulin Devallis (2016) manifiesta que uno de los ejes centrales de la transformación fue la descentralización de recursos humanos, evitando la concentración de profesionales en Allen y generando equipos de trabajo en cada uno de los hospitales generales de la provincia, en los centros de atención primaria de la salud y en los parajes bajo la modalidad de patrullas, visitas domiciliarias o atención de urgencias. El accionar de los equipos móviles de intervención a distancia o patrullas (EMID-patrullas) brindó apoyo a las localidades que no contaban con recursos especializados, a fin de desarrollar capacidades individuales y sociales a nivel local para hacer frente a los problemas de salud mental que se presentaban (Cohen & Natella, 2013). Los autores rescatan como hecho fundamental, y como una decisión política fundante para el proceso de reforma, la apertura de

camas en todos los hospitales generales de la provincia ya que efectivizó una alternativa concreta para la atención de la urgencia en salud mental y para la internación en crisis, lo cual permitió prescindir de la internación manicomial (Cohen & Natella, 2013). Esto implicó múltiples resistencias debido a la cultura de exclusión de la salud mental del espacio general de salud. Los hospitales generales, que eran responsables por la salud de los habitantes de un territorio definido, denominado área programa, se constituyeron en el eje de la organización del sistema de salud mental, logrando que un mismo equipo realizara actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (Cohen & Natella, 2013). En el modelo rionegrino, la formación y reorientación del recurso humano fue jerarquizada como el instrumento principal de la reforma (Cohen & Natella, 2013) y la interdisciplina y el trabajo en equipo fueron la estrategia fundamental para lograr un nuevo tipo de abordaje, superando la mirada exclusivamente médico biológica (Paulin Devallis et al., 2016):

La reforma permitió la integración de los planos biológico y psicológico junto al plano de lo social, el que se sumó no sólo como dimensión causal sino también como ámbito de intervención (...) se promovieron los postulados de la atención primaria de la salud y de la salud mental comunitaria impulsando un enfoque ético y democrático, de atención territorial accesible, descentralizado, participativo e integral, interdisciplinario e intersectorial, sostenido en valores de solidaridad y equidad (Elvira, 2021, p. 25).

Las publicaciones destacan la importancia de la inclusión de los operadores de salud mental no profesionales que se incorporan como personal rentado en los equipos. En correspondencia con la transformación del modelo de atención, su participación en los equipos pretende superar la limitación de los saberes académicos para abarcar también a los saberes populares (Cohen & Natella, 2013; Paulin Devallis et al., 2016):

(...) tal vez el elemento terapéutico más significativo que introducen estos operadores no convencionales es la dimensión concreta, viva y directa de la cotidianeidad con sus saberes, hábitos y cultura propia que interactúa directamente con los pacientes desde esta nueva perspectiva (Natella & Cohen, 2007, p. 61).

Natella y Cohen (2016) plantean que prácticamente no hay ciudad o pueblo en la provincia de Río Negro que no tenga al menos un referente de salud mental en su hospital. Gerlero y Augsburguer (2012) refieren que la formación de asociaciones de familiares y usuarios de los servicios de salud mental fue un aporte fundamental para sostener las transformaciones producidas.

Por otro lado, Paulin Devallis (2016) expone que si bien los servicios en los hospitales generales son el principal soporte institucional del programa de salud mental, también incluyen otros espacios institucionales, como empresas sociales, asociaciones de usuarios y familiares y diversas estructuras y dispositivos intermedios. El Programa de Salud Mental cuenta con dispositivos como centros comunitarios, casas asistidas, casa para el trabajo de atención y resocialización con personas bajo jurisdicción judicial, empresas sociales, grupos institucionales sobre adicciones, talleres abiertos a la comunidad (Gerlero & Augsburger, 2012; Natella & Cohen, 2016). Baffo (Paulin Devallis et al., 2016) hace hincapié que, aun cuando el programa de salud mental prevé la habilitación de otros espacios institucionales, estos han sido poco desarrollados, de manera tal que los hospitales generales continúan siendo el principal soporte institucional de la desmanicomialización.

La investigación realizada por Baffo (Paulin Devallis et al., 2016) concluye que los grupos de trabajadores que participaron en el estudio coinciden al describir el origen del proceso de reforma de la salud mental rionegrina ligado a la democracia, reconociendo esta situación política como condición indispensable:

(...) la desmanicomialización no se confunde con una reforma meramente técnico asistencial, sino que se destaca, desde sus orígenes, el vínculo esencial con la dimensión política, con la lucha por los derechos humanos, y la búsqueda de prácticas en SM que no repitan los dispositivos tradicionales de control social (p. 202).

La autora destaca tres puntos considerados como los principales logros de dicho proceso: la permanencia en el tiempo, la legitimación de nuevas modalidades técnicas y el trabajo en equipo en salud mental (Paulin Devallis et al., 2016). Asimismo, destaca la demostración de la viabilidad de la desmanicomialización al haber podido “implementar nuevas prácticas en salud mental, desde un modelo de atención distinto al tradicional, donde la reclusión y el aislamiento ya no son considerados como recursos terapéuticos legítimos” (p. 218). Respecto de la implementación de nuevas prácticas de salud mental, subraya tres cuestiones: el carácter extramuros del nuevo accionar, con las visitas domiciliarias como ejemplo destacado; el trabajo desde el hospital general respecto del hospital monovalente; y el trabajo desde el ámbito cultural, como la realización de talleres de arte y laborales (Paulin Devallis et al., 2016).

Natella y Cohen (2013) mencionan como indicadores de avance del proceso de reforma en la Provincia de Río Negro la apertura y aumento de servicios basados en la comunidad, tales

como camas de salud mental en hospitales generales y estructuras de apoyo psicosocial (dispositivos habitacionales, laborales, socioculturales, de capacitación laboral); el aumento de la cobertura y acceso a los servicios; la disminución de camas y posterior cierre del hospital psiquiátrico y su reconversión en hospital general; la redistribución del presupuesto para salud mental hacia la red de servicios comunitarios; la redistribución, incremento y capacitación continua de recursos humanos en la red de servicios comunitarios; la participación comunitaria, de usuarios y familiares en red con los servicios; la generación de asociaciones de usuarios y familiares; la contratación de recursos no convencionales en los servicios de salud mental; el desarrollo de estrategias de atención primaria en salud mental; y el aumento de políticas y legislaciones de promoción y protección de personas con sufrimiento mental.

En su trabajo de investigación, la autora Paulin Devallis (2016) plantea que “la coexistencia entre el modelo asilar y comunitario no respondían a las concepciones de los trabajadores sino a condicionantes culturales, socioeconómicas e institucionales del escenario en que se desarrolla el programa” (p. 170). La investigadora afirma “que el programa de salud mental se comporta como generador de nuevas representaciones sociales al producir transformaciones en las formas de asistencia a los trastornos mentales severos” (p. 172). La necesidad de más estructuras intermedias, las exigencias que comprometen a los trabajadores del sector y la complejidad de las demandas que reciben los servicios, generan dificultades y tensiones en el sistema (Gerlero & Augsburger, 2012). Baffo (Paulin Devallis et al., 2016) plantea como los principales obstáculos del proceso de desmanicomialización las dificultades ligadas al funcionamiento de los servicios en el hospital general, la falta de recursos y las dificultades en el trabajo en red con otras instituciones:

(...) lo encontrado durante la investigación, nos remite a que la desmanicomialización es un proceso no-lineal, donde conviven éxitos, fracasos y dificultades (...) Todas las versiones son ciertas: es verdad que el esfuerzo existió y que se lograron grandes cambios, y es verdad que existen obstáculos y falencias. La coexistencia de estas múltiples miradas nos permite vislumbrar la verdad de una realidad compleja (Paulin Devallis et al., 2016, p. 265).

En la Provincia de San Luis, se desarrolló un proceso de transformación institucional del ex Hospital Psiquiátrico de la provincia, creado en 1940, llamado actualmente Hospital Escuela de Salud Mental. Se hallaron artículos y libros publicados que abordan dicha experiencia, los cuáles fueron escritos por el autor Pellegrini, quien fue un actor fundamental en dicho proceso de reforma (Pellegrini, 2005, 2009, 2011). En 1993, Pellegrini inicia un Plan Provincial de Salud Mental con el propósito de reformular integralmente la atención

psiquiátrica en el sistema público de la Provincia de San Luis (Morasso, 2013). Este proceso de transformación institucional se fue desarrollando en un marco político social, cuyo lema fue “¡Basta de manicomios en San Luis!”, por el cual el hospital psiquiátrico se transformó en un hospital de agudos, luego de enfrentar fuertes resistencias a su implementación desde los medios de comunicación, la legislatura, la iglesia y la justicia, quienes planteaban la peligrosidad de las personas que iban a ser externadas (Pellegrini, 2005, 2009). Al comenzar el proceso de transformación institucional, el promedio de estadía de las personas en el hospital psiquiátrico era superior a los 7 años, la psicofarmacología se constituía en la única oferta, las personas internadas carecían de actividades planificadas, con largos períodos ociosos, sin vínculo con la comunidad e irregulares visitas familiares, las historias clínicas no se encontraban actualizadas y no existían planes de externación (Pellegrini, 2005). Pellegrini (2009) plantea que una definición decisiva en el proceso de transformación institucional del hospital psiquiátrico fue que se realizó junto a las mismas personas profesionales, empleados y trabajadores que habían sostenido el manicomio:

Si el personal del hospital era el instrumento principal para el cambio, era evidente que ese instrumental debía cambiar para no ser obstáculo o impedimento de la transformación institucional (...) era necesario interpretar y remover resistencias propias del conflicto, y por otro lado librar la discusión ideológica, política, cultural nacida de la decisión de acabar con el manicomio (...) (p 433).

Esto se realizó con la habilitación de espacios de participación democrática como experiencia de encuentro y de asunción de conflictos: la Asamblea y el Programa Ocupándonos de la Salud de los Trabajadores de la Salud. Las medidas concretas que se realizaron durante el proceso de transformación fueron la adecuación de la infraestructura institucional: se eliminaron calabozos, rejas y llavines y se expandieron los espacios comunes; el cierre de la admisión de pacientes crónicos o de larga estadía; la apertura hacia la comunidad a través de la dinámica del “hospital en la calle”, que fue rompiendo cristalizaciones, tanto en la institución como en la comunidad: trabajo domiciliario, comunitario y vínculos con otras instituciones; la revisión de los diagnósticos, tratamientos y la promoción de la reinserción social y de procesos de externación, a través de equipos de función comunitaria que nuclearon profesionales, técnicos, empleados, pacientes y familiares; la normatización de la revista de sala como espacio institucional interdisciplinario; la creación de un subsidio para familias sustitutas para el cuidado de personas con discapacidad psicofísica; la construcción de grupos terapéuticos institucionales centrados en varias temáticas (Pellegrini, 2005, 2009, 2011). Pellegrini (2005)

destaca los derechos humanos como el eje orientador del proceso de transformación institucional. En septiembre de 1996 finaliza el proceso de externación y reinserción social. La atención ambulatoria pasa a ser la oferta institucional dominante; la internación, con promedio de estadía de cuatro días, determinada por las necesidades terapéuticas en crisis; y se produjo una apertura del hospital a otras problemáticas de salud mental (Pellegrini, 2011):

Pusimos fin al manicomio, y construimos un Hospital Escuela de Salud Mental que asiste, investiga, hace docencia, y muestra que existen otras modalidades actualizadas y mejores de atender el padecimiento humano y la enfermedad sin discriminar, encerrar o excluir (p. 52).

Por último, se han hallado artículos que desarrollan y analizan los procesos de reforma de la salud mental iniciados en otras provincias de Argentina: Córdoba y Entre Ríos (Gerlero et al., 2010, 2011; Gerlero & Augsburger, 2012), San Juan (Gerlero et al., 2011; Gerlero & Augsburger, 2012), Neuquén (Razzouk et al., 2012) y Tierra del Fuego (Faraone et al., 2012). Gerlero (2011) plantea que las ciudades de Córdoba, en la Provincia de Córdoba y de Paraná, en la Provincia de Entre Ríos han definido políticas sanitarias que garantizan el acceso universal a los servicios de salud, con el incentivo estratégico para favorecer la accesibilidad de la población a los cuidados de salud mental: se impulsó la expansión de la red de servicios, la ampliación de las prestaciones y la integración de los cuidados mentales a la atención primaria (Gerlero et al., 2011). En las provincias de San Juan, de Córdoba y de Entre Ríos se encuentran salas o camas destinadas para internación por razones de salud mental en hospitales generales. En dichas jurisdicciones, se observa “un modelo dual que superpone la atención hospitalaria centrada en la enfermedad mental junto a incipientes estrategias y dispositivos alternativos insertos en la vida comunitaria” (Gerlero et al., 2010, p. 24).

La provincia de Entre Ríos cuenta con una extendida red de servicios ambulatorios de salud mental: servicios de atención especializada en hospitales generales y equipos y profesionales especializados en centros de atención primaria; y con unidades de internación por salud mental en hospitales generales, las cuáles coexisten con la atención de la salud mental en los hospitales psiquiátricos, los cuales no incorporaron un criterio de territorialización: el Hospital Roballos en Paraná (actual Hospital Escuela de Salud Mental), el Hospital Liniers en Rosario del Tala, el Hospital Colonia de Rehabilitación Salud Mental en la localidad de Diamante y el Hospital Colonia Federal en la ciudad de Federal. En la provincia, no existen instituciones especializadas con internación en salud mental para niños/as y adolescentes (Gerlero & Augsburger, 2012). En relación a dispositivos sustitutivos de las lógicas

manicomiales, el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná cuenta con dispositivos de casa de medio camino, hospital de día, radio, espacios de paseos, emprendimientos laborales, guardia interdisciplinaria, asambleas de usuarios, entre otros (Benedetti et al., 2019).

La provincia de Córdoba cuenta con una red de salud mental integrada por hospitales monovalentes: el Hospital Colonia Santa María de Punilla; el Hospital Vidal Abal de Oliva; el Hospital Neuropsiquiátrico de la Ciudad de Córdoba; servicios de salud mental y unidades de internación en hospitales generales; servicios comunitarios y establecimientos especializados para la atención ambulatoria y de internación. La Provincia carece de programas o estrategias preventivas y asistenciales de carácter integral que estén destinadas al sistema de salud mental. Asimismo, las estructuras asilares siguen funcionando con una lógica manicomial, al tener en cuenta los datos del promedio de estadía hospitalaria, el aumento del número de camas, la ausencia de alternativas intermedias a la internación, la falta de estrategias de externación y las asignaciones presupuestarias (Gerlero & Augsburger, 2012). Las autoras destacan al Hospital Santa María de Punilla como la única institución monovalente que se encuadra en un proceso de reforma: las camas disminuyeron; se crearon casas de medio camino para pacientes externados y disminuyó el promedio de días de internación (Gerlero & Augsburger, 2012).

La provincia de San Juan cuenta con un hospital monovalente, el Hospital Neuropsiquiátrico Zonda, servicios de salud mental y unidades de internación en hospitales generales y profesionales psicólogos en el primer nivel de atención. La red de servicios de salud mental se encuentra fragmentada y se encuentran obstáculos para la inserción y la articulación del servicio de salud mental en el hospital general, lo cual produce que las personas con trastornos mentales graves sean derivadas al hospital monovalente sin que se pongan en juego recursos alternativos (Gerlero & Augsburger, 2012).

Por último, en la provincia de Tierra del Fuego el hospital general se constituye en el efector central en la atención de la salud mental y no existen hospitales psiquiátricos monovalentes. Sin embargo, “la ausencia territorial del hospital monovalente no propició necesariamente una trayectoria de acceso por fuera de los muros manicomiales” (Faraone et al., 2012, p. 30), ya que se propician internaciones por salud mental fuera de la jurisdicción a través de derivaciones a clínicas privadas de la Ciudad de Buenos Aires. La organización del sistema de salud aún obstaculiza la consolidación de espacios alternativos al hospitalocéntrico, como se desprende de las derivaciones hacia otras provincias. En relación a experiencias de atención primaria de la salud, las autoras enumeran a las Casas de Encuentro (actividad territorial vinculada a poblaciones de áreas vulnerables), las Unidades de Atención en Crisis y talleres

abiertos a la comunidad coordinados por el Centro de Prevención y Asistencia a las Adicciones y por el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional de Ushuaia (Faraone et al., 2012).

5.6.1.1. Experiencias y dispositivos de desinstitucionalización en salud mental en infancias y juventudes

Se encontraron cuatro artículos y un libro que conforman el corpus de esta revisión de la literatura científica que abordan experiencias y dispositivos de salud mental en infancias y juventudes. Por un lado, dos de los artículos describen y analizan dispositivos implementados en la Ciudad de Buenos Aires: el Programa de apoyo a jóvenes en procesos de externación o egreso institucional de la Asociación Civil La Casona de Los Barriletes (Costa & Mattarucu, 2013) y el Programa de Atención Comunitaria de niños, niñas y adolescentes con Trastornos Mentales Severos (PAC) (Barcala & Torricelli, 2013). Por otro lado, un mismo equipo de investigación desarrolló estudios multicéntricos que analizan las políticas de salud mental en niñez y su implementación (Barcala et al., 2020, 2022). Uno de los estudios multicéntricos, que incluyó a las Provincias de Buenos Aires, Chubut, Jujuy, Santa Fe, La Rioja y CABA, analizó las modalidades de cuidado que se imparte a la población infantojuvenil, su adecuación al nuevo paradigma y las respuestas institucionales sanitarias a esta problemática (Barcala et al., 2020). El otro estudio multicéntrico, que incluyó a las Provincias de Santa Fe, La Rioja y CABA, caracterizó y evaluó la adecuación de las prácticas de cuidado que brindan los efectores del sistema público de salud mental infantil al nuevo marco normativo de Argentina (Barcala et al., 2022). Por último, un libro publicado aborda experiencias y dispositivos de salud mental en infancias en las provincias de Tierra del Fuego, Jujuy, Santa Fe, Río Negro, Neuquén, Córdoba y en la jurisdicción de CABA (Barcala & Luciani Conde, 2015).

