FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL
CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Gala Filippis

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Luisina Draghi
DNI 41.134.774

TÍTULO DEL TRABAJO:

Modalidades y estrategias de abordaje de un servicio de internación en salud mental en un hospital monovalente público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

SEDE:

Buenos Aires

DIRECTOR/A DE TIF:

Mgtr. María Milena Korín

FECHA DE PRESENTACIÓN:

17/07/2026

Agradecimientos

A María Alejandra y Víctor Andrés, mis papás. Por todo.

A Milena, mi tutora, por acompañarme en este trabajo.

A todos y cada uno de mis docentes, por haberme enseñado todo lo que sé.

RESUMEN

El campo de la salud mental en Argentina atraviesa un proceso de transformación orientado hacia la desinstitucionalización y el enfoque de derechos humanos, consolidado a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Sin embargo, su implementación en la práctica concreta no es homogénea, especialmente en instituciones históricamente vinculadas al modelo manicomial.

El presente trabajo analiza las modalidades de abordaje en un servicio de internación en salud mental de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en relación con el marco normativo vigente. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo y no experimental, basado en una entrevista semiestructurada en profundidad a una profesional del servicio, complementado con el análisis de material bibliográfico y normativo, incluyendo literatura académica, documentos de organismos internacionales y legislación vigente en materia de salud mental. Los resultados muestran que las prácticas del servicio se orientan en función de lineamientos propios del modelo comunitario, al tiempo que persisten límites estructurales que dificultan su plena implementación. En este sentido, se observa la coexistencia de distintas lógicas de atención. Se concluye que las dificultades en la implementación de la ley se vinculan con factores estructurales e institucionales que atraviesan el funcionamiento de los servicios de salud mental.

Palabras clave: Salud mental comunitaria – Desinstitucionalización – Internación en salud mental – Ley N.º 26.657 – Modelos de atención.

ABSTRACT

The field of mental health in Argentina is undergoing a transformation towards deinstitutionalization and a human rights-based approach, particularly following the enactment of National Mental Health Law No. 26,657. However, its implementation in everyday practice is not homogeneous, especially in institutions historically linked to the asylum model.

This study analyzes the modes of intervention within an inpatient mental health service in a hospital in Ciudad Autónoma de Buenos Aires, in relation to the current regulatory framework. A qualitative, exploratory-descriptive, non-experimental case study was conducted, based on an in-depth semi-structured interview with a professional working in the service, complemented by the analysis of bibliographic and regulatory sources, including academic literature, documents from international organizations, and current mental health legislation. Findings show that practices are oriented according to principles associated with the community model, while structural limitations persist, hindering their full implementation. In this context, different models of care coexist. The study concludes that the challenges in implementing the law are related to structural and institutional factors affecting mental health services.

Keywords: Community mental health – Deinstitutionalization – Mental Health hospitalization – Law No. 26,657 – Models of care.

ÍNDICE

RESUMEN..... 3

INTRODUCCIÓN..... 5

OBJETIVOS..... 7

ANTECEDENTES..... 8

Estado del arte..... 8

Marco teórico..... 11

Capítulo I – Transformaciones en los modelos de atención en salud mental:..... 11

Capítulo II – Marco Normativo en Salud Mental:..... 34

METODOLOGÍA..... 46

RESULTADOS..... 50

DISCUSIÓN..... 52

CONCLUSIONES..... 60

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 62

ANEXOS..... 65

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el campo de la salud mental en Argentina se vió atravesado por un proceso de transformación que buscó el pasaje del modelo manicomial hacia un enfoque comunitario, centrado en la atención integral y el respeto por los derechos de las personas con padecimiento mental. En este marco, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 en el año 2010 constituyó un hito fundamental, al establecer lineamientos que promueven la desinstitucionalización, la reducción de las internaciones prolongadas, y el fortalecimiento de dispositivos alternativos con base en la comunidad.

Desde el marco teórico, estos cambios implican no solo una modificación en la organización de los servicios, sino también en la concepción misma del padecimiento mental, que pasa a ser comprendido como un proceso atravesado por dimensiones sociales, económicas y culturales (Funk et al., 2009). En este sentido, el modelo comunitario en salud mental propone desplazar la centralidad del hospital psiquiátrico como dispositivo privilegiado de atención, promoviendo abordajes interdisciplinarios, intersectoriales, y sostenidos en el entorno cotidiano de las personas.

Sin embargo, la plena implementación de los lineamientos en la práctica concreta aún no logra desarrollarse de manera homogénea ni lineal. Los dispositivos de atención se encuentran afectados por diversas tensiones vinculadas a ciertas condiciones institucionales, a la disponibilidad de recursos, y a las propias características de las situaciones abordadas. En este sentido, los hospitales monovalentes en salud mental se presentan como un escenario especialmente significativo para analizar dichas transformaciones, en tanto concentran históricos debates acerca de la internación, la cronificación de los usuarios, y los procesos de reforma. A partir de esto, surge como problema de investigación indagar de qué manera se configuran las modalidades de abordaje en estos dispositivos, y en qué medida se articulan con los lineamientos del modelo comunitario, y del marco normativo vigente.

En este contexto, el presente trabajo se propone analizar estas modalidades en un servicio de internación en salud mental dentro de un hospital monovalente de gestión pública situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en relación con los

modelos de atención y la Ley Nacional de Salud Mental. A partir del relevamiento realizado mediante una entrevista a una profesional que se desempeña en dicho dispositivo, se busca indagar cómo se configuran las prácticas de intervención en la dinámica cotidiana, atendiendo a las tensiones, límites y posibilidades existentes en el ámbito institucional.

La relevancia del estudio se halla en la posibilidad de aportar a la comprensión de los procesos actuales de implementación de la ley en contextos reales de atención, particularmente en servicios que, históricamente, se asocian al modelo manicomial y al orden asilar. Asimismo, se considera un trabajo factible en tanto se basa en el acceso a un caso concreto de un servicio de internación y en una técnica de recolección de datos acotada, lo que permite realizar un análisis en profundidad de las prácticas relevadas. De este modo, el estudio busca contribuir a la reflexión acerca de los desafíos que implica la transformación del campo de la salud mental en la actualidad.

En términos generales, el análisis permitió identificar que las prácticas del servicio se orientan en función de lineamientos propios del modelo comunitario, al mismo tiempo que persisten tensiones y límites estructurales que dificultan su plena implementación. En este marco, se observa la coexistencia de distintas lógicas de atención, que se articulan en la dinámica cotidiana del dispositivo y dan cuenta de un proceso de transformación aún en curso.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cómo se configuran las estrategias de abordaje en un dispositivo de internación en salud mental en un hospital monovalente público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en relación con los modelos de atención y la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657?

OBJETIVOS

General

Analizar las modalidades de abordaje y las estrategias llevadas a cabo en un servicio de internación en salud mental en un hospital monovalente de gestión pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en relación con los modelos de atención y la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

Específicos

1. Describir teóricamente los modelos de atención en salud mental y su relación con las prácticas de abordaje.

2. Describir el marco normativo vigente en salud mental, con especial énfasis la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, y su vinculación con las modalidades de abordaje.

3. Analizar un servicio de internación en salud mental con el fin de caracterizar las estrategias y modalidades de abordaje desarrolladas en dicho dispositivo.

4. Identificar las tensiones, límites y posibilidades que atraviesan las prácticas de intervención en la dinámica institucional del servicio analizado.

Dado el carácter cualitativo, exploratorio y descriptivo del presente trabajo, no se formula una hipótesis en sentido estricto. El estudio se orienta a analizar en profundidad las modalidades de abordaje en el servicio seleccionado, a partir del material relevado, sin buscar la comprobación de relaciones causales.

ANTECEDENTES

Estado del arte

El proceso de transformación del campo de la salud mental en Argentina ha sido ampliamente abordado por diversos autores, quienes analizan el pasaje desde el modelo manicomial hacia un enfoque comunitario, enmarcado en una perspectiva de derechos humanos. En función de lo señalado, la literatura coincide en señalar que este cambio no implica una sustitución lineal de un paradigma por otro, sino que se configura a partir de tensiones, avances y persistencias en las prácticas institucionales.