El artículo que relata la experiencia del Programa de apoyo a jóvenes en procesos de externación o egreso institucional de la Asociación Civil La Casona de Los Barriletes, señala que el contacto de niños y jóvenes con problemáticas de salud mental con los servicios asistenciales suele implicar largos y discontinuos recorridos institucionales, con períodos prolongados de ingreso en instituciones, incluyendo internaciones por razones de salud mental (Costa & Mattarucu, 2013). La Asociación Civil La Casona de Los Barriletes, institución organizada desde la sociedad civil con financiamiento propio y que presta servicio para la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, cuenta con un programa de apoyo a

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

jóvenes en procesos de externación o egreso institucional, el Espacio Familiar Terapéutico Ambulatorio. Este programa de trabajo propone:

Acompañar procesos de egreso de jóvenes internados en dispositivos de salud mental o alojados en instituciones de albergue del sistema de protección integral de derechos de niños, niñas y adolescentes de CABA (...) y contribuir con la generación y el afianzamiento de redes y referencias comunitarias y territoriales de los jóvenes asistidos, de modo de evitar o disminuir, en situaciones de crisis, reinternaciones o reingresos a instituciones de protección, acompañando a ellos y sus familias y/o referentes de cuidado, en trayectorias que conduzcan a mayores posibilidades de inclusión social (Costa & Mattarucu, 2013, p. 61).

Los autores hacen hincapié que desde dicho dispositivo se trabaja desde modelos de intervención en salud mental infantojuvenil de base comunitaria, propuestos como alternativas a las institucionalizaciones prolongadas, como tratamientos comunitarios asertivos o de manejo de casos, acompañamiento longitudinal a lo largo del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, trabajo interdisciplinario, presencia regular en territorio, alta frecuencia de contactos con los usuarios y sus entornos próximos e intervención en crisis (Costa & Mattarucu, 2013). En el artículo se señalan las dificultades que se presentan para el armado y sostenimiento de redes y referencias comunitarias, por un lado, debido a las condiciones de las personas que asisten, marcadas por historias de fracasos en su inserción en los diversos marcos institucionales, y por el otro, debido a representaciones de dichas instituciones sobre estos sujetos, “pensados frecuentemente como rígida e inexorablemente cristalizados, cronificados, en sus rasgos de pacientes abandonados, alumnos disruptivos, personas irresponsables en lo laboral” (Costa & Mattarucu, 2013, p. 63). Los autores ubican esta experiencia de trabajo como una práctica alternativa a las institucionalizaciones prolongadas:

El modelo de trabajo que proponemos, que implica intervenciones en terreno sostenidas por períodos de tiempo relativamente prolongados, sin poder estar estos fijados a priori, representa un beneficio comprobable para las personas acompañadas a lo largo de los particulares y sinuosos recorridos que conlleva, en cada caso, la recuperación de su inserción e inscripción en la comunidad (Costa & Mattarucu, 2013, p. 64).

La publicación que relata la experiencia del Programa de Salud Mental Comunitaria para niños, niñas y adolescentes con Trastornos Mentales Severos (PAC) (Barcala & Torricelli, 2013) refiere que dicho dispositivo constituyó “un aporte a la construcción de procesos des/institucionalizadores basados en el derecho a la atención integral de los niños, niñas y adolescentes con problemáticas graves en el campo de la Salud Mental” (p. 68). Las autoras destacan que en América Latina, y específicamente en Argentina, existe una brecha entre los

que sufren un padecimiento mental y los que reciben atención, situación que se agudiza en la niñez y en la adolescencia, dado que los servicios de salud mental dedicados a esa población son limitados y, en muchos casos, inexistentes (Barcala & Torricelli, 2013). Este programa de atención comunitaria que proveyó de cuidados a niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos en la Ciudad de Buenos Aires desde el año 2006 hasta comienzos del 2012 intentó:

(...) acortar la brecha de tratamiento entre los niños, niñas y adolescentes con profundo sufrimiento psicosocial, favoreciendo especialmente la accesibilidad a los cuidados integrales de aquellos con mayor nivel de vulnerabilidad (..) en especial los niños y jóvenes que sufren trastornos mentales y terminan largamente institucionalizados, evidenciando lo que no hizo el sistema sanitario por ellos a tiempo (Barcala & Torricelli, 2013, p. 69).

Las autoras ubican esta experiencia en el campo de los enfoques en la salud mental con base comunitaria, colectiva y territorial, acorde a los estándares internacionales vigentes en dicho momento en materia de salud mental y derechos humanos: propuso una mirada interdisciplinaria e intersectorial y tomó en cuenta la multidimensionalidad de los determinantes sociales de la salud para brindar cuidados integrales. Esta experiencia se desarrolló con un modelo de abordaje de situaciones complejas a cargo de un equipo interdisciplinario, que incluyó la atención integral, territorializada, intersectorial y psicoterapéutica de niños, niñas y adolescentes a través de tratamientos singulares adecuados y cercanos a su domicilio, atendiendo a las necesidades y problemáticas en todos los ámbitos de la vida (Barcala & Torricelli, 2013):

La construcción de un programa que no funcionara ni fragmentada, ni parcial, ni aisladamente, sino que desde la praxis se propusiera ofrecer a estos niños y jóvenes una red de continuidades a los que muchos de ellos no estaban habituados, funcionó como un soporte subjetivo. Se trataba de tejer puentes entre las diferentes instituciones del sector salud y de otros sectores, para encontrar una respuesta conjunta y singular a las necesidades que cada uno de ellos planteaba (...) la posibilidad de garantizar de modo colectivo la continuidad de los cuidados que corresponsabilizaba a todos los actores intervinientes en la efectivización de sus derechos (p. 71).

El artículo enumera que el programa de continuidad de cuidados centrados en esta población incluyó planes singulares individualizados de cuidados, acompañamiento, asesoramiento y apoyo a las familias y los cuidadores; acompañamiento e integración escolar; psicoterapia individual; abordajes vinculares y familiares; abordajes psicofarmacológicos; tratamientos psicopedagógicos; talleres y grupos de apoyo; historización y elaboración

simbólica de los traumatismos sufridos; visitas a los domicilios; mantenimiento y desarrollo de soportes comunitarios individualizados; actividades de sensibilización; y actividades recreativas. Asimismo, incluyó la construcción de una estrategia que apuntara a la transformación de las instituciones y de los servicios hacia una perspectiva territorial, para lo cual se organizó la “Red de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos” (Barcala & Torricelli, 2013). El PAC fue desarticulado a mediados del año 2012:

(...) confirmando el supuesto acerca de la fragilidad ligada a la continuidad de las experiencias innovadoras y creativas, frente a los avances de modelos biologicistas y mercantilistas, cuando no se hayan enmarcadas en un sistema de salud integral y en especial en políticas claras de salud mental (Barcala & Torricelli, 2013, p. 74).

Los artículos científicos del equipo encabezado por la investigadora Barcala (2020, 2022) analizan los procesos de reforma de la atención en salud mental destinada a la niñez en Argentina y se ubican en el entrecruzamiento de los campos de la política pública de niñez y de la política de salud mental. Con respecto a la adecuación y ajuste de las modalidades de cuidado de esta población a los requerimientos de la LNSM, ambos artículos comparten que “la adecuación de los servicios y prácticas en salud mental a los marcos normativos garantes de derechos humanos se vislumbra aún como un horizonte a construir” (Barcala et al., 2020, p. 24). Ambos artículos observan brechas de implementación de la atención en la población infantil que padece algún trastorno mental y señalan que se debe “(...) entre otras causas, a la limitada cobertura de los servicios de salud mental, la carencia de programas integrales de base comunitaria y la falta de participación del sistema educativo en los tratamientos” (Barcala et al., 2022, p. 104). Uno de los artículos menciona un estudio nacional realizado por el Ministerio de Salud de la Nación y la Asociación de Unidades Académicas de Psicología de Gestión Pública-AUAPSI que constató que el 15% de niños, niñas y adolescentes padecía algún trastorno mental y que la sintomatología infantil se encontraba frecuentemente asociada a determinantes sociales (Barcala et al., 2022).

Uno de los artículos refiere que las provincias de La Rioja, Jujuy, Chubut, Santa Fe, Buenos Aires y CABA han iniciado el proceso de adecuación de las modalidades de cuidado hacia la población infantojuvenil al nuevo paradigma establecido por la LNSM y por la Ley de Protección Integral del Niño, Niña y Adolescente Nro. 26061, pero que los avances han sido escasos: en materia de interdisciplinariedad tanto en el primer nivel de atención como en el segundo y tercero; recursos disponibles, tanto materiales como humanos, limitados e

insuficientes para responder a la complejidad de las problemáticas de salud mental en la niñez en contextos de crecientes situaciones de vulnerabilidad; prácticas que continúan siendo de carácter unidisciplinar, a cargo de psicólogos, con abordajes de manera individual (Barcala et al., 2020).

El otro artículo del mismo equipo de investigación, que realizó su estudio sobre las provincias de Santa Fe, La Rioja y CABA, concluyen de forma similar que el proceso de reforma de las jurisdicciones estudiadas es incipiente y presenta importantes obstáculos en la implementación en términos de capacitación de recursos humanos, financieros, abordajes interdisciplinarios y funcionamiento integral en redes intra e intersectoriales (Barcala et al., 2022). El artículo destaca diferencias entre los niveles de atención: mayor complejidad de los abordajes en centros de atención primaria y centros especializados en salud mental; mejor desempeño y adecuación de los cuidados al nuevo marco normativo en los centros especializados en salud mental con enfoques y prácticas interdisciplinarias, trabajo intersectorial con otras instituciones y programas estatales a nivel nacional y provincial y trabajo en red con organizaciones de la sociedad civil y con el entorno familiar (Barcala et al., 2022). Asimismo, el estudio señala las dificultades que existen en la articulación con organismos de protección de los derechos de la niñez en todos los niveles de atención (Barcala et al., 2022). Con respecto a los cuidados, el artículo resalta que en la provincia de Santa Fe se observa mejor desempeño en lo que respecta a la coordinación intersectorial debido a la existencia de una política pública implementada de manera centralizada y matricial a lo largo de toda la provincia; en CABA subrayan un alto nivel de especialización en modalidades vinculadas al tratamiento con psicofármacos y abordajes familiares; en la provincia de La Rioja señalan que la implementación y adecuación al nuevo marco normativo se estableció de manera menos uniforme (Barcala et al., 2022).

Ambos artículos concluyen que existen desigualdades en la provisión de cuidados en las infancias y juventudes entre las diferentes provincias, así como también en los diferentes distritos de cada una de ellas. Estos contextos sociosanitarios heterogéneos en el país “(...) evidencia la ausencia de implementación de políticas y lineamientos nacionales directrices que acompañen el cambio paradigmático que propone la LNSM. Así como también, (...) la debilidad de políticas provinciales (...)” (Barcala et al., 2020, p. 25). Las autoras señalan que es necesario generar información, conocimiento y sistematización de las prácticas de salud mental y sus contextos y que es preciso el desarrollo de dispositivos y políticas públicas, tanto de alcance nacional como local. Asimismo, sintetizan que es necesario contar, además de la

adecuación de las leyes y las normativas y de la disponibilidad de recursos, con la decisión y la voluntad política de los actores involucrados para modificar las prácticas y adecuar las instituciones a las nuevas modalidades de cuidado de las infancias y las juventudes (Barcala et al., 2020, 2022).

Barcala y Luciani Conde (2015) analizan los modelos de abordaje en salud mental y niñez en las provincias de Tierra del Fuego, Jujuy, Santa Fe, Río Negro, Neuquén, Córdoba y en la jurisdicción de CABA.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los autores refieren que, hasta el año 2010, los equipos de los servicios de salud mental de los hospitales de la Ciudad destinados a la atención de las infancias tuvieron mínimas modificaciones en sus propuestas y en el tipo organización institucional, por lo que no atendían a niñas y niños con trastornos mentales severos (Barcala & Luciani Conde, 2015). Sin embargo, señalan que, durante ese período, algunos profesionales diseñaron e implementaron dispositivos innovadores destinados a niñas, niños y jóvenes con padecimientos graves, que intentaron superar modalidades tradicionales, en especial la tendencia hospitalocéntrica, aunque la cobertura en todos los casos fue limitada: Programa Cuidar Cuidando del Zoológico de la Ciudad; Hospital de Día La Cigarra; Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes; Programa de Rehabilitación Comunicacional; Hospital de Día del Tobar García; Equipo de Patologías Tempranas del Centro de Salud Mental Nro. 3; Programa de Atención Domiciliaria Programada en Salud Mental (ADOPI); Dispositivo de Pacientes con Trastornos Severos del Desarrollo del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; Programa Psicoeducativo Terapéutico de Zooterapia con Perros; y el Programa de Atención Comunitaria a Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos (Barcala & Luciani Conde, 2015). En síntesis, en CABA predominó la ausencia de planificación de políticas específicas de niñez que permitan garantizar los cuidados de atención de niñas, niños y adolescentes (Barcala & Luciani Conde, 2015).

En la Provincia de Jujuy, los autores refieren que existe un déficit de recursos humanos en materia de salud mental, que se encuentran mayormente en estructuras monovalentes, en detrimento de un sistema territorial y comunitario (Barcala & Luciani Conde, 2015). La provincia cuenta con un solo servicio especializado en salud mental infantojuvenil en el Hospital de Niños Héctor Quintana, ubicado en la capital, donde se reciben derivaciones de todo el sistema de salud provincial. La provincia no cuenta con programas específicos ni dispositivos terapéuticos o de rehabilitación para niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales severos (Barcala & Luciani Conde, 2015).

En la provincia de Tierra del Fuego se viene desarrollando un proceso de reforma del modelo de atención en salud mental y niñez desde un enfoque de derechos con base comunitaria, previo a la sanción de la LNSM (Barcala & Luciani Conde, 2015). En cuanto a políticas específicas de salud mental destinadas a la población infantil y adolescente, se encuentran tres ejes de trabajo: la creación de un hospital de día para niños con padecimiento mental, con articulación entre salud y educación; la capacitación de enfermería; y el trabajo comunitario. Los investigadores destacan como particular de esta provincia que la atención en salud mental de niñas, niños y adolescentes se da principalmente en el área de educación, brindada por los equipos del área educativa cuando los casos no revisten gravedad y con atención en el hospital para los casos más graves (Barcala & Luciani Conde, 2015). Además, señalan otras estrategias de abordaje como internaciones domiciliarias; cuidadores; la implementación de hospital de día; el programa de atención en crisis; la incorporación progresiva de recursos de salud mental en centros de atención primaria; las casas de chicos y chicas, que incluyen talleres expresivos, de radio y de música; programa de capacitación laboral; los centros infantiles integrados; el Centro de Encuentro y las iniciativas “Jugando en mi barrio” (Barcala & Luciani Conde, 2015).

En la provincia de Santa Fe, las políticas en el área de infancia configuraron un eje transversal en las políticas de sustitución de las lógicas manicomiales (Barcala & Luciani Conde, 2015). En el año 2007, se creó un nuevo dispositivo de internación, denominado Parami, destinado a brindar atención a situaciones graves de crisis subjetivas en niños/as y adolescentes que en determinados momentos no pudieran ser abordados en forma ambulatoria (Gerlero & Augsburger, 2012). Este dispositivo, ubicado en un barrio céntrico de la ciudad de Rosario, procuraba promover estrategias de externación para la inclusión familiar y social de los niños, niñas y adolescentes. Incluía las modalidades asistenciales de internación, hospital de día y hospital de noche (Barcala & Luciani Conde, 2015). El dispositivo fue desmontado debido a la continuidad de la intervención de los juzgados de menores bajo la lógica de la institucionalización como medida tutelar, por lo cual la mayor parte de los ingresos de niñas, niños y adolescentes comenzaron a provenir de medidas restrictivas judiciales amparadas en una visión tutelar (Barcala & Luciani Conde, 2015).

En las provincias de Río Negro y Neuquén, las políticas respecto al cuidado de la salud mental infantil no difiere del escaso desarrollo y de la deficitaria planificación que los autores han señalado como características de la situación nacional en la misma área (Barcala & Luciani Conde, 2015). En Río Negro no existen áreas diferenciadas de atención de salud mental dentro

de los servicios locales, ya que desde el Programa de Salud Mental rionegrino se ha promovido como lineamiento la no conformación de áreas diferenciadas de atención por grupo etario. Para la atención de la población infantil, los servicios locales rionegrinos cuentan con dispositivos de atención en crisis, internación en el hospital general y consultorios externos. En Neuquén, se encuentra establecida la división organización de la atención de los profesionales por grupos etarios en el Hospital Castro Rendón, de mayor complejidad, y en los hospitales Bouquet Roldán y Horacio Heller (Barcala & Luciani Conde, 2015).

Por último, en la provincia de Córdoba, los investigadores observaron dificultades en la implementación de acciones transformadoras en un sistema de salud que convive aún con prácticas del paradigma tutelar y una inadecuación de los servicios en cuanto a la demanda de atención psicosocial de la población infantil (Barcala & Luciani Conde, 2015).

5.6.1.2 Procesos de desinstitucionalización y consumos problemáticos

Se encontraron en esta revisión de la literatura científica escasos artículos y libros que aborden y desarrollen procesos de desinstitucionalización en salud mental en relación a los consumos problemáticos de sustancias. Se considera que posiblemente ello es producto, por un lado, de los términos de búsqueda que se utilizaron en esta tesis y, por otro, a que el análisis sobre lo que sucede en la atención y el cuidado de las personas con consumos problemáticos y lo que acontece en las internaciones, mayormente prolongadas, por situaciones de consumo en comunidades terapéuticas, privadas y tercerizadas por el gobierno estatal, queda por fuera del debate y de las discusiones sobre los procesos de desinstitucionalización en salud mental.

La LNSM incluye expresamente los consumos problemáticos dentro del campo de la salud mental. El artículo 4° afirma que “(...) deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, 2010). En la reglamentación de la LNSM, se hace referencia a la atención de las personas con consumos problemáticos desde una perspectiva de salud integral, incluyendo abordajes tendientes a la promoción y prevención, la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la inclusión social, la reducción de daños evitables y cualquier otra estrategia de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados.

Zaldúa (2016) refiere que en CABA la atención de los consumos problemáticos en los efectores públicos de salud mental de la ciudad se caracteriza por déficits en recursos humanos y materiales, a lo cual se le suma la negativa de atención por parte de equipos de salud de los hospitales o de los centros de salud. Esto conduce y refuerza la derivación de personas con consumo problemático de sustancias a comunidades terapéuticas. En uno de los libros publicados que forman parte del corpus científico de esta tesis, se desarrolla el trabajo en el hospital de día para personas con consumo problemático del Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez (Trimboli, 2019), el cual se inicia en el año 2003 y es pensado como un dispositivo de inclusión sociosanitaria con un fuerte componente psicoterapéutico y social dentro de un hospital general. Los autores refieren que la oferta de tratamiento en dispositivos de hospital de día para personas con consumos problemáticos de sustancias dentro del sistema de salud es muy limitada y que no existen experiencias similares en ningún otro hospital general. Plantean que el hospital de día del Hospital Álvarez surge de la necesidad de proponer un abordaje ambulatorio más complejo, interdisciplinario, inclusivo y gratuito, a fin de evitar la internación, y así evitar la separación del sujeto de su entorno familiar, social, laboral y educativo; fortalecer los lazos sociales, evitar la estigmatización y lograr la inclusión sociosanitaria de las personas usuarias (Trimboli, 2019).

En la Provincia de San Luis, durante el proceso de transformación institucional del ex Hospital Psiquiátrico de la provincia, hoy Hospital Escuela de Salud Mental, se crearon y consolidaron grupos terapéuticos institucionales sobre diversas problemáticas de salud mental, entre ellas el consumo de alcohol (Pellegrini, 2005, 2009, 2011).

En la Provincia de Río Negro, entre las actividades terapéuticas del Programa de Salud Mental ocupa un lugar destacado la reinserción de los usuarios alcohólicos en los GIA (Grupos Institucionales de Alcoholismo), grupos de autoayuda que responden a una política sanitaria (Natella & Cohen, 2007).

5.6.2. Dispositivos de inclusión sociohabitacional y apoyos a la vivienda

La vivienda y los dispositivos de inclusión sociohabitacional en el campo de la salud mental son unos de los principales apoyos y uno de los elementos centrales para garantizar los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. De acuerdo a Saraceno (2003), uno de los ejes del proceso de rehabilitación es el eje hábitat, el cual refiere al proceso de pertenencia tanto simbólica como material de un lugar para habitar. Esto incluye, entonces, no

sólo el acceso a la vivienda, sino el trabajo sobre el habitar: “(...) la casa es un derecho, y a partir de este derecho se construyen políticas que entregan casas a los usuarios; sin embargo, (...) el derecho no es sólo la casa, sino también su adquisición como proceso de formación de la ciudadanía del paciente” (Saraceno, 2003, p. 91). Es entonces que la construcción de la habitabilidad de un espacio:

(...) no solo implica el desarrollo de acciones para su recuperación efectiva, su funcionalidad material y su sostenimiento económico a largo plazo, sino que implica especialmente la elaboración de estrategias singulares y grupales que resultan fundamentales cuando se trata de personas con padecimientos graves (Lenta et al., 2019, p. 77).

En Argentina, el artículo 11 de la LNSM y su decreto reglamentario disponen que deben estar incluidos en la red de servicios con base en la comunidad los dispositivos habitacionales con distintos niveles de apoyo, a fin de favorecer la inclusión social y comunitaria de las personas con padecimiento mental (Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, 2010). En el país, se han desarrollado experiencias y dispositivos de apoyo a la vivienda desde hace décadas, pero éstas se encuentran poco sistematizadas y la información disponible con respecto al número y tipo de dispositivos es escasa y de baja calidad (Borelli et al., 2022).

En la literatura científica que se ha analizado en esta tesis, se encontraron artículos y libros que abordan experiencias y dispositivos de inclusión sociohabitacional y de apoyos a la vivienda en la Argentina. En la Ciudad de Buenos Aires, se hallaron experiencias relacionadas al Programa de PreAlta del Hospital Borda (Tisera et al., 2013; Zaldúa, 2016); al Programa Residencial en Salud Mental del mismo hospital (Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2017, 2018); la experiencia de la Residencia Asistida Santa María (Lenta et al., 2019); y la experiencia de Casa SIS, dispositivo de egreso del Programa PRISMA (Trimboli, 2019). En la Provincia de Buenos Aires, se desarrollan las experiencias y dispositivos del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José E. Esteves de Temperley, Provincia de Buenos Aires (Borelli et al., 2022; Cáceres et al., 2009; Riva Roure et al., 2019); las experiencias de apoyo a la vivienda del Hospital Interzonal Dr. Alejandro Korn de la ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires y del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna, de la ciudad de Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires (Borelli et al., 2022); y los dispositivos residenciales comunitarios asociados a la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca, Provincia de Buenos Aires (Keena et al., 2017). En la Provincia de Entre Ríos, se encuentra la experiencia de la Casa de Medio Camino del Hospital Escuela de Salud Mental en

la ciudad de Paraná (Benedetti et al., 2019); y en la Provincia de Santa Fe, se hallaron las experiencias de los dispositivos de convivencia enmarcados en el proceso de sustitución de las lógicas manicomiales (Faraone & Valero, 2013).

El equipo de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, que ha participado de la investigación UBACyT “Exigibilidad del derecho a la salud: prácticas instituyentes y dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA”, dirigida por la Prof. Graciela Zaldúa, ha indagado sobre dispositivos sociohabitacionales de CABA: el Programa de PreAlta (PPA) (Tisera et al., 2013) y el Programa Residencial en Salud Mental (Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2017, 2018) del Hospital Borda. En uno de los estudios cualitativos (Tisera et al., 2013), los autores analizan los obstáculos y resistencias en el proceso de externación de los usuarios que forman parte del PPA en relación al trabajo, la vivienda, los vínculos familiares y sociales y sus derechos:

El acceso a una vivienda como morada, implica un doble movimiento: la apropiación objetiva de adquisición de una vivienda -con sus bases legales/materiales-; y asimilación subjetiva en cuanto al proceso de apropiación simbólica y material de un lugar, en tanto sentimiento de pertenencia (p. 255).

En relación a ello señalan, por ejemplo, que las casas de medio camino no fueron consideradas como un efector posible a la hora de pensarse fuera del hospital por las personas que se encuentran internadas. Explicitan que el desconocimiento sobre las características y el funcionamiento de los dispositivos intermedios en la comunidad (casas de medio camino y hogares protegidos) que tienen los usuarios se presenta como resistencia en los procesos de externación: los usuarios manifestaron inquietudes con respecto a la viabilidad del dispositivo, como “lo inaccesible e incierto del funcionamiento de la casa de medio camino y la dificultad para pensarse asumiendo responsabilidades como sujetos activos y autónomos” (Tisera et al., 2013, p. 255). Asimismo, el artículo manifiesta que la escasez de estos dispositivos en la comunidad resulta un obstáculo para las políticas de salud mental y desinstitucionalización. Otro de los artículos de este equipo de investigación concluye que “las situaciones de internación que se prolongan en el tiempo en hospitales monovalentes, junto con los procesos de vulnerabilidad social, condicionan las posibilidades de acceso a la vivienda de las personas con padecimiento mental” (Tisera et al., 2018, p. 49). Las publicaciones mencionadas (Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2017, 2018) hacen hincapié en la propuesta de continuidad de los cuidados mediante equipos interdisciplinarios, estrategias intersectoriales, desde una perspectiva comunitaria, con participación de los sujetos en sus tratamientos y desde la lógica

de la rehabilitación, entendiéndola como “la posibilidad de recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir, relacionarse y participar plenamente en la comunidad” (Tisera et al., 2017, p. 265).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el Hospital Borda, hospital monovalente ubicado en la zona sur de la ciudad, se desarrolla el Programa de PreAlta, el cual ofrece dispositivos dedicados a la rehabilitación de las capacidades productivas, sociales y/o laborales de los usuarios como parte necesaria para el logro de la externación e inclusión social (Tisera et al., 2013) y el Programa Residencial en Salud Mental, un dispositivo de inclusión sociohabitacional con orientación comunitaria que es complementario de la atención en salud y que propone promover sujetos activos en el reconocimiento y capacidad de ejercicio de sus derechos (Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2017, 2018). El programa está orientado para personas con padecimiento mental que se encuentran en proceso de externación hospitalaria, bajo la lógica de la rehabilitación psicosocial, la inclusión sociohabitacional y de continuidad de cuidados, planteando una coordinación entre programas y efectores de la red asistencial (Tisera et al., 2017). La derivación al programa es realizada por los servicios de la red de salud mental, generalmente del Hospital Borda. El equipo del programa articula con el equipo tratante de modo de diseñar un proyecto individual que se ajuste a la singularidad de cada persona, quien debe aceptar la propuesta del programa y debe estar integrado en propuestas de rehabilitación dependientes de la Dirección General de Salud Mental o de Desarrollo Social de GCABA (Programa de Externación Asistida, Talleres de Rehabilitación en Salud Mental, emprendimientos productivos, etc.). El Programa ofrece dispositivos de mayor nivel de apoyo (Hospital de Noche) o de menos nivel de apoyo (Casa de Medio Camino). Estos dispositivos de inclusión sociohabitacional se han iniciado en enero del año 2017 (Lenta et al., 2019; Tisera et al., 2017, 2018).

Una de las publicaciones (Lenta et al., 2019) expone que un porcentaje de las personas que participaron en el programa se incluyeron habitacionalmente en la comunidad, algunos en el dispositivo “Santa María”, una casa ubicada en la zona sur propiedad de uno de los usuarios, donde conviven personas participantes del programa con modalidad de vivienda asistida. Esta experiencia de residencia asistida surgió como estrategia de intervención dentro del programa en cogestión con los usuarios e implicó la participación de diversos actores sociales: equipos de salud, usuarios, familiares, otras instituciones públicas. Los autores consideran a la experiencia del proyecto Santa María como una propuesta innovadora en tanto parte de una propuesta de un programa específico de inclusión sociohabitacional ante la falta de políticas

públicas y recursos adecuados para garantizar el derecho de las personas con padecimiento mental a vivir en la comunidad:

Habilita la posibilidad de pensar en nuevos proyectos habitacionales a partir de los recursos efectivos de los propios participantes (...), lo que hace énfasis en la relevancia de las estrategias de fomento de la grupalidad, de justiciabilidad de derechos y de trabajo intersectorial (Lenta et al., 2019, p. 78).

Por otro lado, se pueden mencionar, como antecedentes de dispositivos sociohabitacionales en la Ciudad de Buenos Aires, la creación de casas de medio camino y residencias protegidas como política pública orientada a una progresiva desinstitucionalización, como las Residencias Gorriti, Warnes y Pedro Goyena, dependientes de la Dirección General de Salud Mental del GCABA (Tisera et al., 2017, 2018).

Ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, con dependencia del Ministerio de Salud de Nación, se desarrolló la experiencia de la Casa SIS, un dispositivo de egreso del Programa PRISMA. El autor Melo, en el capítulo "Encrucijadas y paradigmas en el camino hacia la inclusión social" del libro *El Fin del Manicomio* (Trimboli, 2019) describe y analiza esta experiencia de articulación concreta entre la perspectiva sociosanitaria y la judicial. La Casa SIS (Salud para la Inclusión Social) se constituyó en un dispositivo intermedio con el objetivo de promover la inclusión social de las personas que egresaron de contextos de encierro con problemáticas de salud mental, en particular, las personas que se encontraban bajo el Programa PRISMA. Luego del cierre de las Unidades Penitenciarias Federales localizadas en el interior de los Hospitales Borda y Moyano, se creó el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino PRISMA (Resolución conjunta 1075/2011 del Ministerio de Salud de la Nación), cuyo objetivo fue el acceso a la salud y al tratamiento de la salud mental, a través de la intervención de equipos interdisciplinarios, de aquellas personas privadas de su libertad alojadas tanto en los establecimientos penitenciarios especializados en materia psiquiátrica del Sistema Penitenciario Federal como en otras unidades del servicio (Trimboli, 2019). En el marco de la LNSM, el artículo señala que la Casa SIS se constituyó en un dispositivo comunitario sustitutivo del modelo asilar, de transición entre la modalidad de internación y la posibilidad de habitar una vivienda en forma independiente, pensado para las personas que obtienen su libertad luego del alojamiento en el dispositivo de tratamiento del Programa PRISMA. El objetivo de este dispositivo comunitario fue la inclusión social, educativa y laboral y la planificación de proyectos de vida saludables de las personas allí alojadas, las cuales se encontraban en situaciones de vulnerabilidad social. El artículo destaca, por un lado, lo esencial

que ha sido el trabajo en red y la articulación con distintas áreas del Estado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la comunidad; y, por otro lado, el trabajo en el territorio de pertenencia de cada persona, a fin de fortalecer la revinculación con su red de referencia y la integración social y comunitaria (Trimboli, 2019). El dispositivo Casa SIS fue cerrado en el año 2017, por una decisión unilateral de las autoridades sanitarias de la Nación, luego de la disposición de recortes presupuestarios. El autor Melo (Trimboli, 2019) señala que la Casa SIS presentó una oportunidad y un desafío para poner en práctica la plena implementación de la LNSM, desde el paradigma de los derechos humanos, superando las lógicas manicomiales y penitenciarias: “estas prácticas constituyen la evidencia efectiva respecto de la viabilidad de una experiencia inclusiva tendiente al reposicionamiento subjetivo de personas con padecimiento mental severo en conflicto con la ley penal” (p. 459) que han atravesado largas historias de institucionalización.

En Provincia de Buenos Aires, se hallaron experiencias y dispositivos de apoyo a la vivienda asociados a hospitales neuropsiquiátricos que se encuentran en procesos de transformación y adecuación, como el Hospital Interzonal José E. Esteves de Temperley (Borelli et al., 2022; Cáceres et al., 2009; Riva Roure et al., 2019), el Hospital Interzonal Dr. Alejandro Korn de La Plata (Borelli et al., 2022) y la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca (Keena et al., 2017). También, experiencias de apoyo a la vivienda de hospitales generales como el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna de Bahía Blanca (Borelli et al., 2022).

El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José E. Esteves de Temperley se creó a través de una resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el año 2000. El objetivo del programa es promover y sostener la externación de las mujeres internadas que carecen de red familiar y apoyo económico, a través de la organización de apoyos sociales y soporte de redes asistenciales comunitarias, desde un enfoque de derechos humanos y desde el modelo social de la discapacidad (Riva Roure et al., 2019). Personas que han transitado años de internación en este hospital neuropsiquiátrico pasan a convivir en grupos en casas que el hospital alquila en el barrio con su propio presupuesto, siendo el programa garante de la atención clínica y social que lo hace sustentable (Cáceres et al., 2009). Tanto el equipo profesional que acompaña dichos procesos como el presupuesto para llevarlo a cabo corresponden a una reasignación de recursos del Hospital Esteves: “(..) invertir el gasto utilizado en prolongar internaciones innecesarias en el sostenimiento de procesos asistidos de externación” (Cáceres et al., 2009, p. 301).

El PREA cuenta con dispositivos intrahospitalarios (dispositivos de admisión al programa y dispositivo de talleres para la externación) que acompañan el proceso de cada persona de la vida hospitalaria a la vida en comunidad; y con dispositivos extrahospitalarios, como el Centro Comunitario Libremente, un espacio de referencia para las mujeres externadas y abierto a la comunidad, desde donde se organiza y desarrolla el trabajo clínico, asistencial y de inclusión comunitaria. Se realizan tanto actividades asistenciales de carácter interdisciplinario en relación a la supervisión domiciliaria y continuidad del tratamiento (atención psicológica individual, grupos terapéuticos, tratamientos farmacológicos, asambleas generales y de convivencia, visitas domiciliarias, asesoramiento jurídico, terapia ocupacional), como actividades comunitarias abiertos a la comunidad (talleres expresivos, de aprendizaje laboral, culturales y recreativos) (Cáceres et al., 2009; Riva Roure et al., 2019). Cáceres (2009) refiere, en el artículo publicado en el año 2009, que 84 mujeres (55 externadas y 29 en proceso de externación) participan del PREA, las cuales tienen en promedio 8,6 años de internación y que, hasta ese entonces, el programa había alquilado 13 casas. Riva Roure (2019) refiere en el artículo publicado 10 años después que, en ese momento, el programa sostenía la externación de 72 personas: 64 mujeres alojadas en 20 casas, viviendo en forma autónoma y con asistencia del programa; y 8 mujeres que viven con sus familias luego de recuperar el vínculo.