En este contexto, la internación puede pensarse como una de las prácticas donde las mencionadas tensiones se hacen visibles, en tanto pone en juego decisiones clínicas, institucionales y sociales, que exceden lo estrictamente terapéutico. A partir de esto, se recuperan los aportes que permitan comprender cómo se despliegan estas prácticas en el contexto argentino, así como los desafíos que atraviesan en el marco del modelo comunitario vigente.

Procesos de desinstitucionalización y tensiones en la implementación del modelo comunitario:

La literatura reciente en salud mental en Argentina da cuenta de un proceso de transformaciones orientado hacia la desinstitucionalización y el desarrollo de un modelo de atención comunitario. En este sentido, Fernández Ventura y Sy (2025) señalan que la desinstitucionalización, en línea con la reforma psiquiátrica italiana impulsada por Franco Basaglia, no implica solamente la salida del usuario del hospital, sino una transformación más extensa que incluya la construcción de nuevos dispositivos alternativos, una reorganización de las prácticas, y la modificación de las relaciones de poder entre instituciones y sujetos. Desde este punto de vista, el cierre o la reducción de los hospitales monovalentes no resulta suficiente si las acciones no se acompañan con la creación de redes comunitarias que garanticen la continuidad de cuidados y el bienestar de los usuarios.

En el contexto argentino, estos procesos se desarrollaron de forma heterogénea, con significativos avances en algunas jurisdicciones, pero también con limitaciones en su implementación. Las autoras hacen mención a la coexistencia de prácticas basadas en un enfoque comunitario y de derechos, con dispositivos y lógicas de tipo manicomial que persisten en el sistema de salud mental (Fernández Ventura & Sy, 2025). Esta superposición de modelos ha sido conceptualizada como un "palimpsesto", donde diferentes paradigmas conviven y se tensionan en un mismo escenario (Fernández Ventura & Sy, 2025).

En esta misma línea, Deharbe y Lehn (2025) señalan que, si bien se han producido transformaciones en las prácticas a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, estas no han sido homogéneas ni exentas de conflictos (Deharbe y Lehn, 2025).

Los autores observan que los hospitales monovalentes aún funcionan como principales receptores de los casos más graves y crónicos, lo que sugiere la persistencia de una distribución diferencial de roles dentro del sistema de salud mental (Deharbe y Lehn, 2025). De este modo, si bien el marco normativo promueve un modelo comunitario e interdisciplinario, en la práctica aparecen tensiones entre los lineamientos teóricos y las condiciones reales de implementación.

Caracterización del sistema de salud mental, a partir de los datos del Censo 2019:

Con el objetivo de caracterizar las prácticas de internación en salud mental en Argentina, el primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (CNSM) (2019) se constituye como una fuente central, cuyos datos estadísticos permiten dimensionar la magnitud de la población internada, y las condiciones de permanencia en las instituciones, tanto públicas como privadas.

Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina llevó adelante este relevamiento, que constituye el primer registro nacional integral sobre internaciones por motivos de salud mental.

El censo relevó un total de 12.035 personas internadas en 162 instituciones, de las cuales 41 eran de gestión pública. El operativo se desarrolló en 21 jurisdicciones del país, a través de 181 operativos territoriales, y contó con la participación de aproximadamente 750 personas en el trabajo de campo.

Acerca de las características de la población internada, la media de edad corresponde a 50 años (mediana 51), con un rango que va desde los 7 hasta los 96 años; y una razón de masculinidad de 1,1, lo que da cuenta de una predominancia de varones dentro de la población censada.

En cuanto a las condiciones de internación, el informe demuestra un promedio de permanencia de 8,2 años, con un máximo de hasta 90 años de internación. Además, se registran diferencias según el tipo de establecimiento, con un promedio de 12,5 años en el sector público, y de 4,2 años en el sector privado. A su vez, el 30% de la población presenta internaciones de ocho años o más, lo que deja como evidencia procesos de cronificación dentro del sistema de salud.

En conjunto, estos resultados permiten caracterizar el sistema de salud mental argentino como un campo atravesado por internaciones prolongadas, heterogeneidad institucional y desigualdades; donde aún prevalecen los dispositivos de larga estadía, incluso en el contexto normativo que promueve la desinstitucionalización y la implementación de dispositivos con base en la comunidad.

En relación con el contexto local, y en continuidad con los datos relevados por el CNSM (2019), resulta pertinente recuperar antecedentes que permitan comprender el funcionamiento histórico de los dispositivos de internación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este sentido, el informe *Hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Informe Nº 2: Hospitales Neuropsiquiátricos*, elaborado por el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC, 2003), constituye un aporte relevante que caracterizó las lógicas institucionales previas a la consolidación del modelo comunitario.

El informe determina que los hospitales monovalentes, para ese entonces, funcionaban predominantemente bajo una lógica de tipo asilar, más orientada al

resguardo que al tratamiento y la rehabilitación. En este contexto, se señalan procesos de internación prolongada que favorecían la cronificación de los usuarios, fenómeno que los redactores conceptualizan como "fosilización del paciente" (CIPPEC, 2003). Este concepto define cómo el paso del tiempo en la institución resulta en la progresiva pérdida de lazos sociales, en conjunto con el incremento de dificultades para la posterior reinserción en la comunidad.

Asimismo, se evidenciaron bajos niveles de rotación de camas y extensos tiempos de permanencia, lo que reforzó la idea de un sistema basado en la institucionalización de prolongadas estadías (CIPPEC, 2003). Además, el informe señala que, a pesar de la existencia de marcos normativos que proponían dispositivos alternativos a la internación (como los contemplados en la Ley 448[1]), en la práctica estos recursos resultaban escasamente empleados, manteniendo así la fuerte centralidad del hospital monovalente (CIPPEC, 2003).

Por otro lado, el documento destaca que una parte significativa de la demanda en salud mental se vincula con problemáticas sociales y condiciones de vulnerabilidad, más que con cuadros de padecimiento de salud mental específicos o definidos, lo que refuerza la necesidad de abordajes integrales que excedan el encierro como única respuesta (CIPPEC, 2003).

En conjunto, estos antecedentes evidencian que las tensiones entre el modelo asilar y el paradigma comunitario no emergen únicamente de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, sino que son la continuación de un amplio proceso histórico, en donde las transformaciones normativas conviven con prácticas que no siempre se adecúan plenamente a dichos lineamientos.

Marco teórico

Capítulo I – Transformaciones en los modelos de atención en salud mental:

1.1 *El modelo manicomial: orígenes y características*

El modelo manicomial o asilar constituyó, durante gran parte de la historia, el principal tratamiento de las personas con padecimiento mental. El mismo fue

[1] Refiere a la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000), desarrollada en el Capítulo II del presente trabajo.

estructurado en torno a la internación prolongada en instituciones especializadas —principalmente hospitales monovalentes—, en donde el aislamiento total de las personas era concebido como la respuesta necesaria para una problemática, desde el punto de vista médico y social.

En este sentido, dichas instituciones funcionaron como dispositivos de segregación y control, orientados a expulsar de la comunidad y mantener lo más alejada posible, a aquellas personas identificadas como peligrosas, improductivas, e incapaces de funcionar en sociedad.

Las condiciones por las que el surgimiento del manicomio fue posible se configuran en diversas vías. En primer lugar, el confinamiento de la locura se logró gracias a las bases que sentaron estructuras previas de exclusión social y ordenamiento urbano, las cuales no eran originalmente médicas. Como plantea Michel Foucault (1961/1998), la institución asilar moderna no surgió de un descubrimiento clínico, sino que se montó sobre una matriz histórica de marginación. Cuando las grandes epidemias desaparecieron en Europa, aquellas instituciones destinadas al aislamiento de las personas no se destruyeron, sino que se reciclaron para albergar a la población que incomodaba al orden social. Al decir del autor, "desaparecida la lepra, olvidado el leproso, o casi, estas estructuras permanecerán. A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán, en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde" (p.19).