Las autoras plantean que el programa tiene “la premisa de que la construcción de alternativas a la institución manicomial debía sostenerse en los propios trabajadores del sistema” (Cáceres et al., 2009, p. 304) y que la rehabilitación incluye no sólo el trabajo con las personas externadas y las que se encuentran en proceso de externación, sino también con la comunidad:

(...) pacientes internados dispuestos a trabajar, primero por su externación y luego por recuperar su lugar como ciudadanos; trabajadores de los hospitales psiquiátricos con disposición para el trabajo en espacios comunitarios; familiares que no estando en condiciones (materiales o subjetivas) de ser apoyo de la externación, estén sin embargo dispuestos a acompañar este proceso; personas de la comunidad que, trabajando por su propia salud, se transforman en agentes activos de la integración social (p. 301).

Borelli (2022) realizó un estudio cualitativo en donde describe tres experiencias de apoyo a la vivienda desarrolladas en la Provincia de Buenos Aires, las cuáles cuentan con una continuidad en el tiempo de más de 20 años y se encuentran vinculadas a la externación de personas con internaciones prolongadas de hospitales neuropsiquiátricos: del Hospital Dr. Alejandro Korn de La Plata y del Hospital José A. Esteves de Lomas de Zamora; y del Hospital

Interzonal General de Agudos Dr. José Penna de Bahía Blanca. En el artículo publicado, los autores reconocen que existen otras experiencias de apoyo a la vivienda en el territorio de la Provincia de Buenos Aires, pero que han seleccionado estas experiencias por contar con accesibilidad a la información y por contar con un tiempo de funcionamiento mayor a 20 años (Borelli et al., 2022).

Por un lado, los autores han seleccionado la experiencia del PREA del Hospital José A. Esteves de Lomas de Zamora, ya descrito en los apartados anteriores. Por otro lado, describen la experiencia vinculada al Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn de la ciudad de La Plata, el cual cuenta con un servicio de externación integrado por tres Centros de Salud Mental Comunitaria, ubicados en el sector urbano de la ciudad, que ofrecen atención ambulatoria y acompañamiento de la vida en la comunidad de personas usuarias. Señalan que, en la actualidad, estas personas son externadas bajo distintas modalidades, pero que todos los dispositivos habitacionales se encuentran en zonas distantes al hospital. Existen dos casas de convivencia del hospital que se encuentran vinculadas a dos de los centros de salud mental comunitaria; pensiones, de las cuáles tres pertenecen al mismo propietario, casas alquiladas o casas propiedad de familiares (Borelli et al., 2022). Por último, el artículo desarrolla la experiencia vinculada al Hospital General Interzonal Penna de Bahía Blanca, el cual cuenta con un servicio de internación de salud mental. Señalan que las externaciones de las personas internadas por razones de salud mental se realizan en vinculación con una organización de la sociedad civil llamada Saludablemente, la cual alquila cinco casas que se encuentran en su mayoría cercanas al hospital (Borelli et al., 2022).

Dicho artículo científico plantea que, en las tres experiencias de apoyo a la vivienda desarrolladas, los recursos humanos son financiados por los hospitales. Respecto al costo de los alquileres, refieren que existe una heterogeneidad entre las experiencias y al interior de ellas: en la experiencia de Lomas de Zamora, el alquiler se subvenciona en su mayoría con un subsidio del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y, en otros casos, por las mismas personas usuarias a partir de pensiones, jubilaciones u otros ingresos propios; en la experiencia de Bahía Blanca, los alquileres son solventados por la organización de la sociedad civil Saludablemente a través de campañas de donación, aportes de socios y a través de los ingresos de las personas usuarias; en la experiencia de La Plata, una de las casas de convivencia es propiedad del hospital y la otra es alquilada con fondos de dicha institución. En las tres experiencias se cuenta con viviendas grupales. La salida de los dispositivos habitacionales, definido “como el énfasis puesto en que las personas se muden a otro espacio físico una vez se

observe mejoría en ciertas áreas o después de un periodo establecido” (Borelli et al., 2022, p. 12) es limitado en las tres experiencias. Por último, los autores refieren que todas las experiencias brindan apoyos relativos a habitar la casa a las personas externadas: apoyos en la alimentación, acompañamiento en la planificación de las comidas, la compra de los alimentos y su preparación; apoyos en relación al manejo del dinero; apoyos relativos a la convivencia a través de asambleas o espacios grupales; apoyos en la articulación con otras instituciones de la comunidad; y apoyos en la relación con los servicios de salud y con la continuidad de los tratamientos de salud mental (Borelli et al., 2022).

Otra experiencia de apoyos a la vivienda desarrollada en la Provincia de Buenos Aires es la que se encuentra vinculada a la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca, actual Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo, ubicado en Torres, Luján. Desde el año 2004, el hospital del sistema público de salud nacional ha desarrollado un Programa para la Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral, que comprende el desarrollo de dispositivos residenciales comunitarios en el área de influencia del hospital (Keena et al., 2017). A la fecha de publicación de ese artículo científico, existían nueve dispositivos residenciales comunitarios vinculados con el hospital, ubicados en áreas urbanas, tres en la localidad de Torres y seis en Luján, algunos bajo la modalidad gestionada por el hospital y otros con modalidad asociada. Los autores refieren que la tendencia creciente de creación de dispositivos residenciales va en consonancia con la tendencia decreciente de camas disponibles en los pabellones asilares del hospital (Keena et al., 2017). Al iniciarse el programa de externación de la Colonia Montes de Oca, el modelo adoptó una lógica progresiva lineal dadas las características de los usuarios que requerían de procesos de adaptación a los dispositivos y una atención más continua que se realiza a través de equipos interdisciplinarios. El artículo destaca, por un lado, el rol del referente comunitario, quien no depende financieramente de la Colonia Nacional Montes de Oca, sino que es costado por los usuarios; la realización de asambleas con los usuarios para regular aspectos de la vida colectiva e institucional; y la participación de los usuarios que habitan dichos dispositivos residenciales en instituciones de la comunidad (talleres, centros de día, iglesias, escuelas, clubes, emprendimientos laborales, centros culturales, etc.). Los autores concluyen que las características de los dispositivos residenciales comunitarios, como dispositivos residenciales sustitutivos del modelo asilar, se encuentran alineadas con los objetivos del plan de reforma iniciado en 2005 por la Colonia Nacional Montes de Oca (Keena et al., 2017).

En la Provincia de Entre Ríos, Benedetti (2019) describió una experiencia de abordaje comunitario en salud mental en un dispositivo clínico comunitario inaugurado en el año 2018: la Casa de Medio Camino del Hospital Escuela de Salud Mental en la ciudad de Paraná. Las autoras señalan que este dispositivo habitacional, que fue el primero en dicha localidad, se encuentra vinculado a la materialización de dispositivos alternativos a la lógica manicomial, a partir de diferentes actividades de acompañamiento y apoyo a los usuarios que transitan procesos de externación y que se enmarca dentro de la perspectiva de la salud mental comunitaria (Benedetti et al., 2019). El dispositivo de casa de medio camino se encuentra ubicado en el centro de la ciudad, depende del Hospital Escuela de Salud Mental y es alquilado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos. Actualmente conviven cinco personas usuarias, quienes estuvieron previamente internados por períodos de entre dos y treinta años. Cuenta con un equipo interdisciplinario constituido por profesionales de psicología, trabajo social, medicina, terapia ocupacional, acompañamiento terapéutico y enfermería, encargados de las intervenciones en lo cotidiano: acompañamiento y asistencia en las actividades cotidianas en la vivienda, en gestiones bancarias y trámites en general, en el sostenimiento del tratamiento ambulatorio de los usuarios, en la participación en talleres de artes y oficio en la comunidad, como así también en lo que respecta a actividades de esparcimiento y recreación. Las autoras concluyen que este dispositivo de casa de medio camino es pensado “como la propuesta clínica de un ordenamiento simbólico que da sostén y andamiaje a través de intervenciones en lo real, en lo grupal, en lo cotidiano” (Benedetti et al., 2019, p. 85).

Por último, en la Provincia de Santa Fe se hallaron experiencias de dispositivos de convivencia enmarcados en el proceso de sustitución de las lógicas manicomiales (Faraone & Valero, 2013). Con el objetivo de generar procesos desinstitucionalizadores de las personas que habitaban los manicomios de la provincia y que garantizaran que los usuarios pudieran vivir en la comunidad, se consolidaron dispositivos de convivencia como, por ejemplo, las casas compartidas que cubrían diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión y facilitaban la transición desde el hospital hacia la comunidad (Faraone & Valero, 2013). La publicación refiere que, hasta el año 2010, la Provincia de Santa Fe contaba con siete casas compartidas, tres en Rosario, tres en Santa Fe y una en Oliveros, las cuáles se organizaban con la supervisión de un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, enfermeros, operadores comunitarios y trabajadores sociales, que realizaban talleres de convivencia semanal y acompañaban lo cotidiano de la vida en la casa. Las autoras concluyen que dichos espacios son esenciales para la recuperación de la vida en comunidad de las personas con internaciones

prolongadas en instituciones manicomiales, los cuáles deben funcionar como dispositivos de entrenamiento para el retorno a la sociedad (Faraone & Valero, 2013).

5.6.3. Experiencias de dispositivos de inclusión social y laboral

Las políticas de salud mental adoptaron estrategias y propuestas como empresas sociales, cooperativas de trabajo y formación profesional que propician el acceso al trabajo, respetando el carácter de actividad social y de derecho. La LNSM en su artículo 7 señala el derecho de las personas con padecimiento mental a recibir una justa compensación por su participación en procesos productivos; el artículo 11 refiere que debe promoverse el desarrollo de dispositivos tales como servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral y emprendimientos sociales; y el artículo 36 dictamina que deben desarrollarse políticas y planes específicos de inserción sociolaboral (Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, 2010).

Amarante (2009) plantea que el trabajo “deja de ser una actividad terapéutica (...) o deja de ser una forma de simple ocupación de tiempo ocioso o, también, una forma de sometimiento y control institucional, para volverse una estrategia de ciudadanía y de emancipación social” (p. 91), lo cual favorece procesos de autonomía e inclusión social de las personas con padecimiento mental. En el documental “Cruzar el muro” (2023), realizado por el CELS, sobre los procesos de externación del Hospital Dr. Alejandro Korn, en Melchor Romero, Belén Maruelli, directora asociada del hospital, refiere que el trabajo no debe ser una condición para la externación de las personas internadas por razones de salud mental, sino que debe constituirse como derecho y como elección de las personas.

En la literatura científica analizada, se encontraron artículos y libros que abordan experiencias de dispositivos de inclusión sociolaboral: la experiencia de las empresas sociales que forman parte de los dispositivos de rehabilitación de salud mental del sistema público de salud de la Provincia de Chubut (Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn), 2011); la experiencia del Centro de Formación Profesional (CFP) en el Hospital Borda de CABA en el marco del Programa de Prealta (Tisera et al., 2013; Zaldúa, 2016); las empresas sociales y cooperativas en la Provincia de Santa Fe (Faraone & Valero, 2013); las empresas sociales en el proceso de desmanicomialización de la Provincia de Río Negro (Elvira, 2021; Natella & Cohen, 2016); la experiencia del dispositivo de inserción sociolaboral, Cooperativa La Huella de Trabajo

Limitada (Trimboli, 2019); los emprendimientos de la economía social para personas externadas en hospitales monovalentes de la Provincia de Buenos Aires (Borelli et al., 2022); las empresas sociales vinculadas al Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital Esteves, de Temperley, Provincia de Buenos Aires (Riva Roure et al., 2019); y la experiencia de la Red de Cooperativas Sociales (Bejarano et al., 2019). Resulta importante señalar la reciente publicación del libro “Inclusiones y cooperación social en salud mental” (Burin & Yujnovsky, 2023), el cual no se encuentra incluido en el corpus científico por los criterios temporales de inclusión y exclusión de este trabajo, pero que aborda experiencias de empresas y cooperativas sociales en el campo de la salud mental: El Caldero en Trevelín y Quenuir en Esquel, Provincia de Chubut; El Entrevero e Hilvanando de Paraná, Provincia de Entre Ríos; Una Movida de Locos de La Plata y Burbujas del Sur de Temperley, Provincia de Buenos Aires.

Tisera (2013), en el artículo que analiza los obstáculos y resistencias en el proceso de externación de los usuarios que forman parte del Programa de PreAlta del Hospital Borda, hace referencia a que las internaciones prolongadas y la consecuente pérdida de capacidades laborales “operan resistencialmente en la posibilidad de desear un futuro diferente para algunos/as usuarios/as” (p. 255), sumado a la ausencia de programas y/o dispositivos laborales con apoyo en la comunidad como obstáculos que demoran la externación y refuerzan resistencias subjetivas. Dicho estudio señala que, a mayor tiempo o número de internaciones, la relación de las personas con el trabajo se torna distante y discontinua, lo que dificulta la posibilidad de inserción laboral en la comunidad (Tisera et al., 2013).

Algunos autores toman el concepto de dispositivos sociolaborales o dispositivos de inserción sociolaboral (Bejarano et al., 2019; Trimboli, 2019) y los denominan como emprendimientos sociales o emprendimientos de la economía social (Borelli et al., 2022), cooperativas sociales y, en su mayor medida, empresas sociales (Bejarano et al., 2019; Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn), 2011; Elvira, 2021; Faraone & Valero, 2013; Natella & Cohen, 2016; Riva Roure et al., 2019; Trimboli, 2019).

Bejarano (Trimboli, 2019) señala que se ha generalizado el concepto de empresa social y/o cooperativa social, pero que no se ha podido instalar una única definición para enmarcar dichas actividades dada la multiplicidad de experiencias diferenciadas. Sin embargo, se reconoce a dichos dispositivos como “instrumentos válidos de inserción y desinstitucionalización en numerosos países” (p. 358), enmarcados desde una perspectiva

comunitaria y de derechos humanos. En otro de sus artículos, Bejarano (2019) refiere que, en las últimas décadas, en el campo de la salud mental en Argentina, se produjo un impulso para el desarrollo de dispositivos sociolaborales: empresas sociales y cooperativas, con un fuerte componente de capacitación, de restructuración del valor social e incremento de la autonomía de las personas con padecimiento mental. El autor plantea que dichos dispositivos contribuyen a la rehabilitación y reconstruyen sentidos por fuera del modelo centrado en la enfermedad y tratamiento: “representan un pasaje desde dispositivos centrados en la asistencia hacia un reconocimiento del sujeto como trabajador con su carga de derechos y obligaciones restitutivas de ciudadanía” (p. 158). Sin embargo, señala que, en su mayoría, se han desarrollado al interior de los hospitales psiquiátricos, impulsadas por los equipos de salud, como alternativas para resolver problemáticas sociolaborales, pero no así por políticas institucionales y estatales. En el país, se sostienen una gran cantidad de empresas sociales y cooperativas en el campo de la salud mental, pero se constituyen en experiencias dispersas (Bejarano et al., 2019).

Faraone (2013) refiere que las empresas sociales son parte de los nuevos desafíos del campo de la salud mental, debido a que articulan dos campos diferentes: el de la asistencia y el de la producción. En esta línea, Natella y Cohen (2016) entienden a la empresa social como:

(...) una alternativa organizacional para concretar objetivos sociales, promocionales y comunitarios, que se basan en facilitar la transformación de personas y grupos, de sujetos pasivos de diversos tipos de asistencia o ayuda por su situación de desventaja o exclusión, a una función activa por medio de la cultura a emprender, que permite intercambios sociales y económicos, vinculándose con el mercado en forma directa (p. 99).

Asimismo, diferencian a las empresas sociales de los llamados talleres protegidos, los cuáles se constituyen como espacios asistenciales donde el sentido de la producción está orientado solamente a la terapia.

El artículo que describe las empresas sociales que se desarrollaron en Trelew y de Puerto Madryn, en la Provincia de Chubut, pone énfasis en el concepto de rehabilitación y derechos humanos y ciudadanos. Los autores consideran “que la empresa social es como el nexo con la salud, es la puerta de entrada para el intercambio de conocimientos, experiencias, comunicación, que nos facilita aún más en el proceso de integración sociolaboral” (Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn), 2011, p. 46) y tienen como objetivo la promoción de la salud, el reconocimiento social, el desarrollo personal, la identidad laboral, y también, la retribución económica.

Uno de los artículos científicos desarrolla una experiencia que no se encuentra ligada a dispositivos sociolaborales como las empresas sociales, sino a un dispositivo en articulación entre salud y educación en el marco del Programa de Prealta del Hospital Borda: el Centro de Formación Profesional (CFP) (Zaldúa, 2016). El CFP comenzó en el año 2010 a dictar cursos para los usuarios del hospital, brindando certificación oficial en cursos de gastronomía, informática, reparación domiciliaria, marroquinería y técnicas artesanales, con el objetivo de incrementar las posibilidades de empleabilidad de las personas a través del desarrollo de competencias laborales. Los autores refieren que, en el desarrollo de esta experiencia, la principal motivación de los usuarios no estuvo relacionada con la posibilidad de obtener un empleo sino con adquirir conocimientos para la vida cotidiana y desarrollar habilidades y capacidades sociales. Como posibilidad de inserción laboral, los usuarios podían participar en dispositivos como talleres protegidos, pero en estos espacios de rehabilitación y capacitación, no se percibe un salario acorde y no se favorece la continuidad laboral por fuera del ámbito de la hospitalización (Zaldúa, 2016).

En el artículo escrito por el autor Bejarano (2019) se hace mención a las empresas sociales y cooperativas de trabajos que forman parte de la Red de Cooperativas Sociales, donde coexisten entidades federativas, universidades nacionales y provinciales, asociaciones sin fines de lucro, cooperativas y asociaciones o colegios profesionales. Esto permite direccionar recursos y gestionar proyectos desde las diversas universidades, a través de las asociaciones civiles, fondos de cooperación internacional o subsidios de programas destinados a cooperativas de trabajo. A continuación, se mencionan algunas de estas cooperativas y empresas sociales que se han ido desarrollando a lo largo del país.

En la Ciudad de Buenos Aires, la cooperativa de trabajo La Huella Ltda. fue una de las primeras experiencias de cooperativa social de nuestro país. Fue fundada en el año 2010 y se encuentra asociada a la Federación de Cooperativas Autogestionadas de Buenos Aires (FEDECABA). Esta empresa social, que funciona en el Hospital Borda, posee una línea de producción de muebles y una línea de servicios de carpintería, tapicería, ebanistería y recuperación de maderas. Luego de varios años de formación, equipamiento y consolidación se tramitó la matrícula como cooperativa de trabajo y cuenta con recursos híbridos provenientes de universidades, voluntariados, de los ministerios de Trabajo, Ciencia y Tecnología y Desarrollo Social, además del propio hospital. Está conformada por personas usuarias del sistema público de salud mental y su creación concuerda con la LNSM. En 2017, la consolidación del trabajo cooperativo permitió la distribución de ingresos de nueve asociados

para completar pensiones y llegar al salario mínimo, vital y móvil (Bejarano et al., 2019; Trimboli, 2019). Por otro lado, se encuentra en CABA otro espacio de trabajo denominado Orillando la Vida, destinado a pacientes en proceso de externación y a otros ya externados que continúan su tratamiento en el Hospital Nacional en Red de Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte. Se elaboran productos artesanales de diferentes tipos y con distintas técnicas y materiales y las ventas se realizan principalmente en ferias (Bejarano et al., 2019).

En la Provincia de Santa Fe, se sumaron a los espacios asistenciales propios del sistema de salud, un conjunto de prácticas clínicas innovadoras con la premisa de que comprendieran procesos productivos (Faraone & Valero, 2013). Así se creó la cooperativa Morada Productiva; el emprendimiento de apicultura La Abeja Loca; y el espacio Área Cultural. Asimismo, el Hospital Emilio Mira y López de la Ciudad de Santa Fe cuenta con programas y emprendimientos productivos y de sustitución de las lógicas manicomiales: la empresa social La Emiliana, que se dedica a la producción y comercialización de alimentos y ofrece servicios de catering y, recientemente, abrió otra unidad productiva: la cantina del nuevo hospital CEMAFE; la Cooperativa Sembrando Sueños, que se dedica a la producción y venta de plantines, fabricación y venta de macetas de fibrocemento y reventa de macetas plásticas, envasado y reventa de humus y servicios de mantenimiento de jardines; el lavadero de autos A-Cuerdo; y la radio En la Mira (Bejarano et al., 2019; Faraone & Valero, 2013).

En la Provincia de Neuquén, en la ciudad de Villa La Angostura, funciona desde el año 2017, la empresa social Sal y Pimienta para personas con problemática de salud mental y de consumos problemáticos. El emprendimiento produce y vende tartas saludables y realiza catering para eventos. Su inicio fue producto de una mesa intersectorial integrada por el equipo del área de salud mental del Hospital Oscar Arraiz, de diversos organismos municipales, del Programa Municipios y Comunidades sustentables y de la Oficina de empleo local (Bejarano et al., 2019).

En la Provincia de Chubut, las empresas sociales forman parte de los dispositivos de rehabilitación de salud mental del sistema público de salud y nacen en el marco del Proyecto IsoLE (Integración Socioeconómica y Lucha contra la Exclusión Social en Áreas Prioritarias de la Argentina) que se inicia a fines del año 2018, a través de la gestión asociada del Estado y del tercer sector. Se proyectaron dos emprendimientos de hilado artesanal, Hilando Caminos, de la ciudad de Trelew, y de gastronomía, Nuevos Sabores, de la ciudad de Puerto Madryn, ambos integrados a los dispositivos de salud mental de Chubut, los cuáles permiten generar capacidades laborales en las personas e ingresos económicos (Coordinadores y emprendedores

de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn), 2011). Asimismo, en la ciudad de Esquel, el emprendimiento social Quenuir, dependiente del Servicio de Salud Mental del Hospital Zonal de Esquel, funciona desde el año 2010 gracias al Programa Laboral Ocupacional de la Dirección de Salud Mental Comunitaria del Ministerio de Salud de Chubut. El emprendimiento se dedica a la elaboración y confección de productos de fieltro de lana merino, paños de alta calidad, objetos para la decoración de interiores como almohadones o alfombras, regalos empresariales y pantuflas (Bejarano et al., 2019).

En la Provincia de Buenos Aires, existen emprendimientos de la economía social para personas externadas en hospitales monovalentes de la Provincia de Buenos Aires. En la ciudad de La Plata, asociados a la asociación civil “Una Movida de Locos”, se encuentran los siguientes emprendimientos sociales: El Ropero de Franco, una feria americana que recibe donaciones y acondiciona ropa, calzado y accesorios para su venta; Viverito, que produce cactus, crazas y suculentas y almohadillas relajantes con semillas y aceites esenciales; Flor de Cucina, emprendimiento gastronómico que elabora empanadas, pizzas y pastelería y realiza catering para eventos; Gladiadores de la Sonrisa, una productora radial; A Todo Trapo, emprendimiento textil que produce toallas, repasadores, cofias, manteles, delantales, banderines y fundas de almohadones; Lama cerámica, de cerámica utilitaria; y EscoTrap, emprendimiento de limpieza institucional (Bejarano et al., 2019; Borelli et al., 2022). En Lomas de Zamora, se encuentran emprendimientos que dependen del Centro Comunitario del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital Esteves, los cuáles vienen funcionando hace más de seis años: Remade, gráfica con producciones propias y trabajos externos; y Bellísima, emprendimiento textil y feria americana. Ambos incluyen entre su equipo de trabajo mujeres externadas y personas de la comunidad (Borelli et al., 2022; Riva Roure et al., 2019). Otro emprendimiento más reciente, Sureñas, se dedica a la gastronomía y produce menús semanales para los trabajadores del programa (Borelli et al., 2022).

En la Provincia de Entre Ríos, en la Ciudad de Paraná, funciona desde el año 2016, un emprendimiento generado desde el Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná, de modo intersectorial con el Centro de Estudiantes de dicha Facultad y la Secretaría de Economía Social del Ministerio de Desarrollo Social provincial: el Buffet Cultural El Entrevero, que funciona en la Facultad de Trabajo Social de la UNER y en donde trabajan usuarios de salud mental (Bejarano et al., 2019).

En la Provincia de Río Negro, uno de los ejes fundamentales del proceso de desmanicomialización es la inserción social de las personas con padecimiento mental (Elvira,

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

2021; Natella & Cohen, 2016). Existieron en distintos momentos emprendimientos como: kiosco buffet en el hospital local, taller de cestería, vivero de plantas autóctonas, huerta, cría de conejos, salón de usos múltiples que se alquila para eventos. En Viedma se organizaron emprendimientos de confección de comidas para eventos y a domicilio, huerta de hortalizas, producción de verduras a gran escala; en la ciudad de Roca, emprendimientos de servicio de limpieza de las vías del ferrocarril a través de un contrato municipal; en la ciudad de Cinco Saltos, un hotel con contrato con obras sociales y sindicatos; en San Carlos de Bariloche, un emprendimiento de confección de dulces caseros (Natella & Cohen, 2016). En Bariloche, dentro del Centro Cultural Camino Abierto, funciona la empresa social Maquinando, de producción textil de bolsas de tela y ambos, que comenzó a funcionar a través del Proyecto Isole (Elvira, 2021).

5.6.4. Prácticas socioculturales

Amarante (2009) plantea que la dimensión sociocultural es estratégica para el conjunto de transformaciones e innovaciones que permiten construir un nuevo imaginario social respecto de la locura y de las personas con padecimiento mental. Esta dimensión incluye prácticas y espacios de producción cultural y artística de los diversos actores sociales (usuarios, familiares, profesionales y voluntarios) con el objetivo de promover relaciones de reciprocidad y solidaridad entre ellos y para contribuir a la reflexión y modificación de los imaginarios sobre la locura y el padecimiento mental. Amarante (2009) refiere que “existe un aspecto fundamental en esta dimensión sociocultural que demuestra su interrelación e interactividad con las demás dimensiones: la participación social y política de todos los actores involucrados en el proceso de reforma psiquiátrica” (p. 76).

Se encontraron en la revisión de la literatura científica artículos y capítulos de libros que desarrollan prácticas, experiencias y dispositivos vinculados a la dimensión sociocultural. Por un lado, la experiencia del Frente de Artistas del Borda, movimiento coordinado por artistas y profesionales de la salud en el Hospital Borda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ferigato et al., 2011; Trimboli, 2019). Por otro lado, la experiencia de la Radio Les Inestables del Hospital Neuropsiquiátrico provincial de Córdoba (Trimboli, 2019). Por último, prácticas socioculturales desarrolladas desde una perspectiva comunitaria en el Centro Cultural Camino Abierto, en la ciudad de Bariloche, enmarcada en los procesos de transformación del campo de la salud mental en Río Negro (Elvira, 2021).

Ferigato (2011) refiere que las influencias de la Psiquiatría del Sector en Francia y la Psiquiatría Comunitaria Italiana hicieron que el uso de actividades artísticas y culturales, como recurso terapéutico en la atención de la salud mental, estuvieran vinculadas a movimientos de reforma psiquiátrica y a experiencias antimanicomiales. Los/as autores/as señalan que los usos del arte en las instituciones psiquiátricas son diversos y distinguen cuatro orientaciones principales sobre el papel que se atribuye al arte en estos espacios:

1. El uso de actividades artísticas ofrecidas como ‘entretenimiento’ u ocupación para el paciente, sin que necesariamente esté provista de algún sentido para él.
2. Talleres de arte basados en el potencial terapéutico de estas actividades (...) se correspondería con lo que se conoce como ‘arteterapia’ o ‘terapia por el arte’ donde la actividad creativa se convierte en el medio usado para tratar al paciente.
3. El uso de actividades artísticas como posibilidad de creación de lazos sociales para los usuarios dentro y fuera de las instituciones, orientado a la producción de transformaciones individuales, colectivas y sociales.
4. El arte como instrumento de luchas y resistencias políticas con vistas a la transformación de las prácticas de atención en salud mental y a promover un cambio en el statu quo social (Ferigato et al., 2011, p. 352).

Se identifica el uso del arte como dispositivo productor de nuevas subjetividades, teniendo en cuenta que las internaciones prolongadas en hospitales psiquiátricos producen pérdida de la sensibilidad, del pensamiento crítico y de la capacidad creativa (Ferigato et al., 2011): “entendemos que la reinención de la clínica en salud mental es condición indispensable para la superación de un modelo médico-hegemónico, hospitalocéntrico, excluyente y manicomial” (p. 359).

En Argentina, las experiencias y dispositivos vinculados con la producción artística y cultural en el contexto de los hospitales psiquiátricos, y en el campo de la salud mental, ocupan un lugar marginal de las políticas institucionales y es un aspecto que se encuentra poco explorado (Ferigato et al., 2011). Los/as autores/as mencionan como antecedentes la experiencia desarrollada desde el Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón de la Provincia de Buenos Aires, a través del Hospital de Día Rodolfo Luorno, donde se realizan talleres de actividades artísticas a fin de promover la expresión subjetiva de las personas con padecimiento mental; y la Red Nacional de Arte y Salud Mental, que nuclea diversos grupos que trabajan en hospitales de todo el país con una orientación desmanicomializadora, entre ellos la radio "La Colifata" y "Cooperanza" y el Frente de Artistas del Borda (Ferigato et al., 2011).

Una de las experiencias desarrolladas en la literatura científica es la del Frente de Artistas del Borda, vinculada ideológicamente a los desarrollos críticos del modelo asilar

durante la década del 60 y 70. El FAB se establece a fines del año 1984, en el particular momento sociopolítico de la Argentina en el que se daba fin a una dictadura militar y se iniciaba la democracia. En primera instancia, con el desarrollo de talleres con participación de los pacientes del hospital, tanto internados, externados como en tratamiento ambulatorio y, en segunda instancia, desde 1998 abiertos a la comunidad en general (Ferigato et al., 2011; Trimboli, 2019). La propuesta del FAB es:

Promover, en las personas con sufrimiento mental encerrados en grandes 'instituciones totales', un proceso artístico-creativo orientado hacia la presentación de su obra en espacios fuera del 'manicomio', buscando a la vez transformar el imaginario social en torno a la locura y consecuentemente crear nuevas respuestas sociales, teniendo el arte como instrumento de lucha y resistencia, como una herramienta de denuncia contra las prácticas manicomiales y en favor de la libertad (Ferigato et al., 2011, p. 353).

Ferigato (2011) señala que resultan evidentes los efectos clínicos, a partir del arte, que le ocurren a las personas: “crean lazos sociales, vínculos afectivos, se exponen, desarrollan nuevas habilidades, nuevos deseos y nuevos sentidos para su historia” (p. 357). Sava (Trimboli, 2019), en el capítulo “Arte y desmanicomialización. Intervención y transformación en salud mental desde el Teatro Participativo” en el libro *El Fin del Manicomio*, plantea que las diferentes formas de presentaciones artísticas apuntan a revertir los efectos de deshumanización que generan tanto la institución manicomial como la sociedad y parte de la idea de que circular las producciones artísticas producen efectos subjetivos, institucionales y sociales:

Subjetivo porque el arte las convoca a realizar un trabajo grupal dentro de un proceso creador, con pertenencia a un colectivo (...) y hacer circular en el ámbito cultural (en el afuera) un producto artístico de calidad. Estas denuncias públicas vuelven al hospital y es allí en donde se produce un segundo efecto, el institucional (...) poniendo en evidencia las contradicciones institucionales (...) El tercer efecto es social (...) contribuye a romper con el imaginario social de la locura siempre en déficit, que les quita la posibilidad de ser agentes de transformación social y de coproducción en un proceso grupal (p. 478).

En el FAB los talleres se desarrollan semanalmente y están coordinados por algún representante de la disciplina artística y un coordinador profesional de la salud. Se llevan a cabo talleres de Desmanicomialización, Plástica, Música, Expresión corporal y danza, Fotografía, Letras, Mimo, Periodismo y comunicación, Teatro, Teatro participativo y Circo. Las decisiones son tomadas horizontalmente en el espacio de Asamblea, de la que participan los talleristas (personas internadas, externadas o en tratamiento ambulatorio), los coordinadores de talleres y el director del FAB. Si bien el FAB cuenta con un lugar físico y con la aceptación del director

del hospital para realizar sus actividades, no se encuentra dentro del organigrama del hospital, ni recibe apoyo económico del presupuesto hospitalario (Ferigato et al., 2011; Trimboli, 2019). En el año 2003, desde el FAB se promovió la creación de la Red Nacional de Arte y Salud Mental, como resultado del desarrollo de festivales donde participaron grupos que trabajaban con el arte, con miradas críticas hacia las lógicas manicomiales (Ferigato et al., 2011; Trimboli, 2019).

Otra de las experiencias socioculturales desarrolladas en la literatura científica es la de la Radio Les Inestables del Hospital Neuropsiquiátrico provincial de Córdoba. En el capítulo “Radio Les Inestables. Construyendo estrategias participativas de abordaje en salud mental y derechos humanos” del libro *El Fin del Manicomio*, el autor Bertorello (Trimboli, 2019) refiere que esta experiencia se encuentra en consonancia con los principios de la LNSM y de la Ley Provincial de Córdoba y que ha promovido espacios alternativos de abordaje en salud mental que privilegian lo inclusivo y lo territorial. La Radio Les Inestables, abierta, itinerante e independiente, nace en abril del año 2010 en el Hospital Neuropsiquiátrico provincial de Córdoba, pero luego trasciende sus muros para desarrollar intervenciones territoriales en diversos barrios de la ciudad, en conjunto y en articulación con organizaciones sociales: “lo que inicialmente surgió como un taller de radio en un ámbito de internación monovalente fue convirtiéndose en una organización social con múltiples objetivos y líneas de acción (...)” (Trimboli, 2019, p. 434). La Radio se propone “promover la defensa de los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía de personas usuarias de salud mental, favoreciendo su inserción social, laboral y comunitaria a partir de su reconocimiento como sujetos de derechos” (Trimboli, 2019, p. 434).

La Radio Les Inestables desarrolla semanalmente jornadas de radio abierta de las que participan personas internadas, externadas y en tratamiento ambulatorio, estudiantes, artistas, vecinos/as y miembros de la comunidad en general. Las decisiones se definen de manera colectiva y los programas son difundidos en radios comunitarias de Córdoba y de otras provincias de Argentina. Esta difusión busca “promover que las voces de las personas usuarias, tradicionalmente segregadas y excluidas de los circuitos de intercambio social, vuelvan a integrar el concierto democrático de voces en nuestra sociedad” (Trimboli, 2019, p. 436). Por un lado, esta experiencia es productora de sentido, de ampliación de ciudadanía y de participación; y por otro, contribuye a cuestionar las significaciones negativas sobre los padecimientos mentales (Trimboli, 2019). Asimismo, desde la radio se realizan formaciones y capacitaciones técnicas en herramientas de producción radiofónica; se realizan jornadas

culturales en barrios populares y en las comunidades de origen y pertenencia de las personas participantes, intentando afianzar los vínculos de las personas usuarias con sus comunidades y grupos de pertenencia; se desarrollan talleres sobre salud mental en los barrios y talleres de buenas prácticas de comunicación en salud mental destinados a comunicadores/as sociales, entre otros. Al no contar con financiamiento constante, el desarrollo de sus actividades no es continuo y se ve en ocasiones interrumpido (Trimboli, 2019).