De esta manera, Foucault pone en relieve que la exclusión de aquello que altera el orden social es previa a la psiquiatría. En este sentido, el "loco" ocuparía el lugar vacío que le otorga el "leproso" dentro del ámbito asilar, consolidando así la clara división entre "nosotros" (quienes validan las normas de la sociedad) y "ellos" (los desviados que deben ser segregados).

En segundo lugar, a fines del siglo XVIII esta estructura de encierro se legitimó con el nacimiento de la psiquiatría, y el denominado "tratamiento moral". En este proceso, la locura deja de ser comprendida como una diferencia social para ser definida como enfermedad mental, susceptible de intervención médica. Bajo la premisa de una cura para el padecimiento mental, la medicina asilar de ese entonces confiscó a la locura, reduciendola a una enfermedad mental administrable, justificando así el encierro y control en manicomios.

En esta misma línea, se añadió asimismo la necesidad de clasificar y dividir los cuerpos. El psiquiatra Philippe Pinel (1804), en su obra fundacional, defendió este ordenamiento interno y sostuvo la importancia de implementar una distribución metódica de los alienados en diferentes departamentos de la institución asilar, argumentando que de esta manera se lograba supervisar de manera directa tanto su alimentación y limpieza, como el régimen moral y físico. Si bien este ordenamiento fue pensado e implementado como una mejora en las condiciones de tratamiento, en la práctica sólo reforzó los mecanismos de control y vigilancia dentro de la institución.

Esta distribución metódica inaugura formalmente la división por pabellones en los hospitales monovalentes, dejando ver cómo la reclusión no opera únicamente como un aislamiento con el mundo exterior, sino que además despliega un aislamiento interno, basado en el juicio clínico respecto al grado de peligrosidad que presente la persona con padecimiento mental.

En Argentina, el surgimiento del manicomio no surgió de manera aislada, sino que estuvo profundamente ligado a las lógicas imperantes de la época, basadas en el encierro carcelario y el control de las calles. Instalada la lógica manicomial, las primeras modalidades de atención a la entonces locura se organizaron en precarios espacios de reclusión conocidos como “loqueros”, en donde las prácticas de vigilancia, castigo y segregación, predominaban por sobre los criterios médicos de atención.

La autora Susana Lonigro en “Del paradigma manicomial al campo de la salud mental. Puntuaciones de su historia política en argentina” (2015) realiza una reconstrucción histórica acerca de los principales hitos en materia de salud pública en el país. Tomando los aportes José Ingenieros, relata que su obra La locura en Argentina (1919) reflejó las condiciones de degradación a las que eran sometidas las personas con padecimientos mentales, describiendo cómo se encontraban sometidas a los “encierros en las cárceles, a los desencantamientos, a las palizas o las sangrías” (Ingenieros, 1919, citado en Lonigro, 2015, p. 6). Este trato cotidiano carecía de cualquier perspectiva clínica y humanitaria:

> Desde la época colonial hasta gran parte del siglo XIX, permanecían encadenados en sus propias deyecciones, amansados a fuerza de ayunos, de palos y de duchas y aún de ataques degradantes en grupos para probar si fingían, o entregados por su conducta menos agitada y más tolerable, como sirvientes

perpetuos, cuando no como bufones, a familias adineradas. (Ingenieros, 1919, citado en Lonigro, 2015, p. 6).

En el antiguo Hospital de Hombres[2], por ejemplo, imperaba una violencia estructural en donde "los alienados vivían en completa aglomeración, muchos de ellos sin otra cama que el desnudo y frío suelo, en calabozos húmedos, oscuros y pestíferos" (Ingenieros, 1919, citado en Lonigro, 2015, p. 7).

Entre 1880 y 1910, la institución psiquiátrica como tal, se estableció sobre las bases del positivismo y el alienismo francés. Según Hugo Vezzetti, "el mantenimiento y restablecimiento de la salud, incluidos sus componentes 'mentales', forman parte principal de la organización y control de la población laboral" (citado en Lonigro, 2015, p.7). De esta manera, la internación comenzó a operar como un "modo de regulación de una masa flotante de marginalidad" (citado en Lonigro, 2015, p.7).

Fue en esta época en donde se consolidaron las primeras instituciones emblemáticas que materializaron esta lógica de exclusión. Por su lado, El Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano abrió sus puertas en 1854, y nació en una "matriz ambigua que superpone la libertad para las mujeres que estaban encerradas en las cárceles, y el encierro para las que deambulaban por los suburbios" (Lonigro, 2015, p. 8). En este contexto, las prácticas implementadas dentro de la institución no se basaban en un abordaje médico, sino que estaban regidas por la regulación moral y religiosa de la conducta, promoviendo así hábitos de trabajo y buena conducta como indicadores de cordura. En este sentido, "la presencia de monjas hacía visible una raíz religiosa que asimilaba la locura al pecado" (Lonigro, 2015, p. 8), bajo la idea de que mediante la voluntad, el trabajo y la oración, sería posible su superación. De este modo, la función médica quedaba relegada a intervenciones breves y esporádicas.

En este mismo período, el Hospital de los Alienados — actual Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda— comenzó a configurarse como otra de las instituciones destinadas al encierro, principalmente a hombres. El hospital se inscribió en la misma lógica que el Hospital Moyano, aunque luego incorporaría una organización más sistemática de tratamiento.

[2] El antiguo Hospital de Hombres (que en la época colonial se llamó Hospital de San Miguel y luego Hospicio de San Buenaventura) fue un depósito de encierro, convertido en lo que hoy es el Hospital Borda.

En este proceso de institucionalización, el Hospital de Alienados se constituyó como un dispositivo clave en la consolidación del modelo manicomial en Argentina. Creado originalmente por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires en 1858 bajo el nombre de Hospicio de San Buenaventura, e inaugurado formalmente en su sede definitiva en 1883 como Hospicio de las Mercedes, el establecimiento se destinó principalmente al encierro de hombres.

En sus inicios, las condiciones de reclusión y hacinamiento del lugar eran extremas; al decir de Lonigro, "no se diferenciaban de las cárceles de las cuales provenían los primeros internos" (Lonigro, 2015, p. 8). Sin embargo, el hospital comenzó a incorporar criterios de clasificación, en conjunto con una organización más sistemática de tratamiento basada en los principios del alienismo[3]. En 1876, su director, el Dr. Lucio Meléndez, instauró la doctrina y la tecnología del alienismo inspirado en Esquirol[4]. Ante el gran aumento de las internaciones que obligó a ampliaciones edilicias, Meléndez solicitó la construcción de pabellones aislados, "de tal modo que queden separados del antiguo por medio de jardines espaciosos que sirvan de recreo a los insanos, permitiendo a la vez fácil entrada a la luz y el aire de que hoy carecen en alto grado" (Ingenieros, 1919, citado en Lonigro, 2015, p. 8).

La misma lógica de confinamiento y expansión edilicia por fuera de la Capital Federal, dio lugar a la creación de otros dos emblemáticos efectores de salud mental: el Hospital Alejandro Korn en Melchor Romero (1884) y la Colonia Open Door en Luján (1899). El primero de ellos, ubicado en La Plata, nació como un asilo cuyo fin era el de descomprimir la saturación de pacientes crónicos de la ciudad de Buenos Aires, caracterizándose, en sus inicios, por una extrema precariedad material y edilicia (Lonigro, 2015, p. 8). Por su parte, la creación de la Colonia de Luján introdujo en el país el régimen de "puertas abiertas" basado en el trabajo agrícola. De todas maneras, pese a basarse en la ausencia de muros institucionales con el fin de propiciar una

[3] El alienismo, corriente médico - psiquiátrica desarrollada en el siglo XIX a partir de los aportes de Philippe Pinel y Jean-Étienne Esquirol, introdujo una concepción de la locura como enfermedad mental y promovió su abordaje en el ámbito asilar mediante prácticas de observación, clasificación y organización institucional. Foucault (1998) señala que estas transformaciones no implican la desaparición del encierro, sino su reorganización bajo formas de control médico.

[4] Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) fue un médico francés clave en el nacimiento del alienismo (la antigua psiquiatría). Su gran aporte fue proponer dejar atrás el encierro puramente carcelario para pasar a un tratamiento médico, defendiendo la necesidad de clasificar a los pacientes y atenderlos en hospitales diseñados con pabellones especiales para su recuperación.

aparente humanización, ambos dispositivos compartieron la misma función: operar como depósitos de aislamiento para la población marginal que resultaba “disfuncional” a las dinámicas urbanas de la época (Lonigro, 2015, p. 8).

Habiendo desarrollado los comienzos de los dispositivos manicomiales en el país, resulta fundamental registrar las primeras fisuras en la lógica de reclusión y tutela. A mediados del siglo XX, el primer ministro de salud de Argentina, el Dr. Ramón Carrillo, protagonizó el primer hito de ruptura, basando su política sanitaria en la justicia social.

Carrillo propuso reemplazar el término “alienados” por el de “enfermos mentales” a la vez que denunció la realidad asilar del país, señalando que “la forma en que son estibados en ellos los enfermos, obliga a calificar, en muchos casos, a esos establecimientos como reducideros humanos” (Carrillo, 1974, citado en Lonigro, 2015, p. 11). Carrillo introdujo una propuesta disruptiva, fuertemente resistida por los médicos higienistas de la época, basada en la creación de servicios específicos de internación en hospitales generales, afirmando que “no existe ninguna incompatibilidad funcional con los hospitales generales". Los inconvenientes sólo existen en la cabeza de los clínicos que no saben psiquiatría” (Carrillo, 1974, citado en Lonigro, 2015, p. 11), proyectando, además, Centros de Psiquiatría Preventiva cuya acción “no se cumple dentro de sus muros sino fuera de ellos, en el ámbito económico-social y familiar” (Carrillo, 1974, citado en Lonigro, 2015, p. 11).

En las décadas de 1950 y 1960, se comienza a consolidar el pasaje de la psiquiatría tradicional al campo de las políticas de salud mental. Este proceso estuvo condicionado por la emergencia de saberes no médicos – como psicólogos y trabajadores sociales –, y por la experiencia revolucionaria del psiquiatra Mauricio Goldenberg en el Hospital de Lanús, en 1956. Goldenberg comprendía que los hospitales monovalentes no podían reformarse desde adentro y, cómo concuerda Vezzetti, “no hay reforma que pueda focalizarse sólo en el manicomio. Es la estructura y la organización de la asistencia en salud mental en su conjunto la que debe ser transformada para promover un cambio del paradigma que tiene al encierro como fundamento y recurso último del tratamiento…” (Vezzetti, 2006, citado en Lonigro, 2015, p. 14).

En este contexto de revisiones, se instaló en el hospital un servicio interdisciplinario, acompañado de sectores de internación en hospital general, hospitales de día, y extensión comunitaria.

En 1984, con el regreso de la democracia en Argentina, la Dirección Nacional de Salud Mental a cargo del Dr. Vicente Galli, intentó reestructurar el sector bajo los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud (APS)[5]. Sin embargo, los primeros obstáculos se relacionaban con los límites estructurales existentes en la Capital Federal, puesto que la Dirección Nacional sólo controlaba los efectores monovalentes tradicionales. Galli reconoció que "no se puede cambiar el funcionamiento de un hospital psiquiátrico si no cambia toda la estructura de concepción y de organización de la red de salud mental en conjunto" (Lonigro, 2015, p. 17).

Por el lado de las provincias, los pasos definitivos de reforma sí fueron posibles, en sintonía con la posterior Declaración de Caracas (1990), la cual representó un hito fundamental en la promoción de la reestructuración de la atención psiquiátrica hacia un modelo comunitario en América Latina. En Río Negro se creó su programa de Salud Mental en 1985 y, para el año 1988, ya había sido posible el cierre definitivo del Hospital Psiquiatrico de Allen. En 1991, se sancionó la Ley 2440[6] de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen sufrimiento mental que prohibió la habilitación de manicomios, neuropsiquiátricos y cualquier equivalente, fuera público o privado, que no se adecuara a los principios de la ley. Asimismo, determinó en su artículo 1º, que "La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. La internación implicará que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio..." (Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen sufrimiento mental, Río Negro, 1991, citado en Lonigro, 2015, p. 17).

Por su parte, en la provincia de Santa Fe se estableció un marco similar mediante la Ley Provincial de Salud Mental N.º 10.772[7], la cual dictaminó que primarían las

[5] La APS es una estrategia integral que concibe a la salud como un derecho humano fundamental, priorizando el primer nivel de atención, la prevención, la descentralización y la participación comunitaria para garantizar un acceso equitativo (Organización Mundial de la Salud, 1978).
[6] La Ley Provincial N.º 2440 fue sancionada por la Legislatura de la provincia de Río Negro el 11 de septiembre de 1991. Disponible en: https://salud.rionegro.gov.ar/salud-mental-comunitaria-y-consumos-problematicos/ley-2440
[7] La Ley Provincial N.º 10.772 fue sancionada por la Legislatura de la provincia de Santa Fe el 29 de noviembre de 1991. Disponible en: santafe.gov.ar

alternativas que menos restrinjan la libertad de las personas, priorizando así que las mismas se mantuvieran cerca de su núcleo familiar y social. Bajo esta línea, la internación sólo se produciría siempre y cuando las circunstancias no permitieran la implementación de opciones menos restrictivas, estando orientada a la recuperación y egreso de la persona en el menor tiempo posible.

A fines de efectivizar el cambio, la ley fijó un plazo máximo de tres años para la transformación de las instituciones, determinando que

> El estado arbitrará los medios conducentes al objetivo fijado y promoverá la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas, servicios de salud mental en hospitales generales, con y sin internación, atención domiciliaria en salud mental, servicios de emergencia en salud mental, centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, hospitales o casas de medio camino, talleres protegidos, etc. Deberá asimismo reconocer como propuestas válidas los recursos propios de la comunidad. (Chiarvetti, 2008, p. 177).

Asimismo, la provincia de Entre Ríos estableció pautas de sustitución gradual de las instituciones monovalentes, determinando mediante su normativa que, por cada cama que se habilitara en los nuevos Centros Departamentales de Salud Mental, se darían de baja de manera proporcional cinco camas en los hospitales psiquiátricos tradicionales, obligando a los establecimientos existentes a funcionar bajo el sistema de puertas abiertas (Lonigro, 2015, p. 17).

Durante la década de 1990, las críticas a la lógica asilar se intensificaron luego de graves crisis institucionales, como la muerte de 32 pacientes por desnutrición en el Hospital Moyano, en 1990 (Chiarvetti, 2008, p.177). En este contexto, los proyectos de reforma impuestos hasta el momento encontraron resistencias por el lado gremial estatal, específicamente la Asociación Trabajadores del Estado (ATE) y la Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN). El director nacional de Salud Mental, el Dr. Ángel Fiasché, señaló que “Los sindicatos no han ayudado. Sus intereses estuvieron siempre por encima de la transformación de los hospitales” (citado en Chiarvetti, 2008, p. 177), lo que evidenció que determinados sectores aún defendían la estructura monovalente en función de sus propios intereses.

Pese a las resistencias, en 1998 se emitió la Resolución 245/98, un Plan Nacional que estableció formalmente una "estrategia de desmanicomialización mediante la adecuación paulatina de los hospitales psiquiátricos, consolidando otras estrategias alternativas a los mismos" (Chiarvetti, 2008, p. 8). Sin embargo, durante los años 2000 se produjo un retroceso en el plano discursivo, ya que se sustituyó el término "desmanicomialización" por expresiones ambiguas, como "estrategias transformadoras de los dispositivos existentes". En este contexto, y en torno a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2001), se sancionó en el año 2010 la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, que consolidó un marco jurídico que reconoce a las personas con padecimiento mental como sujetos plenos de derecho.

1.2 Críticas al modelo manicomial y proceso de transformación

Habiendo establecido el paradigma en el que se desarrollaron los primeros tratamientos y la asistencia en salud mental a nivel global, resulta indispensable comprender cuáles fueron los principales cuestionamientos que sentaron las bases para la crisis del orden asilar, y el consecuente pasaje hacia el modelo comunitario. La crítica al dispositivo manicomial no devino únicamente de la discusión clínica, sino que implicó, además, una profunda revisión ética y política alrededor de la continuidad de las instituciones monovalentes.