Por último, la autora Elvira (2021) describe y analiza la experiencia del Centro Cultural Camino Abierto, creado en el año 2008 en la ciudad de Bariloche, en el contexto del proceso de transformación y reforma que se venía dando en el campo de la salud mental en la Provincia de Río Negro. Desde una perspectiva comunitaria, y en consonancia con la Ley 2440 de la provincia, el Centro Cultural Camino Abierto, considerado como un dispositivo intermedio, ofrece actividades culturales, laborales y deportivas para usuarios de servicios de salud mental y para la comunidad en general. Su creación estuvo atravesada por obstáculos y resistencias que pudieron ir siendo saldadas a partir de la realización de asambleas comunitarias con los diversos actores comunitarios e intersectoriales, por lo que desde sus inicios el proyecto fue interdisciplinario e intersectorial. De estas asambleas surgió la Asociación Civil de Usuarios, Familiares y Amigos de Camino Abierto, conocida como ACUFA (Elvira, 2021). Elvira (2021) plantea que el modelo de atención de Camino Abierto implica una reestructuración de las relaciones de poder de todos los actores y sectores participantes, con una postura comunitaria de inclusión social, “donde el énfasis no se pone en el proceso de curación sino sobre el proyecto de invención de la salud y de la reproducción social de la persona (...)” (p. 84). El Centro Cultural ofrece una diversidad de posibilidades de participación en talleres de escritura, murga, carpintería, dibujo, cerámica, literatura, radio, etc., lo cual intenta responder tanto a la singularidad y la preferencia de cada persona, como a la libertad de elección. La autora marca aquí la diferencia de este modelo con el que sostiene a los talleres protegidos (Elvira, 2021). Es entonces, que la autora señala que la “(...) participación grupal con herramientas artísticas y deportivas rescatan capacidades en personas que han sufrido algún tipo de crisis en su vida y que en muchos casos han quedado fijados en un estado de abandono, exclusión y estigma” (p. 15) y rescata al arte como una herramienta poderosa que permite a las personas otorgar nuevos sentidos e interpretaciones sobre su perspectiva del mundo y sobre sus experiencias vividas (Elvira, 2021).

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

5.7. Rupturas y continuidades de las prácticas y experiencias en relación a los paradigmas asilar y de derechos humanos.

En el libro “Historias Locas” (Sy et al., 2020), que analiza las experiencias de internación en el Hospital Esteves, entre 1890 y 1980, Carla Pierri plantea los siguientes interrogantes:

¿Es posible la desmanicomialización en un solo servicio? ¿En un solo país? ¿Qué ha ocurrido con las experiencias aisladas o piloto de salud mental? ¿Qué destino tienen las propuestas alternativas al manicomio que conviven con él? ¿Es posible que dejen de existir espacios con lógica manicomial dentro de un sistema de producción cuyo núcleo vertebrador es la mercantilización de las distintas facetas de la vida humana? (Sy et al., 2020, p. 78).

Creemos que esas preguntas resultan igualmente válidas para pensar el momento presente y para poder reflexionar sobre las experiencias y dispositivos de desinstitucionalización en salud mental que muestra la literatura científica analizada en la presente tesis. Saraceno (2003) señala que “(...) la respuesta que nace de la necesidad de sustituir las soluciones manicomiales puede ser tanto una simple reproducción de una lógica de control y contención como una representación de la mejoría real de calidad en cuanto a la oferta para el paciente” (p. 5).

La lucha, dentro y fuera de los muros del manicomio, entre los dos modelos, un enfoque de corte asilar y un enfoque de carácter integral y de base comunitaria, continúa vigente en nuestro país. Las publicaciones analizadas nos conducen a afirmar que coexisten rasgos en la actualidad de ambos modelos de atención, en las políticas públicas, en la percepción de la enfermedad mental y en las prácticas dentro de las instituciones, servicios y dispositivos de atención (Keena et al., 2017; Paulin Devallis et al., 2016; Tisera et al., 2018). Tisera (2013), en relación al desarrollo de dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial, señala que:

(...) no se puede obviar la tensión existente entre estos dispositivos posicionados desde la integralidad de los derechos humanos y las lógicas tutelares que insisten en la captura de los procesos de autonomía singulares y colectivos, a través de discursos, dispositivos y prácticas institucionalizantes que promueven subjetividades pasivizadas y normativizadas (p. 257).

Morasso (2013) plantea que “una multiplicidad de abordajes y tratamientos implementados de manera irregular y discontinua, resultaron experiencias aisladas de desinstitucionalización” (p. 50), las cuales se encontraron y se encuentran sometidas a vicisitudes políticas e insuficientes asignaciones presupuestarias que limitan su desarrollo e

impiden su sustentabilidad a largo plazo. Asimismo, Gerlero (2010; 2012) manifiesta que en Argentina se expresan fuertes inequidades en el cuidado y protección de la salud mental entre los distintos grupos sociales y en las distintas provincias: el campo de las políticas de salud mental en el país presenta un alto nivel de heterogeneidad. Galende (2015) afirma que no existe una única respuesta que explique el porqué de este panorama heterogéneo y diversificado de la salud mental en nuestro país. Sin embargo, señala que lo que complejiza el campo sanitario del país, no son argumentos científicos, profesionales o disciplinarios, sino intereses corporativos y la ausencia de un sistema único de salud. Gerlero y Augsburguer (2012) concluyen que:

Sólo la capacidad de rectoría de una entidad nacional que trace lineamientos políticos compartidos para el conjunto del territorio nacional, y que impulse, incentive y regule las transformaciones necesarias daría solidez a un proceso de reforma sustancial en los modelos imperantes para el cuidado de la salud mental. Mientras tanto, permanece una fuerte heterogeneidad entre las jurisdicciones y al interior de las mismas (...) (p. 190).

Faraone (2012) plantea que para afianzar los procesos actuales de cambio y “construir trayectorias de accesibilidad a la salud mental por fuera de los muros manicomiales” (p.33) es imprescindible “el sostenimiento de los dispositivos alternativos y su ampliación hacia nuevas problemáticas psicosociales que se han planteado en los últimos años” (p. 33). Por último, Cáceres (2009) señala que, experiencias ya consolidadas en nuestro país y en el mundo, demuestran que existen alternativas prácticas y sustentables a la manicomialización, a la cronicidad y al encierro en el tratamiento del padecimiento mental severo y que, esto es posible, en las condiciones concretas del sistema público de salud de la Argentina: “la desmanicomialización no es una sofisticada utopía sino una artesanía que puede ponerse en marcha a partir de los recursos económicos y de los trabajadores del sistema público de salud” (Cáceres et al., 2009, p. 306). La mayor parte de las publicaciones analizadas concluyen que el escaso desarrollo de dispositivos intermedios de atención en la comunidad como núcleo de las políticas públicas en salud mental constituye el principal obstáculo que profundiza y agrava la brecha existente entre la normativa y la realidad de las prácticas en el campo de la salud mental. Asimismo, no se dispone de información estadística confiable sobre el estado actual de la atención en salud mental en Argentina y sobre los avances en los procesos de desinstitucionalización. Para promover esta transformación, es necesario generar información y conocimiento sobre los contextos, las prácticas y las experiencias innovadoras en salud mental, y fundamentalmente, promover la participación de las personas con padecimiento

mental para garantizar la distribución del poder en la planificación, implementación y ejecución de la política pública en el campo de la salud mental.

6. CONSIDERACIONES FINALES

En esta investigación presentamos los principales hallazgos que emergen del análisis de publicaciones científicas que abordan como tema central los procesos de desinstitutionalización en salud mental en Argentina en el período 1990-2022, vinculados a prácticas, experiencias o dispositivos de salud mental existentes y políticas de salud mental. En tal sentido, buscamos aportar al debate y a la discusión sobre la necesidad de implementar políticas públicas intersectoriales que deben ofrecer las condiciones para llevar a cabo procesos de desinstitutionalización en el campo de la salud mental en el país, adecuados a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental 26657.

A continuación, exponemos algunas consideraciones finales en relación a los resultados obtenidos, que son transversales a los artículos científicos y libros publicados que analizamos en esta tesis.

Con respecto a la constitución y características de las publicaciones halladas, la mayor parte de los artículos y libros fueron escritos de modo mono disciplinar. Esto podría evidenciar las dificultades que existen a la hora de desplegar un trabajo que involucre diversos campos del conocimiento y producir conocimiento de manera interdisciplinaria. Existe un predominio de las disciplinas más asociadas históricamente al abordaje y a la producción de conocimiento en el campo de la salud mental, como son la psiquiatría y la psicología. La mayor parte de los artículos que incluyen otras disciplinas más asociadas a las ciencias sociales pertenecen a equipos de investigación de universidades e institutos de investigación. Esto indicaría que la alianza con el ámbito académico favorece la interdisciplina. Asimismo, se pueden destacar dos grandes líneas de producción académica: relatos de experiencias escritos por los mismos profesionales de la salud mental que intervinieron en esas experiencias e investigaciones cualitativas realizadas por investigadores de instituciones académicas del país sobre experiencias territoriales de las cuales ellos no participaron. La mayor parte de los artículos científicos y libros publicados fueron escritos desde instituciones públicas tanto de salud como académicas y no se halló ninguno escrito desde equipos de instituciones privadas ni investigaciones cuyo objeto de estudio sean experiencias y/o dispositivos en ámbitos privados de salud ni del sector de la seguridad social. Esto pone en evidencia la falta de conocimiento

sobre lo que acontece en el campo de la salud mental en el país en ámbitos que no sean públicos. Asimismo, las publicaciones abordan experiencias de desinstitucionalización en salud mental desarrolladas en diversas provincias de nuestro país, pero no abarcan la totalidad del territorio argentino. Por lo cual, tampoco contamos con información disponible sobre los procesos de desinstitucionalización en todas las jurisdicciones de Argentina.

En relación con la LNSM, ningún artículo científico o libro publicado expresó un posicionamiento en contra de la ley. Las publicaciones que mencionan a la LNSM rescatan que fue sancionada y reglamentada en el marco de experiencias y normativas provinciales que la antecedieron, plasmando el espíritu y los principios de algunas de las legislaciones que ya se encontraban vigentes como, por ejemplo, la de la Provincia de Río Negro. También hacen referencia al proceso de construcción colectiva de la LNSM, atravesado por tensiones e intereses sectoriales y enfatizan el cambio doctrinario y de paradigma, respecto a la atención de las personas con padecimiento de salud mental, que significó su sanción para el campo de la salud mental en Argentina, en relación a su perspectiva comunitaria, de derechos, territorial, interdisciplinaria e intersectorial. Por último, remarcan la importancia y el avance que constituye su sanción al permitir establecer un marco referencial y regulatorio común a todas las jurisdicciones del país.

En las publicaciones analizadas no se encontró una conceptualización común sobre los procesos de desinstitucionalización en salud mental, sino que se encontraron diversas posiciones y sentidos. Sin embargo, gran parte de ellas, lo relaciona con conceptos como: servicios centrados en la comunidad vinculados a la atención primaria de la salud; territorialidad; externación asistida y continuidad de los cuidados; rehabilitación; perspectiva de derechos humanos; interdisciplina; intersectorialidad; entre otros. Se destaca que la desinstitucionalización en salud mental es un proceso gradual y progresivo, que conlleva una tarea en continua realización y transformación de la organización sanitaria, de los modelos de atención, de los recursos presupuestarios, de las políticas de salud mental y de las legislaciones vigentes.

En Argentina, tanto en el período anterior como posterior a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, han ido emergiendo diversas prácticas, experiencias y dispositivos que se oponen a paradigmas tutelares, que se ubican desde un paradigma de los derechos humanos y que promueven, o intentan promover, prácticas instituyentes y desinstitucionalizadoras en el campo de la salud mental. Entre estas experiencias, se destaca el proceso de transformación del campo de la salud mental que se produjo en la Provincia de Río Negro, la cual se constituyó en

una de las más extendidas y reconocidas en el país. También, se pueden mencionar los procesos que se han desarrollado en este sentido en otras jurisdicciones del territorio nacional, como por ejemplo en la Provincia de Santa Fe o en la Provincia de Buenos Aires.

Los procesos de transformación y/o readecuación de instituciones psiquiátricas y manicomiales que se han producido a lo largo del territorio nacional, en concordancia con lo establecido por la LNSM, han tenido similitudes en cuanto a la implementación de políticas y acciones como, por ejemplo, el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas institucionalizadas; la restricción y regulación de las internaciones por razones de salud mental; la discontinuidad de los ingresos en dichas instituciones, especialmente en los servicios de larga estadía; la promoción de procesos de externación, inclusión social y de continuidad de cuidados de las personas con internaciones de larga duración a través de sistemas de apoyo y de la consolidación de servicios comunitarios y alternativos al manicomio. Este proceso de transformación del modelo de atención de la salud mental intenta construir nuevos dispositivos de atención y cuidados para las personas con padecimientos de salud mental, con base en la comunidad y en los hospitales generales, con el fin de sustituir el rol preponderante que tuvieron a lo largo de la historia los hospitales neuropsiquiátricos.

En cuanto a las experiencias y dispositivos de desinstitucionalización de la salud mental en infancias y juventudes en Argentina, los artículos analizados comparten que los servicios y prácticas de salud mental existentes dedicados a esta población son limitados y no se encuentran suficientemente adecuados a los marcos normativos garantes de derechos humanos. Se destacan como dimensiones que obstaculizan la adecuación y la implementación de la atención en la población infantojuvenil la limitada cobertura de los servicios de salud mental; el escaso desarrollo de programas integrales de base comunitaria; la falta de participación del sistema educativo en los tratamientos; los limitados recursos disponibles, tanto materiales como humanos; las prácticas que continúan prevaleciendo de carácter unidisciplinar con abordajes de manera individual; el limitado desarrollo de abordajes interdisciplinarios y de construcción de redes intra e intersectoriales. Es entonces que, más allá de que en el país se han iniciado procesos de adecuación de las modalidades de cuidado hacia la población infantojuvenil al nuevo paradigma establecido por la LNSM y por la Ley de Protección Integral del Niño, Niña y Adolescente 26061, los avances han sido incipientes y escasos, con marcadas desigualdades de provisión de cuidados de la salud mental entre las diferentes provincias y dentro de sus territorios. Sin embargo, se pudo ubicar en la literatura científica el desarrollo en el territorio nacional de diversos dispositivos innovadores destinados a niñas, niños y jóvenes con

padecimientos de salud mental, en consonancia con el paradigma de la salud mental comunitaria, que intentaron superar los modelos de atención tradicionales. Estos dispositivos cuentan con características comunes y se basan en modelos de intervención en salud mental de base comunitaria, alternativos a las institucionalizaciones prolongadas, con acompañamientos longitudinales e intervención en territorio con los niños, niñas y jóvenes y sus familias, con equipos y trabajo interdisciplinario e intersectorial, tratamientos terapéuticos singulares y cercanos a los ámbitos de vida de la población.

Acerca de los dispositivos de inclusión sociohabitacional y de apoyos a la vivienda, se evidencia, por un lado, que la mayor parte de estos dispositivos están asociados a hospitales neuropsiquiátricos que se encuentran en procesos de transformación y adecuación según los principios de la LNSM. Por otro lado, estas experiencias innovadoras son posibles y se sostienen a partir de recursos efectivos de los propios participantes, tanto del presupuesto de los hospitales y de los propios trabajadores del sistema, como de los recursos generados por las personas externadas.

Con respecto a los dispositivos de inclusión sociolaboral, se han adoptado estrategias y propuestas innovadoras de empresas sociales, cooperativas de trabajo y formación profesional que propician el acceso al trabajo para las personas con padecimiento mental, considerando al trabajo desde su carácter de actividad social, de derecho, de ciudadanía y de emancipación social. Existe una multiplicidad de experiencias innovadoras diferenciadas y distribuidas en el territorio nacional que contribuyen a los procesos de rehabilitación e inclusión social. Sin embargo, estas experiencias se encuentran dispersas y la mayoría de los dispositivos de inclusión sociolaboral se han desarrollado al interior de los hospitales psiquiátricos, impulsadas por los propios equipos de salud, como alternativas para resolver problemáticas sociolaborales, sin evidenciar políticas públicas concretas en esta dirección.

En cuanto a la dimensión sociocultural en el campo de la salud mental en Argentina, las experiencias y dispositivos vinculados con la producción artística y cultural que se han hallado en la literatura científica fueron desarrolladas desde y dentro del contexto de los hospitales psiquiátricos del país. Evidenciamos, sin embargo, que estas experiencias han podido trascender los muros manicomiales para desarrollar intervenciones territoriales y actividades abiertas a la comunidad. A pesar de ello, las prácticas socioculturales en el campo de la salud mental en Argentina ocupan un lugar marginal en las políticas institucionales.

Los resultados obtenidos en esta tesis evidencian que Argentina presenta un complejo escenario político, social e institucional que implicó, y continúa implicando, avances, retrocesos

y tensiones en el desarrollo de procesos de desinstitucionalización en el campo de la salud mental. En el país se han desarrollado una multiplicidad de experiencias y dispositivos, tanto de procesos de reforma de servicios y de la atención a la salud mental, como de inclusión sociohabitacional, sociolaboral y sociocultural. Sin embargo, su implementación y expansión ha sido discontinua, de experiencias aisladas y, en muchas ocasiones, poco sustentables a largo plazo, lo cual ha generado una fuerte heterogeneidad en el campo de las políticas de salud mental entre jurisdicciones del país y al interior de estas. Estos contextos sociosanitarios heterogéneos evidencian la ausencia de políticas provinciales y las escasas políticas y lineamientos a nivel nacional que acompañan la implementación de dichas transformaciones.