El modelo manicomial, consolidado como eje central de la atención en salud mental, progresivamente comenzó a ser cuestionado a partir de mediados del siglo XX. En este contexto, diversos cuestionamientos éticos y políticos evidenciaron que la institución asilar tradicional no funcionaba como efector de salud, sino como un dispositivo de segregación.

Históricamente, el campo de la salud mental estuvo caracterizado por lo que se denominó como Modelo Médico Hegemónico. Tal como señala Bustamante (2025), esta perspectiva basaba su práctica en el diagnóstico y tratamiento individualizado, donde "trabajar en salud mental equivalía a trabajar con enfermedades mentales, con la locura y con cuestiones que estaban por fuera de la normalidad" (Bustamante, 2025, p. 5). La principal crítica a este modelo radica en la tendencia característica del mismo de recortar las experiencias de sufrimiento psíquico, interpretándolas sólo como patologías clínicas, aplicando la lógica clínica desconectada del contexto socio ambiental de las

personas, y dejando de lado las condiciones que pudieran originar o agravar el sufrimiento. (Bustamante, 2025)

Frente al paradigma hegemónico, autores como Emiliano Galende cuestionaron la eficacia y la ética del orden asilar, al señalar que el concepto de "enfermedad" (propio del orden de lo biológico y de la salud física) resulta insuficiente, por lo que debería ser sustituido en este campo por el concepto de malestar. Desde esta mirada, el malestar es definido por la presencia de síntomas en la sensibilidad y el pensamiento, que expresan una pérdida de bienestar en relación con el cuerpo, la vida social, el vínculo con los otros y la propia conciencia de sí. En este sentido, la crítica al aislamiento radica en que, si se reduce al sujeto a una mera etiqueta biológica y se lo somete al encierro, el sistema así desconoce que la salud mental está íntimamente relacionada con el sufrimiento de la propia existencia (Galende, citado en Bustamante, 2025, p.3) De este modo, el dispositivo de encierro no haría más que profundizar ese sufrimiento, en lugar de alojarlo.

A modo de dimensionar la gravedad de las situaciones de encierro en Argentina, resulta necesario considerar los datos históricos disponibles. Entre los años 2006 y 2007, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) junto a Mental Disability Rights Internacional (MDRI), realizaron una investigación que dio como resultado el informe Vidas Arrasadas (2007). El documento expuso la situación de aproximadamente 25.000 personas internadas en instituciones psiquiátricas asilares, dejando en evidencia que el hospital psiquiátrico funcionaba más como un dispositivo de control social que uno de atención de la salud.

El informe reveló que más del 80% de la población que ocupaba camas psiquiátricas permanecían institucionalizadas hacía más de un año, y varias personas llevaban una internación de por vida debido a, en la mayoría de los casos, la fuerte ausencia de recursos habitacionales y comunitarios. Asimismo, el informe constató condiciones de hacinamiento crítico y prácticas sistemáticas que vulneraban derechos: aislamiento prolongado, sobremedicación con fines de control institucional, y el uso de

sujeciones mecánicas extendidas[8]. De este modo, el informe evidenció que el dispositivo asilar operaba como un espacio de segregación antes que de salud.

Estas situaciones de encierro sostenidas bajo una supuesta lógica asistencial evidencian, en la práctica, una profunda ineficacia terapéutica. Tomando las ideas de Hugo Cohen, la internación dentro de la institución manicomial tradicional implica el gran riesgo de mover a la persona de su medio y despojarla de sus redes más cercanas, alejandóla así de sus vínculos, su hogar, y sus referencias cotidianas. (Cohen et.al., 2013). En lugar de favorecer la recuperación, el encierro debilita todo recurso social que el sujeto posea, y contribuye a la cronificación del padecimiento.

El resultado de la lógica institucional es la producción de cronicidad. En este sentido, la crítica al modelo asilar se centró en demostrar que el deterioro de las personas que continuaban internadas a largo plazo, no constituyó solamente una consecuencia de su patología, sino un efecto producido por el encierro. El Dr. Ángel Fiasché describió esta realidad cuando caracterizó al manicomio como un "sistema de almacenes donde se juntan enfermos psiquiátricos con pacientes geriátricos y personas sin red social, que permanecen allí durante años" (citado en Chiarvetti, 2008, p.177). Así, el monovalente psiquiátrico operó como un depósito de marginalidad, donde los sujetos perdían progresivamente su autonomía.

Frente a este escenario de ineficacia terapéutica, vulneración de derechos y producción de cronicidad, resultó evidente que los problemas en torno a la salud mental, no podían resolverse dentro del propio manicomio. Esto abrió paso a la necesidad de transformar las formas de atención, lo que dio lugar a los procesos de desmanicomialización y al desarrollo de dispositivos de atención con base en la comunidad.

1.3 *Movimientos de reforma psiquiátrica y procesos de desmanicomialización*

La segunda mitad del siglo XX representó un quiebre en la historia de la atención al padecimiento mental, caracterizado por los movimientos de reforma que cuestionaron las bases de la antigua psiquiatría asilar custodio-positivista (Chiarvetti,

[8] La contención mecánica es una medida terapéutica extraordinaria que limita intencionadamente la libertad de movimiento del paciente, utilizándose sólo en emergencias para evitar daños a sí mismo o a terceros. Según González López y Penas Busto (2025), debe aplicarse de la manera menos restrictiva posible y por el menor tiempo necesario.

2008). Los mismos surgieron en un contexto de posguerra, y nacieron como un intento de reemplazar al manicomio, dando lugar a la aparición de políticas más humanizadas en el ámbito de la salud mental (Lodieu, et al., 2012).

Este escenario impulsó lo que Chiarvetti define como "una transformación organizativa en materia de salud mental" (Chiarvetti, 2008, p.180), y fue un proceso en el cual se promovió la gradual sustitución del hospital psiquiátrico, y su progresivo desmantelamiento. (Chiarvetti, 2008). Asimismo, resulta importante la visión de Emiliano Galende al respecto de los movimientos institucionales del siglo XX, quien considera que estos procesos resultan de los modos históricos particulares en que los problemas de salud mental se plantearon y abordaron por motivos teóricos, políticos y prácticos. (Chiarvetti, 2008). Además, el auge de los derechos humanos luego de la Segunda Guerra Mundial, instaló el debate frente a las dificultades de la psiquiatría tradicional, y fue motor para el posterior cuestionamiento social a las instituciones de encierro, cuya lógica de poder guardaba estrecha similitud con los campos de exterminio. (Chiarvetti, 2008). En este contexto, la desmanicomialización se presentó como una ruptura radical que encontró, en la salud mental comunitaria, el horizonte para restituir la condición ciudadana de los sujetos. (Chiarvetti, 2008).

Movimientos internacionales de reforma:

Los procesos de reforma psiquiátrica que marcaron precedente a nivel internacional se ubican en cuatro experiencias específicamente: Inglaterra, Francia, Estados Unidos e Italia. Entre ellas, la experiencia italiana adquiere un lugar central en el proceso de transformación del modelo asilar, en tanto permitió avanzar con la crítica al hospital psiquiátrico tradicional, y la propuesta de alternativas concretas a este. En este marco, la figura de Franco Basaglia resulta indispensable. A través del movimiento de la *psiquiatría democrática,* fue impulsado un cuestionamiento de fondo al hospital psiquiátrico tradicional, en dónde se rechazó la idea de reformar el manicomio desde adentro, y se propuso, en cambio, su transformación total (Lodieu et al., 2012). El marco teórico que sostiene esta experiencia fue desarrollado por el psiquiatra italiano Franco Basaglia en sus conferencias en Brasil, reunidas en *La condena de ser loco y pobre* (Basaglia, 1980/2008), en donde define al manicomio como una institución ligada más al control social que a la cura, especialmente dirigida hacia sectores socialmente vulnerables (Basaglia, 1980/2008).

Basaglia asume la dirección del Hospital Psiquiátrico de Gorizia en 1961, y es allí cuando comienza a cuestionar la lógica manicomial, y decide intervenir desde adentro. A partir de la experiencia en Gorizia, Basaglia comenzó a visibilizar cómo el dispositivo asilar reducía a las personas a diagnósticos y clasificaciones, dejando de lado su dimensión subjetiva (Basaglia, 1980/2008). Frente a esta lógica, el equipo que acompañó a Basaglia adopta una posición política y ética muy clara: no era posible pensar el tratamiento, sin considerar las condiciones de las personas que se encontraban internadas. Partiendo desde ahí, el trabajo se orientaría a desarmar, de modo progresivo, las prácticas represivas de la institución.

En este escenario se implementaron cambios significativos, como la apertura de pabellones, la eliminación de prácticas coercitivas (como las camisas de fuerza); y la incorporación de espacios de participación, como las asambleas entre profesionales y pacientes (Lodieu et al., 2012). Sin embargo, los cambios no estuvieron exentos de tensiones: la circulación de las personas internadas por fuera del encierro, generó fuertes resistencias vinculadas al estigma de la peligrosidad.

El conflicto terminaría intensificándose a partir de un trágico hecho en Gorizia, cuando un paciente externado asesinó a una mujer, lo que derivó en un proceso judicial donde Basaglia fue acusado como responsable. Si bien resultó absuelto, el episodio echó luz a las fuertes tensiones sociales que atravesaban la reforma, y reforzó la necesidad de cuestionar la idea de peligrosidad asociada al padecimiento mental.

Tiempo más tarde, en la ciudad italiana de Trieste, las transformaciones impulsadas por Basaglia se profundizaron. Allí, fueron modificados aspectos centrales de la vida institucional, entre ellos: la eliminación de signos visibles del encierro, la flexibilización de la circulación de las personas; a la vez que se erradicaron prácticas violentas, y se promovieron condiciones de vida más cercanas a la cotidianidad, como el trabajo.

En este proceso, Basaglia propone revisar la centralidad del diagnóstico, planteando la idea de *crisis* como una nueva manera de pensar al padecimiento, en relación con el contexto y la historia de cada persona. Esta noción permite recuperar la dimensión subjetiva de las personas, y obliga a repensar el lugar del profesional, dejando de lado la posición de control, para adoptar una postura basada en un vínculo más horizontal. (Basaglia 1980/2008)

Esta articulación de trabajo entre profesionales de la salud, sumado a las demandas de los sindicatos y las fuerzas populares, culminó con la sanción de la Ley 180 en mayo del año 1978 (Lodieu et al., 2012). La normativa nacional dispuso transformaciones estructurales inéditas, en donde primó la atención comunitaria por sobre todo.

Los principales lineamientos que destacan esta reforma psiquiátrica constituyen: el cierre gradual de los hospitales psiquiátricos, prohibiéndose nuevas construcciones e ingresos en los establecimientos ya existentes. Asimismo, la apertura de centros de Salud Mental Comunitaria como eje de una nueva red asistencial para la prevención, rehabilitación y cura. A su vez, la obligatoriedad de que los tratamientos sean por norma voluntarios, y se rijan por principios de rehabilitación en servicios territoriales extrahospitalarios. Por otro lado, la regulación del Tratamiento Sanitario Obligatorio (TSO) para situaciones excepcionales de urgencia, en donde la persona rechace la intervención. El TSO debe ser solicitado por un médico, validado por otro profesional del servicio sanitario, y limitado a un breve período de no más de 7 días, pudiendo ser renovables bajo las mismas garantías. Este tratamiento no debe regirse por el principio de peligrosidad, ni por el escándalo público. (Lodieu et al., 2012).

En contraste con la experiencia italiana, algunos años previos otros países ya habían comenzado a cuestionar el orden asilar y a impulsar procesos de reforma, aunque no consiguieron desmantelar completamente la estructura del hospital monovalente.

En Reino Unido se implementaron las *comunidades terapéuticas* recomendadas por la OMS en 1953, como una alternativa para el abordaje de la salud mental (Lodieu et al., 2012). Este cambio buscaba introducir una mayor horizontalidad dentro de los dispositivos, permitiendo que las personas internadas pudieran participar en la organización de su tratamiento mediante espacios de asamblea. Sin embargo, al ser desarrolladas dentro del hospital psiquiátrico, no lograron modificar de fondo la estructura jerárquica, lo que limitó su alcance y no logró erradicar la posición verticalista del tratamiento.

En Francia, la llamada *política del sector* organizó la atención en territorios geográficos definidos, asignando equipos responsables de la salud mental de una población específica, basándose en la georreferencia y la división por sectores. (Lodieu et al., 2012). Esto permitió acercar la atención a la comunidad mediante dispositivos

móviles, evitando en algunos casos la internación. Sin embargo, su implementación no contó con gran éxito, ya que las limitaciones se relacionaban con la falta de recursos humanos, y ciertas prácticas institucionales seguían aún muy arraigadas, por lo que los hospitales psiquiátricos continuaron funcionando con normalidad (Chiarvetti, 2008).

Finalmente, en Estados Unidos la reforma se desarrolló bajo la noción de *Psiquiatría Comunitaria,* impulsada a partir de la Ley Kennedy[9] (Lodieu et al., 2012). Si bien el objetivo era acercar la atención a la comunidad, en la práctica estos dispositivos terminaron reproduciendo lógicas asilares en espacios más pequeños, lo que los llevó a denominarse como "mini manicomios" (Lodieu, et al., 2012). A diferencia de Italia, el sistema estadounidense no consiguió desarticular la estructura manicomial de base.

Por el lado de América Latina, los procesos de reforma tomaron impulso a partir de acuerdos regionales que establecieron claros lineamientos acerca de la reorganización de la atención en salud mental . En este marco, resultan fundamentales la Declaración de Caracas en 1990 y el Consenso de Panamá en 2010, ambos impulsados por la OMS y la OPS, documentos que ponen el foco en la necesidad de orientar la asistencia en salud mental hacia el primer nivel de atención, y en fortalecer el modelo comunitario como principal alternativa. Además, se enfatiza en la necesidad de una reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud, ya que la misma "no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva" (Declaracion de Caracas, 1990)

La Declaración de Caracas fue organizada por la OPS en el año 1990, con la finalidad de debatir la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Participaron autoridades de salud, profesionales del campo, organizaciones, asociaciones y juristas, entre otros. El documento plantea que el hospital psiquiátrico como único lugar de atención no resulta favorable, y comienza describiendo el estado de situación de la región.

[9] Refiere a la Ley de Construcción de Centros Comunitarios de Salud Mental y Discapacidad Intelectual (*Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act*), firmada por el presidente John F. Kennedy el 31 de octubre de 1963 (Pub. L. No. 88-164). Esta normativa federal otorgaba financiamiento público para sustituir los macro-hospitales asilares por una red comunitaria local de tratamiento ambulatorio.

En este sentido, se justifica que el hospital psiquiátrico como única modalidad asistencial no permite el logro de los objetivos de una atención comunitaria, ya que aísla a la persona de su medio, genera discapacidad social, produce condiciones que ponen en riesgo sus derechos humanos y civiles; además de concentrar la mayor parte de los recursos financieros y humanos. Frente a esto, se propone una reestructuración de la atención psiquiátrica articulada con la Atención Primaria de la Salud y los Sistemas Locales de Salud, promoviendo modelos alternativos centrados en la comunidad y en sus redes sociales.

Asimismo, se plantea que las legislaciones de los países deben adecuarse para garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental y promover la organización de servicios comunitarios que permitan efectivizar estos principios. Finalmente, se convoca a distintos actores —ministerios de Salud y Justicia, parlamentos, sistemas de seguridad social— a acompañar este proceso de transformación.

En octubre de 2010, OPS y OMS, junto con el auspicio del gobierno de Panamá, convocaron la Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá. En este encuentro participaron trabajadores de salud mental de la región, autoridades nacionales, organizaciones de derechos humanos, instituciones académicas, centros colaboradores, así como usuarios de los servicios y sus familiares.