Actualmente, las prácticas, experiencias y dispositivos innovadores y sustitutivos de las lógicas manicomiales, conviven con prácticas y dispositivos asilares. En Argentina, continúa vigente un modelo dual en el campo de la salud mental donde coexisten lógicas asilares y lógicas desde los derechos humanos y de base comunitaria, en los modelos de atención, en las políticas públicas, en los imaginarios sociales respecto a la locura y al padecimiento mental y en los discursos y prácticas dentro de las instituciones, servicios y dispositivos de atención. Esta superposición de lógicas nos lleva a pensar en el concepto de “palimpsesto”, noción desarrollada por Anahi Sy (2020) en el capítulo “Cien años de sufrimiento social inscripto en las historias clínica en un hospital psiquiátrico de la Argentina: una problematización del objeto y los métodos psi”. La autora refiere que esta noción ha sido usada para referirse a “mezclas, ‘vestigios’, estratos, de diferentes procedencias y temporalidades en un determinado espacio” (p. 199). En el campo de la salud mental, la investigadora cita a Galende y Stolkiner quienes hacen referencia a la coexistencia de distintas instituciones y prácticas al interior de un mismo establecimiento y para un mismo momento histórico, donde van quedando prácticas y discursos superpuestos (Sy, 2020). Como referimos anteriormente, este concepto nos permite visualizar la coexistencia, la superposición y las tensiones de lógicas diversas, tanto en las propias prácticas y dispositivos, como entre instituciones y entre las redes de servicios de salud mental en las diferentes jurisdicciones del país. Si bien existen experiencias de prácticas y dispositivos innovadoras, estas conviven, en el mismo período histórico, con prácticas y dispositivos manicomiales. A pesar de ello, se puede concluir que las prácticas, experiencias y dispositivos en el campo de la salud mental en nuestro país descritas en esta investigación, algunas más consolidadas, otras aún incipientes, demuestran que existen, y que son posibles, alternativas concretas y transformadoras de las lógicas asilares y manicomiales.

7. OBSTÁCULOS, DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES

Entre las dimensiones que representan un obstáculo para el desarrollo de los procesos de desinstitucionalización en salud mental se identifica: a) modelos de atención y organización de los sistemas de salud heterogéneos de cada una de las provincias del país, que obstaculizan la consolidación de espacios alternativos y consonantes con el paradigma de los derechos humanos; b) red de servicios de salud mental fragmentada que continúa produciendo la concentración de la atención en hospitales monovalentes; c) lógicas institucionales dominantes que se interponen e impiden romper con lo legitimado y naturalizado; d) escaso desarrollo de dispositivos intermedios de atención en la comunidad como núcleo de las políticas públicas en salud mental y; e) ausencia de un sistema único de salud y de lineamientos políticos compartidos para el conjunto del territorio nacional.

Para consolidar los procesos de desinstitucionalización en marcha, y para promover la transformación de la atención de la salud mental en las jurisdicciones del país donde aún no se han comenzado a implementar o su implementación es incipiente, es necesario avanzar hacia un modelo de atención de la salud mental comunitaria, de prevención, inclusivo y participativo, donde su principio primordial esté basado en el concepto de que la salud mental solo se construye en comunidad. Para ello, además de la adecuación e implementación de la normativa vigente y de la disponibilidad de recursos, se requiere de la decisión y la voluntad política de todos los actores involucrados para modificar las prácticas y los modos de atención y adecuar las instituciones a las nuevas modalidades de cuidado.

En tal sentido, las dimensiones valoradas como herramientas de transformación de la atención de la salud mental que aparecen en los resultados son: a) la política de descentralización y transferencia de recursos del propio sistema de salud y de los hospitales hacia la atención en comunidad; b) la construcción de alianzas estratégicas entre los actores sociales intervinientes en dichos procesos, tanto externos como internos, pero en particular entre y con los propios trabajadores del sistema de salud y de los hospitales monovalentes; c) la formación, capacitación continua y reorientación del recurso humano como instrumento de la reforma; d) la interdisciplina y el trabajo en equipo como estrategias fundamentales para lograr nuevos abordajes de la salud mental; e) la inclusión y contratación de otros actores no convencionales, con otros saberes, en los equipos de salud mental como, por ejemplo, operadores de salud mental no profesionales; f) los derechos humanos como eje orientador de los procesos de transformación; g) la integración de los planos biológico y psicológico junto al

plano de lo social; h) la promoción de los postulados de la atención primaria de la salud y de la salud mental comunitaria impulsando un enfoque ético y democrático, de atención territorial accesible, descentralizado, participativo, integral, interdisciplinario e intersectorial; i) nuevas prácticas de salud mental de carácter extramuros y desde el ámbito cultural; j) la participación comunitaria y la generación de asociaciones de usuarios y familiares; k) la generación de nuevas representaciones sociales al producir transformaciones en las formas de asistencia y cuidado de las personas con padecimientos de salud mental.

Cabe destacar que las prácticas que traspasan lo asistencial y lo sanitario y que están vinculadas a los ámbitos laboral, habitacional y sociocultural, son fundamentales para la continuidad de los procesos de transición del paradigma asilar hacia un paradigma de derechos humanos. Para ello es necesaria la articulación con distintas áreas del Estado, de organizaciones de la sociedad civil y de la comunidad para el desarrollo y la expansión de estos proyectos sociohabitacionales, sociolaborales y socioculturales en el campo de la salud mental en Argentina. La concreción de políticas estatales que impulsen su desarrollo se constituye en uno de los desafíos actuales en este campo.

Por último, consideramos que, para promover esta transformación hacia una salud mental comunitaria y de derechos humanos, es necesario generar información y conocimiento sobre los contextos, las prácticas y las experiencias innovadoras en el campo de la salud mental en Argentina. Para ello se requiere tanto que los propios equipos de salud puedan llevar a cabo investigaciones y sistematizaciones de sus propias prácticas de forma interdisciplinar, como así también, que los equipos de investigación académicos realicen sus investigaciones en articulación con ellos y con la inclusión de la voz de las personas usuarias, tanto en ámbitos públicos, como en ámbitos del sector privado y de la seguridad social, con la inclusión de todas las jurisdicciones del país. Lograr aunar los saberes académicos y experienciales es uno de los mayores desafíos actuales en el campo de la producción académica. Asimismo, poder extender las investigaciones y sistematizaciones a todos los ámbitos del sistema de salud y a todas las regiones del país se constituye en otro de los desafíos para conocer el campo de la salud mental en Argentina.

En este sentido, a través de la revisión, sistematización, descripción y análisis de la literatura científica fue posible identificar y realizar una recuperación histórica de las prácticas, experiencias y dispositivos que dan cuenta de la situación en el campo de la salud mental y de los avances en los procesos de desinstitucionalización en Argentina durante las últimas tres décadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agamben, G. (2007). *¿Qué es un dispositivo?* Payot & Rivages.
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Temas em saúde*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Topía Editorial.
- Barcala, A., Botto, M., Poverene, L., Augsburger, C., Gerlero, S., Saadi, V., Nuñez, A., & Michalewicz, A. (2022). Políticas de salud mental y niñez en Argentina: Nueva normativa y brechas en la implementación. *Hacia la Promoción de la Salud*, 27(1), 102-117. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.1.8>
- Barcala, A., Botto, M., Torricelli, F., Michalewicz, A., Augsburger, A., Gerlero, S., Saadi, V., Nuñez, A., & Lorenzini, C. (2020). La reforma de los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Argentina. Mapeo de respuestas institucionales e interdisciplina. *Revista Multimedia sobre la Infancia y sus Institución(es)*, 9(9).
- Barcala, A., & Faraone, S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. *The Lancet Psychiatry*, 10(8), 579-580. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00114-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00114-1)
- Barcala, A., & Luciani Conde, L. (2015). *Salud mental y niñez en la Argentina: Legislaciones, políticas y prácticas* (1ra. edición). Teseo.

- Barcala, A., & Torricelli, F. (2013). Ampliando los márgenes de la clínica. Trayectoria de un Programa de Salud Mental Comunitaria para niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos en la Ciudad de Buenos Aires. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, XXIV(107), 67-75.
- Bejarano, F., Burin, D., Daga, A., Heras, A., Pacheco, M., Sosa, G., García, E., Ruscitti, I., González, M., Oneto, M., Schmuk, M., & Yujnovsky, N. (2019). La Red de Cooperativas Sociales. La potencia del rizoma. *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 1ra edición*, 157-158.
- Benedetti, L., Reali, S., Ábaca, C., Ilardo, A., & Domínguez, M. (2019). Habitar nuevos espacios: La Experiencia de la Casa de Medio Camino, Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná, Entre Ríos. *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación*, 81-86.
- Borelli, M., García, E., Moyano, J., Saralegui, L., Murlender, L., Ares Lavalle, G., Arzuaga, M., Oliveira, A., Fernández, M., & Ardila-Gómez, S. (2022). Los apoyos a la vivienda tras internaciones psiquiátricas prolongadas: Recursos y estrategias en tres experiencias de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(156), 5-15.
<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.174>
- Botelho, L. L. R., Castro de Almeida Cunha, C., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.

- Brain, A., Greggio, G., & Sanfelippo, L. (2018). *Sala Abierta. Transformaciones en una sala de internación de salud mental*. 5(5), 55-76.
- Burin, D., & Yujnovsky, N. (2023). *Inclusiones y cooperación social en salud mental. Narrativas en primeras personas del plural*. Ediciones Incluir.
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., & Riva Roure, M. R. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, XX(86), 299-307.
- Carpintero, E., & Vainer, A. (2018). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los ´60 y ´70 (1957-1983): Vol. Tomo I y II (2a ed.)*. Topía Editorial.
- Castro, R. (2016). *Teoría social y salud*. Lugar Editorial.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2015). *Cruzar el muro: Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. CELS.
- Centro de Estudios Legales y Sociales, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), & Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR). (2022). *La transformación de los manicomios: Una experiencia de trabajo en el Hospital Melchor Romero con perspectiva de género*.
<https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/la-transformacion-de-los-manicomios/>
- Centro de Estudios Legales y Sociales, Mental Disability Rights Internacional (CELS/MDRI). (2007). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Mental Disability Rights Internacional.
- Cohen, H. (1994). *El proceso de desmanicomialización en la provincia de Río Negro. En: Políticas en Salud Mental*. Lugar Editorial.

- Cohen, H. (2019). Salud Mental: ¿por qué la desmanicomialización? En *El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos* (pp. 57-69). Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Cohen, H., & Natella, G. (2013). *La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial.
- Cohen, H., Saidon, O., & Troianovski, P. (1994). *Políticas en salud mental*. Lugar Editorial.
- Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn). (2011). Empresas sociales de salud mental: Los relatos de sus protagonistas. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, XXII(95), 44-48.
- Costa, J. J., & Mattarucu, J. P. (2013). Espacio Abierto de la Asociación Civil La Casona de los Barriletes. Programa de apoyo a jóvenes en procesos de externación o egreso institucional y en sus recorridos de inclusión social. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, XXIV(107), 60-66.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: La reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263.
- Di Nanno, A. E. (2008). Hacia la construcción de una política en salud mental. Rescatar la historia, destacar los logros del federalismo, fortalecer la institucionalidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(2), 155-166.
- Dimenstein. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: En busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *CS*, 11, 43-71. <https://doi.org/10.18046/recs.i11.1566>
- Elvira, M. (2021). *Desmanicomialización con participación comunitaria: La experiencia del Centro Cultural Camino Abierto*. Topía Editorial.

- Faraone, S. (2015). Más allá de las fronteras de la des/institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe. *Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales.*, 40(24), 63-79.
- Faraone, S., & Valero, A. (2013). *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Faraone, S., Valero, A., Bianchi, E., & Geller, Y. (2009). *Ciencias Sociales y Salud Mental. Un estudio descriptivo sobre políticas y prácticas desinstitucionalizadoras: El caso del Corralito. Lo peor de lo peor*. VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población., Instituto de Investigaciones Gino Germani, Area de Salud y Población. UBA.
- Faraone, S., Valero, A., Bianchi, E., Mantilla, J., & Tamburrino, C. (2009). El proceso de desinstitucionalización en salud mental. Aportes para el análisis de la experiencia en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983). *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*.
- Faraone, S., Valero, A., Rosendo, E., & Torricelli, F. (2011). Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva. Una experiencia de transformación institucional. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 51-64.
- Faraone, S., Valero, A., Torricelli, F., Rosendo, E., Méndez, M., & Geller, Y. (2012). Accesibilidad y derechos humanos: Análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego. *Rev Argent Salud Pública*, 3(12), 28-33.

- Ferigato, S., Sy, A., & Resende Carvalho, S. (2011). Explorando las fronteras entre la clínica y el arte: Relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda. *Salud Colectiva*, 7(3), 347-363.
- Foucault, M. (1998). *La historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica - FCE.
- Galarza, B. (2015). Segregación y dispersión en la atención del derecho a la salud mental en el centro de la provincia de Buenos Aires. *Intersecciones en Antropología*, 16, 69-83.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Editorial Paidós.
- Galende, E. (2015). *El conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar Editorial.
- Gerlero, S., & Augsburger, A. (2012). *La salud mental en la Argentina. Avances, tensiones y desafíos*. Laborde Editor.
- Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Escalante, M., Ianowski, M., Mutazzi, E., & Yanco, D. (2010). Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Rev Argent Salud Pública*, 1(2), 24-29.
- Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Gómez, R., & Yanco, D. (2011). Salud mental y atención primaria: Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. *Rev Argent Salud Pública*, 2(9), 24-29.
- Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Grupo de Salud Mental APSS. (2022). *Relevamiento sobre condiciones laborales y política pública de salud mental*.

- Henao, Quintero, Echeverri, Hernández, Rivera, & López. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: Un estado del arte. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 34(2), 184-192. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>
- Hermosilla, A., & Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y Perspectivas. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-140. <https://doi.org/10.5872/psiencia/4.2.41>
- Huertas, R. (Ed.). (2017). *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. Catarata.
- Hurley, D., & Agrest, M. (2021). Argentina: A mental health system caught in transition. *International Journal of Mental Health*, 50(2), 168-191. <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1777375>
- Ingenieros. (2005). *La locura en la Argentina*. Buena Vista editores.
- Iriart, C. (1997). La reforma del sector salud en Argentina: De la salud como derecho social y bien público a responsabilidad individual y bien de mercado. En *Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario*. Centro de Estudios y Asesorías en Salud.
- Keena, C., Rossetto, J., Somoza, M., & De Lellis, M. (2017). Dispositivos residenciales comunitarios asociados a la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca” de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, XXVIII(131), 11-22.
- Kreplak, N., Calmels, J., Rey, M., & Zanatta, A. (2021). *Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires*. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/01/Libre_Manicomio_Informe_Anual_2021.pdf

- Laurell, A. (1992). La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades sociopolíticas. *Cuadernos Médico Sociales*, 60.
- Lenta, M., Tisera, A., Lohigorry, J., Hepner, L., & Paolin, C. (2019). Inclusión socio-habitacional y habitabilidad: Una experiencia innovadora en el campo de la salud mental. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010).
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- López Santi, M. C. (2011). Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 77-84.
- López Santi, M. C. (2019). Servicios de salud mental comunitaria. La resolución de la demanda de cuidados por parte de personas desinstitucionalizadas con trastorno psicótico en los servicios de salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 6(7), 65-80.
- Martinovich, V. (2022). *Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita.: Vol. Serie Didáctica* (1ra edición). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
- Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. (2022). *Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema solidario e integrado de salud. 2022-2027*.
https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/11/NUEVO_PLAN_PROVINCIAL_SALUD_MENTAL_2022_11_04.pdf

- Miranda, M., & Vallejo, G. (2005). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Siglo XXI.
- Morasso, A. (2013). Gestión de modelos de externación de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la desinstitucionalización en Argentina. *Visión de futuro*, 17(2).
- Naszewski, M., & Sy, A. (2020). Cambios, continuidades y nuevos regímenes de visibilidad a partir de la sanción de la ley nacional de salud mental No. 26657: Una revisión bibliográfica. *Facultad de Psicología UBA - Anuario de investigaciones*, XXVII, 155-163.
- Natella, G., & Cohen, H. (2007). *Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Lugar Editorial.
- Natella, G., & Cohen, H. (2016). *La Brancaleone: Teoría y práctica desmanicomializadora*. Kuruf Ediciones.
- Natella, G., Luciani Conde, Guerrero, M., Iriart, M., & Reales, H. (2018). Acciones y reflexiones del equipo técnico del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. *Salud Mental y Comunidad*, 5(5), 18-35.
- Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental 2019*.
- Onocko Campos, F., & Pereira Furtado, J. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: Um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) so Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062.
- ONU. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. (Resolución 56/168).

- OPS/OMS. (1990). *Declaración de Caracas*. Conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina., Caracas.
- Paulin Devallis, M. P., Baffo, C. G., & Onocko Campos, R. (2016). *Perspectivas de la desmanicomialización*. Kuruf Ediciones.
- Pellegrini, J. (2005). *Cuando el manicomio ya no está*. Fundación Gerónima.
- Pellegrini, J. (2009). El proceso de transformación institucional del Hospital Psiquiátrico de San Luis. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, 20(88), 432-439.
- Pellegrini, J. (2011). *Salud es sin encierros*. Payné.
- Pierri, C. (2021). *Sobrevivir y morir en el manicomio: Memorias de un asilo de mujeres*. Topía Editorial.
- Rattagan, M. (2009). Puertas abiertas. Praxis de un nuevo paradigma. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, XX(88), 450-457.
- Razzouk, D., Gregorio, G., Antunes, R., & Mari, J. de J. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry*, 11, 191-195.
- Riva Roure, M., Hartfiel, M., Irachet, V., & Cáceres, C. (2019). Logros y Obstáculos de 20 años de trabajo del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital José A. Esteves. *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación., 1ra edición*, 71-80.
- Rossetto, J. (2009). Del Manicomio a la Comunidad: El proceso de reforma de la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, XX(88), 463-473.
- Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri, D., & Risio, C. (1990). *Desinstitucionalização*. Hucitec.