El Consenso de Panamá, elaborado veinte años después de la Declaración de Caracas, reconoce que, a pesar de los avances logrados y de las múltiples iniciativas desarrolladas, aún persisten serias limitaciones en la implementación efectiva de políticas y planes de salud mental. En particular, señala que las acciones orientadas a superar la hegemonía del modelo centrado en hospitales monovalentes, continúan siendo insuficientes.

Al mismo tiempo, destaca la evidencia de experiencias comunitarias exitosas a nivel local y nacional, que han permitido generar mayor conciencia tanto en los gobiernos como en la población. En este marco, se convoca a los distintos actores a fortalecer el modelo de salud mental comunitaria en la región, poniendo en el centro la protección de los derechos humanos, especialmente el derecho de las personas a vivir de manera independiente y en la comunidad. Finalmente, el documento plantea como

horizonte la construcción de un continente sin manicomios, proyectando este objetivo hacia el año 2020.

En este marco, la incorporación del enfoque de derechos humanos se vuelve un eje central del modelo de salud mental comunitaria, implicando el desarrollo de dispositivos territoriales que permitan sostener a las personas en su entorno (Chiarvetti, 2008). Esto incluye servicios en hospitales generales, centros de atención primaria y estrategias de acompañamiento comunitario que eviten el desarraigo.

A nivel global, este cambio fue respaldado por la OMS en su informe sobre la Salud en el Mundo 2001, en donde se plantea la necesidad de reducir la centralidad de los hospitales psiquiátricos y avanzar hacia dispositivos comunitarios, articulados con servicios en hospitales generales y apoyo domiciliario (Chiarvetti, 2008). De todas maneras, se advierte que la desinstitucionalización no implica simplemente cerrar hospitales, sino construir alternativas reales en la comunidad. Para ello, se señalan tres componentes fundamentales: prevenir internaciones innecesarias, favorecer el retorno a la comunidad de personas con internaciones prolongadas y garantizar redes de apoyo sostenidas en el territorio (Chiarvetti, 2008).

En línea con estos desarrollos, los aportes del campo de la salud mental comunitaria refuerzan la importancia del primer nivel de atención como espacio estratégico para intervenir. Esto supone trabajar de manera articulada con distintos actores sociales e institucionales, ampliando las prácticas de cuidado más allá del ámbito hospitalario.

Tal como señala Hugo Cohen, el problema no radica únicamente en la internación durante una crisis, sino en las condiciones de vida de las personas una vez finalizada esa crisis, lo que pone el foco en la necesidad de sostener los cuidados en la vida cotidiana. (Moreno et al., 2021).

En Argentina, estas transformaciones encuentran un marco normativo en la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Experiencias como las desarrolladas en el Municipio de San Martín[10] demuestran que la implementación del modelo comunitario requiere, principalmente, fortalecer el primer nivel de atención y consolidar equipos

[10] Se refiere al Programa de Salud Mental del Municipio de San Martín, implementado a partir de 2014, que desarrolla un modelo de atención territorial y comunitario desde el primer nivel de atención en salud.

interdisciplinarios que trabajen en el territorio (Moreno et al., 2021). Esto implica desarrollar prácticas institucionales que aborden la salud mental en la vida cotidiana de las personas, promoviendo su participación activa; como así también implica la recuperación de los saberes propios de la comunidad. (Moreno et al., 2021). De esta manera, la voz de los usuarios adquiere un lugar primordial, y se favorece la construcción de proyectos de vida cada vez más autónomos.

En síntesis, los procesos de reforma demuestran un recorrido hacia la consolidación del modelo comunitario, donde la superación del encierro no implica únicamente una cuestión técnica, sino principalmente ética. Para restituir derechos y subjetividad a la comunidad históricamente excluida, se deben construir formas de atención que permitan sostener el padecimiento en el lazo social.

1.4 *El modelo de salud mental comunitaria: hacia un nuevo paradigma de atención.*

El presente modelo se consolidó como el resultado de procesos históricos de transformación, que implicaron el fuerte cuestionamiento de las bases del paradigma asilar. A diferencia del modelo manicomial centrado en el encierro, la segregación y la medicalización del padecimiento, este nuevo enfoque propone situar a la atención en el espacio donde las personas viven, se vinculan, y desarrollan su vida cotidiana. No se trata solo de mover el lugar de atención, sino que implica un cambio en la manera en la que se entiende a la salud mental, y en las respuestas institucionales construidas en torno a ella (Funk et al., 2009).

En esta línea, los desarrollos impulsados por la Organización Panamericana de la Salud señalan que el hospital psiquiátrico como modalidad central de atención no sólo resulta insuficiente, sino que puede generar efectos iatrogénicos a largo plazo. Cuando las personas son sometidas a un aislamiento prolongado de sus vínculos familiares, sociales y comunitarios, se produce un impacto negativo en los procesos de recuperación, y resulta en un debilitamiento de sus redes de apoyo, lo que dificulta la posibilidad de sostener proyectos de vida. Por el contrario, la atención con base en la comunidad permite intervenir en el contexto real en el que se produce el padecimiento, favoreciendo así respuestas más integrales y sostenidas en el tiempo. (Funk et al., 2009)

La salud mental deja de pensarse como sólo un problema individual, para pasar a comprenderse en relación con condiciones sociales, económicas y culturales. Esto

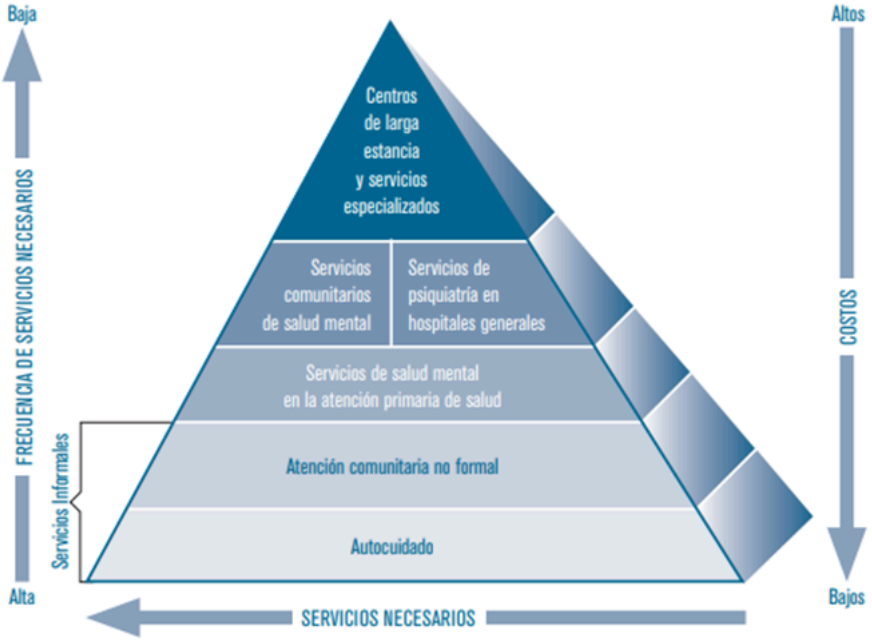
implica reconocer que el padecimiento no puede ser separado del entorno en el que se inscribe, y que su abordaje requiere indudablemente una articulación entre múltiples actores e instituciones. En este marco, el modelo comunitario promueve un trabajo intersectorial e interdisciplinario, que involucra la articulación de múltiples saberes, y el trabajo mancomunado entre los ámbitos de educación, trabajo, vivienda, justicia, y políticas sociales. A su vez, el modelo implica un cambio en la posición de los profesionales de la salud. Ya no se trata de intervenir solamente desde un saber técnico centrado en la patología, sino de trabajar en conjunto con otros actores, reconociendo la importancia de los saberes comunitarios, y promoviendo la participación activa de los usuarios y sus familias, lo que supone una práctica horizontal. Se introduce asimismo una perspectiva situada en los derechos humanos, en la cual las personas con padecimiento mental son reconocidas como sujetos de derecho (Funk et al., 2009).