- Rovere, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 6(12), 23-41.
- Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. Pax México.
- Souza Minayo, M. (2019). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Stagnaro, J. C., & Conti, N. A. (2017). La salud mental en Argentina en los años de plomo (1976-1983). En *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina* (pp. 23-55). Catarata.
- Stolkiner, A. (2015). Salud mental: Avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria*. Colihue.
- Stolkiner, A. (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental: Breve historización contextualizada. *Revista Soberanía Sanitaria, Dossier Salud Mental*.
- Stolkiner, A. (2019). Las dimensiones políticas de la investigación en el campo de la salud mental y sus prácticas. En *El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos* (pp. 109-123). Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, XXIII, 57-67.
- Sy, A. (2020). Cien años de sufrimiento social inscripto en las historias clínicas en un hospital psiquiátrico de la Argentina: Una problematización del objeto y los

- métodos psi. En *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento: Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi*. IIGG, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires : CLACSO.
- Sy, A., Naszewski, M., Pierri, C., & Barrio, A. (2020). *Historia locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX*. Teseo.
- Tisera, A., Lohigorry, J., Bottinelli, M., & Longo, R. (2018). *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Teseo.
- Tisera, A., Lohigorry, J., Siedl, A., Paolin, C., Pelosi, D., González, M., & Bruno, M. (2017). Prácticas inclusivas socio-habitacionales: Programa residencial del Hospital Borda. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*.
- Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek, & Joskowicz. (2013). Salud mental y desinstitucionalización: Resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 20(1), 251-258.
- Trimboli, A. (2019). *El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. Centro de Publicaciones Educatvas y Material Didáctico.
- Vainer, A. (2019). La salud mental en Argentina: Memoria y luchas. En *El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. (pp. 33-42). Centro de Publicaciones Educatvas y Material Didáctico.

- Valero, A., & Faraone, S. (2011). Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina). *Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales.*, 20(31), 93-111.
- Velzi Diaz, A., Tosi, A., Benitez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Amado, Y., Antezza, G., Cantero, N., & Córdoba, G. (2018). Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, 29(142), 255-262.
- Vezzetti, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Editorial Paidós.
- Zaldúa, G. (2016). *Intervenciones en psicología social comunitaria: Territorios, actores y políticas sociales* (1a ed). Teseo.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M. B., Lenta, M. M., & Freire, M. (2011). *Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental*. IX JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN, Buenos Aires.

Fernández Ventura N. Los procesos de desinstitutionalización en salud mental en Argentina: revisión integradora de la literatura científica en el período 1990-2022. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2023.

APÉNDICE A: Listado de artículos y libros que componen el corpus científico

Nro.	Título	Autores	Revista/Editorial	Filiación institucional	País de origen	Año de publicación	Tipo de publicación
1	P.R.E.A. (Rehabilitation and Assisted Outpatient Care Program): an alternate experience to the Asylum Logic [El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales.]	Cáceres C.M. Druetta I. Hartfiel M. Riva Roure M.R.	Vertex (Buenos Aires, Argentina)	Hospital Interzonal José A. Esteves	Argentina	2009	Artículo
2	Social enterprises in mental health: the narratives of their protagonists. [Empresas sociales de salud mental: los relatos de sus protagonistas.]	Coordinadores y emprendedores de las empresas sociales Hilando Caminos (Trelew) y Nuevos Sabores (Puerto Madryn) ¹	Vertex (Buenos Aires, Argentina)	Secretaría de Salud de la Provincia de Chubut	Argentina	2011	Artículo
3	Open space of Non-Profit Organization La Casona de los Barriletes. Support program for youth in the process of being discharged from shelter facilities. [Espacio Abierto de la Asociación Civil La Casona de los Barriletes. Programa de apoyo a jóvenes en procesos de externación o egreso institucional y en sus recorridos de inclusión social.]	Costa J.J. Mattarucco J.P.	Vertex (Buenos Aires, Argentina)	Asociación Civil La Casona de Los Barriletes	Argentina	2013	Artículo
4	Accesibilidad y derechos humanos: Análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego/ Accessibility and Human Rights. Analysis of the Care Processes Alternative to the Asylum-centered Model in Santa Fe and Tierra del Fuego	Faraone S, Valero A, Torricelli F, Rosendo E, Mendez M, Geller Y.	Rev. argent. salud publica	Instituto de Investigaciones Gino Germani, FSOC, UBA / Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego / Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe / Beca Carrillo Oñativa, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación	Argentina	2012	Artículo

Nro.	Título	Autores	Revista/Editorial	Filiación institucional	País de origen	Año de publicación	Tipo de publicación
5	Exploring the boundaries between clinic and art: Account of an experience with the borda artist front [Explorando las fronteras entre la clínica y el arte: Relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda]	Ferigato S. Sy A. Resende Carvalho S.	Salud Colectiva	Departamento de Medicina Preventiva y Social, UNICAMP / ISCO UNLA	Argentina	2011	Artículo
6	Salud mental y atención primaria: accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina/ Mental health and primary health care: care accessibility, integrality and continuity in health centers, Argentina,	Gerlero S, Augsburger A, Duarte M, Gómez R, Yanco D.	Rev. argent. salud publica	Instituto de Salud Juan Lazarte, Rosario / Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos / Unidad de Estudios Epidemiológicos Salud Mental, Facultad de psicología, Universidad Nacional de Córdoba / Facultad de psicología, Universidad Nacional de Rosario / Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Beca Carrillo Oñativa, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.	Argentina	2011	Artículo
7	Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina/ Diagnostic evaluation for the strengthening of strategies of intervention in mental health in Argentina.	Gerlero S, Augsburger A, Duarte M, Escalante M, Janowski M, Mutazzi E, Yanco D.	Rev. argent. salud publica	Instituto de Salud Juan Lazarte, Rosario / Ministerio de Salud y Acción Social de Entre Ríos / Instituto de Salud Mental, Universidad Nacional de Córdoba / Facultad de psicología, Universidad Nacional de Rosario / Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud de Río Negro / Centro Regional de Salud Mental "Dr. Agudo Ávila", Ministerio de Salud de Santa Fe / Dirección de Capacitación Profesional y Técnica, Ministerio de Salud GCBA. Beca Carrillo Oñativa, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.	Argentina	2010	Artículo
8	Gestión de modelos de externación de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la desinstitucionalización en Argentina	Morasso, Ana María	Visión de futuro	Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de La Plata	Argentina	2013	Artículo

Nro.	Título	Autores	Revista/Editorial	Filiación institucional	País de origen	Año de publicación	Tipo de publicación
9	El proceso de transformación institucional del Hospital Psiquiátrico de San Luis/ The process of institutional transformation of San Luis Psychiatric Hospital	Pellegrini, Jorge Luis	Vertex	Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis	Argentina	2009	Artículo
10	Puertas abiertas. Praxis de un nuevo paradigma. / Open Door. A praxis for a new paradigma	Rattagan M.	Vertex (Buenos Aires, Argentina)	Programa de Salud Mental Comunitaria Prov. de Bs. AS	Argentina	2009	Artículo
11	Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries	Razzouk D. Gregório G. Antunes R. De Jesus Mari J.	World Psychiatry	Departamento de psiquiatría, Universidad Federal de San Pablo / Instituto de psiquiatría, Univesidad de Londres	Argentina	2012	Artículo
12	From the asylums to the community: the reform process of National Colony Dr. Manuel A. Montes de Oca]. [Del Manicomio a la Comunidad: el proceso de reforma de la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca]	Rossetto J.	Vertex (Buenos Aires, Argentina)	Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca"	Argentina	2009	Artículo
13	Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires	Tisera A, Léale H, Lohigorry J, Pekarek A, Joskowicz A	Anuario de investigaciones	Facultad de Psicología, UBA	Argentina	2013	Artículo
14	Ciencias Sociales y Salud Mental. Un estudio descriptivo sobre políticas y prácticas desinstitucionalizadoras: El caso del 'Corralito'	Valero A, Faraone S, Bianchi E, Geller Y.	VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. FSOC. UBA.	Proyecto UBACYT S404. Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires	Argentina	2009	Artículo

Nro.	Título	Autores	Revista/Editorial	Filiación institucional	País de origen	Año de publicación	Tipo de publicación
15	Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva. Una experiencia de transformación institucional.	Faraone S, Valero A, Rosendo E, Torricelli F.	Salud Mental y Comunidad Año 1 Núm. 1	Facultad de Ciencias Sociales, UBA / Universidad de La Plata, Prov. de Bs. As. / Instituto de Salud Mental y Psicología Comunitaria, Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador / Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA	Argentina	2011	Artículo
16	Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria	López Santi MC	Salud Mental y Comunidad Año 1 Núm. 1	Hospital Alejandro Korn / UNLA	Argentina	2011	Artículo
17	Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitutionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina)	Valero A, Faraone S.	Delito y sociedad. Revista de Ciencias Sociales. Año 20, núm. 31	UBACYT / Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG) / Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.	Argentina	2011	Artículo
18	Ampliando los márgenes de la clínica. Trayectoria de un Programa de Salud Mental Comunitaria para niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos en la Ciudad de Buenos Aires.	Barcala A, Torricelli F	Vertex	Facultad de Psicología, UBA / UBACyT	Argentina	2013	Artículo
19	Acciones y reflexiones del equipo técnico del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	Natella G, Guerrero M, Iriart M, Conde L, Reales H	Revista Salud Mental y Comunidad Año 5 Número 5	Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa.	Argentina	2018	Artículo
20	Sala abierta. Transformaciones en una Sala de Internación de Salud Mental.	Brain A, Greggio G, Sanfelippo L	Revista Salud Mental y Comunidad Año 5 Número 5	Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez / Facultad de psicología, UBA / Hospital Nacional en Red	Argentina	2018	Artículo

Nro.	Título	Autores	Revista/Editorial	Filiación institucional	País de origen	Año de publicación	Tipo de publicación
21	Servicios de salud mental comunitaria. La resolución de la demanda de cuidados por parte de personas desinstitutionalizadas con trastorno psicótico en los servicios de salud mental comunitaria.	López Santi MC	Salud Mental y Comunidad Año 6 Núm. 7	Hospital Alejandro Korn / UNLA	Argentina	2019	Artículo
22	Dispositivos residenciales comunitarios asociados a la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" de la provincia de Buenos Aires, Argentina	Keena C, Rossetto J, Somoza M, De Lellis M.	Vertex	Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca"	Argentina	2017	Artículo
23	Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales	Faraone S, Valero AS	Ediciones Madres de Plaza de Mayo	UBACyT / Instituto de Investigacions Gino Germani	Argentina	2013	Libro
24	Perspectivas de la desmanicomialización	Paulín Devallis M, Baffo C, Onocko Campos R.	Kuruf Ediciones	UNICAMP / UNLA	Argentina	2016	Libro
25	La Brancalone. Teoría y práctica desmanicomializadora	Natella G, Cohen H	Kuruf Ediciones	Dirección de Salud Mental Río Negro	Argentina	2016	Libro
26	Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental	Tisera A, Lohigorry J, Botinelli M, Longo R.	Teseo	Colectivo docente de Psicología Preventiva y Epidemiología (UBA) y el equipo de investigación de UBACYT	Argentina	2018	Libro
27	La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro	Natella G, Cohen H	Lugar Editorial	Dirección de Salud Mental Río Negro	Argentina	2013	Libro

Nro.	Título	Autores	Revista/Editorial	Filiación institucional	País de origen	Año de publicación	Tipo de publicación
28	La salud mental en la Argentina. Avances, tensiones y desafíos.	Gerlero S, Augsburger A.	Laborde Editor	Universidad Nacional de Rosario (UNR)	Argentina	2012	Libro
29	Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro	Natella G, Cohen H	Lugar Editorial	Dirección de Salud Mental Río Negro	Argentina	2007	Libro
30	Cuando el manicomio ya no está	Pellegrini JL	Fundación Gerónima	Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis	Argentina	2005	Libro
31	Salud es sin encierros	Pellegrini JL	POLE MOS	Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis	Argentina	2009	Libro
32	Políticas en Salud Mental	Saidón O, Troianovski P.	Lugar Editorial	Dirección de Salud Mental Río Negro	Argentina	1994	Libro
33	El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos.	Trimboli A.	Noveduc	Hospital Álvarez / Universidad de Buenos Aires	Argentina	2019	Libro
34	Políticas de Salud Mental y niñez en Argentina: nueva normativa y brechas en la implementación	Barcala A, Botto M, Poverene L, Augsburger C, Gerlero S, Saadi V, Nuñez A, Michalewicz A	Hacia la Promoción de la Salud	Universidad Nacional de Lanús / CONICET / Instituto Lazarte Santa Fe / Universidad Nacional de La Rioja	Argentina	2022	Artículo
35	Argentina: A mental health system caught in transition	Hurley D, Agrest M	International Journal of Mental Health	School of Social Work, King's University College, Western University, Canada / Department of Research, Proyecto Suma, Buenos Aires, Argentina	Argentina	2021	Artículo

Nro.	Título	Autores	Revista/Editorial	Filiación institucional	País de origen	Año de publicación	Tipo de publicación
36	Los apoyos a la vivienda tras internaciones psiquiátricas prolongadas: recursos y estrategias en tres experiencias de la provincia de Buenos Aires, Argentina	Borelli M, García E, Moyano J, Saralegui L, Murlender L, Ares Lavalle G, Arzuaga M, Oliveira A, Fernández M, Ardila-Gómez S	Vertex	Hospital Interzonal “José A. Esteves”, Temperley, Argentina / Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos “Dr. A. Korn”, La Plata, Argentina / Hospital Interzonal General de Agudos “Dr José Penna”, Bahía Blanca, Argentina / Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina / Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.	Argentina	2022	Artículo
37	Desmanicomialización con participación comunitaria. La experiencia del Centro Cultural Camino Abierto	Elvira M	Topía Editorial	Centro Cultural Comunitario Camino Abierto, Bariloche	Argentina	2021	Libro
38	La transformación de los manicomios: una experiencia de trabajo en el Hospital Melchor Romero con perspectiva de género	Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR)	CELS	Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR)	Argentina	2022	Documento
39	Inclusión socio-habitacional y habitabilidad: una experiencia innovadora en el campo de la salud mental	Lenta M, Tisera A, Lohigorry J, Hepner L, Paolín C	XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR	Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires	Argentina	2019	Artículo

Nro.	Título	Autores	Revista/Editorial	Filiación institucional	País de origen	Año de publicación	Tipo de publicación
40	Prácticas inclusivas socio-habitacionales: programa residencial del Hospital Borda	Tisera A, Lohigorry J, Siedl A, Paolin C, Pelosi D, González M, Bruno M	IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR	Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires	Argentina	2017	Artículo
41	Logros y Obstáculos de 20 años de trabajo del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital José A. Esteves	Riva Roure M, Hartfiel M, Irachet V, Cáceres C	Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación	Hospital Interzonal José E. Esteves	Argentina	2019	Artículo
42	Habitar nuevos espacios: La Experiencia de la Casa de Medio Camino, Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná, Entre Ríos	Benedetti L, Realí S, Ábaca C, Ilardo A, Domínguez M	Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación	Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná, Entre Ríos	Argentina	2019	Artículo
43	La Red de Cooperativas Sociales. La potencia del rizoma.	Bejarano F, Burin D, Daga A, Heras A, Pacheco M, Sosa G, García E, Ruscitti I, González M, Oneto M, Schmuk M, Yujnovsky N	Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación	Federación de Cooperativas Autogestionadas de Buenos Aires /Cooperativa de trabajo La Huella Ltda. / Incluir - Instituto para la Inclusión Social y el Desarrollo Humano Asociación Civil / UNQ - Programa Universitario de Incubación Social en Economía Social y Solidaria. / CEDESI-UNSAM /Conicet. / UNTREF / Asociación de Abogados de Buenos Aires - Comisión de Derecho Cooperativo, Mutual y de la Economía Social y Solidaria. / Asociación Civil - Integración Comunitaria por la Salud Mental Una Movida Locos. / Coordinadora de la Empresa Social Quenuir / Orillando la vida Hospital Nacional en Red de Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” / Coop. Sembrando Sueños Ltda. / Emilianas / Buffet El Entrevero.	Argentina	2019	Artículo
44	Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales	Zaldúa G	Teseo	Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires	Argentina	2016	Libro

Nro.	Título	Autores	Revista/Editorial	Filiación institucional	País de origen	Año de publicación	Tipo de publicación
45	La reforma de los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Argentina. Mapeo de respuestas institucionales e interdisciplina.	Barcala A, Botto M, Poverene L, Torricelli F, Michalewicz A, Augsburg C, Gerlero S, Saadi V, Nuñez A, Lorenzini C	Revista Multimedia sobre la Infancia y sus Institución(es)	Universidad Nacional de Lanús / CONICET / Instituto Lazarte Santa Fe / Universidad Nacional de La Rioja / Hospital San Roque Jujuy	Argentina	2020	Artículo
46	Salud mental y niñez en la Argentina: legislaciones, políticas y prácticas.	Barcala A, Luciani Conde L	Teseo	Universidad Nacional de Lanús	Argentina	2015	Libro

Fuente: Elaboración propia