En términos de organización, la OMS plantea la necesidad de construir sistemas de atención integrados, donde la salud mental forme parte de los servicios generales de salud. Esto supone la descentralización de los hospitales psiquiátricos, para avanzar hacia una red de dispositivos alternativos, articulados entre sí y distribuidos en el territorio. De esta manera, en lugar de concentrar la atención en instituciones cerradas, se propone un modelo basado en la proximidad, accesibilidad y continuidad de cuidados (Funk et al., 2009).

Una herramienta clave para comprender esta reorganización es la pirámide de servicios de salud mental. La misma propone una jerarquización de los recursos disponibles, y ubica en la base a los apoyos informales de la comunidad (como la familia, los vínculos sociales y las estrategias de autocuidado), seguidos por el primer nivel de atención. En los niveles intermedios se encuentran los dispositivos comunitarios especializados, y en la parte superior, los servicios hospitalarios. Esta organización supone un cambio de lógica: los recursos más cercanos a la vida cotidiana cobran un rol central, mientras que las intervenciones más intensivas se reservan para situaciones específicas y acotadas en el tiempo (Funk et al., 2009).

En este esquema, el primer nivel de atención ocupa un lugar estratégico. No solo funciona como puerta de entrada al sistema, sino también como un espacio privilegiado para la promoción de la salud, la prevención del padecimiento y el acompañamiento sostenido de las personas.

Figura 1. Pirámide de la combinación óptima de los servicios (OMS/WONCA[11]) (Funk et al., 2009)



En contraposición a este esquema, la siguiente figura muestra la estructura real de los servicios de salud mental en la mayor parte de los países, lo que evidencia la centralidad que aún ocupan los dispositivos hospitalarios:

Figura 2. Estructura de los servicios de salud mental en la mayor parte de los países en comparación con la pirámide de la OMS/WONCA (Funk et al., 2009).



[11] WONCA = World Organization of Family Doctors (Organización Mundial de Médicos de Familia).
Fuente: World Health Organization (2007). The optimal miw of services. WHO, Geneva.

La comparación entre ambas representaciones permite visualizar la distancia existente entre el modelo propuesto y la organización efectiva de los servicios, reforzando la necesidad de continuar avanzando en la reorganización hacia dispositivos comunitarios.

Por otro lado, el desarrollo del modelo comunitario se vincula estrechamente con los procesos de reformas en salud, orientados a mejorar el acceso, la equidad y la calidad de los servicios. Frente a esto, aparece con fuerza la noción de intervenciones costo-efectivas. El concepto se refiere a la implementación de estrategias que, con los recursos disponibles, logren mejores resultados en términos de salud. La integración de la salud mental en el sistema general y el fortalecimiento de dispositivos comunitarios no sólo amplían la atención, sino que además, permiten un uso más racional de los recursos, evitando la sobrecarga de servicios de alta complejidad como lo son los hospitales psiquiátricos (Funk et al., 2009).

No obstante, las transformaciones no están exentas de tensiones. Las reformas del sistema de salud pueden implicar riesgos, como la relegación de la salud mental en las políticas generales, la fragmentación de los servicios, o el aumento de los costos que deben asumir los mismos usuarios y sus familias. Estas dificultades evidencian que el pasaje hacia un modelo comunitario no es inmediato, sino que requiere de decisiones políticas sostenidas en el tiempo, y una planificación y evaluación constante (Funk et al., 2009).

Los beneficios del modelo comunitario se ven evidenciados en múltiples dimensiones. Las personas que reciben atención en su entorno tienden a presentar mejores resultados en términos de salud y calidad de vida, en comparación de aquellas que permanecen institucionalizadas. Esto se encuentra relacionado con la posibilidad de sostener vínculos significativos, participar en la vida social, y construir proyectos personales más autónomos. Asimismo, la atención en la comunidad logra adaptar las intervenciones a contextos específicos, favoreciendo así un abordaje más flexible y cercano (Funk et al., 2009).

Finalmente, resulta importante señalar que la desinstitucionalización no se reduce al cierre de hospitales psiquiátricos (Funk et al., 2009). Implica, principalmente, la creación de alternativas reales y efectivas en la comunidad, que sostengan a los usuarios en su entorno. Incluye, además, la prevención de internaciones innecesarias, y

favorecer el egreso de quienes hayan permanecido largos periodos institucionalizados, garantizando redes de apoyo continuas en el territorio. En síntesis, no se trata solo de reorganizar los servicios, sino de transformar la forma en la que se concibe el padecimiento, y las respuestas que se construyen frente al mismo. La superación del modelo asilar exige no sólo la superación del encierro como práctica central, sino también la construcción de redes de cuidado que permitan sostener a las personas en su lazo social.

1.5 *Sistema de salud argentino y formación en servicio*

A partir del recorrido realizado sobre los modelos de atención en salud mental y los procesos de transformación del campo, resulta necesario situar estas discusiones en el contexto concreto en el que se desarrollan las prácticas. En este sentido, los modos de abordaje se encuentran atravesados por las condiciones estructurales del sistema de salud en el que se inscriben, así como por las formas de organización institucional y profesional que lo sostienen.

En particular, el análisis del sistema de salud argentino y del funcionamiento del subsector público permite comprender el marco en el que se configuran los dispositivos de atención en salud y salud mental. A su vez, la consideración de las modalidades de formación en servicio, como las residencias y concurrencias, resulta relevante en tanto forman parte de la dinámica cotidiana de los equipos de salud y de la producción misma de las prácticas.

Para ubicar el funcionamiento de los servicios de salud mental dentro de un marco más amplio, resulta necesario considerar algunas características del sistema de salud en Argentina. Tal como señala Tobar (2012), la respuesta social organizada frente a la enfermedad fue configurada históricamente a partir de una estructura fragmentada y segmentada en sus esquemas de financiamiento, regulación y prestación. Esta organización se compone de tres subsectores con lógicas diferenciadas: el subsector público, el subsector de la seguridad social (obras sociales) y el subsector privado.

Por un lado, el subsector público comprende la red estatal de hospitales generales, centros de atención primaria y hospitales monovalentes a nivel nacional, provincial y municipal. Su financiamiento proviene principalmente de recursos fiscales y se orienta a garantizar el acceso a la atención a toda la población, constituyéndose

como la principal red prestacional para los sectores que no cuentan con cobertura formal de salud.

Tobar (2012) sostiene que el proceso histórico de descentralización y la transferencia de servicios desde el Estado nacional hacia las jurisdicciones provinciales y municipales dio lugar a un sistema heterogéneo. En este marco, cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) asumen la gestión directa de sus servicios de salud, definiendo sus propias prioridades en términos de asignación de recursos y organización de la atención.

En contraste, el subsector de la seguridad social se organiza en torno a las obras sociales sindicales y provinciales, destinadas a trabajadores formales y sus familias, mientras que el subsector privado se estructura a partir de empresas de medicina prepaga y prestadores individuales, bajo lógicas de mercado.

Acerca de la formación en servicio, en el marco del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la formación de posgrado de los profesionales del equipo de salud y salud mental se organiza principalmente a través de dos modalidades: las residencias y las concurrencias (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [GCBA], s.f.).

Ambos dispositivos se desarrollan bajo la lógica de la formación en servicio, lo que implica que el proceso de aprendizaje de los profesionales se desarrolla a partir de la participación en prácticas asistenciales supervisadas dentro de los efectores públicos de salud (GCBA, s.f.). Sin embargo, presentan diferencias en cuanto a su régimen de funcionamiento:

Por un lado, las residencias constituyen un sistema remunerado de formación de posgrado, de dedicación exclusiva y a tiempo completo (GCBA, s.f.). Los profesionales ingresan mediante concursos públicos y se integran de manera intensiva a las actividades asistenciales, incluyendo la participación en guardias, ateneos y espacios de supervisión clínica. En la práctica cotidiana, suelen cumplir un rol central en el sostenimiento de la atención dentro de los servicios de salud.

Por el otro, las concurrencias corresponden a un sistema de formación de posgrado no remunerado y de dedicación parcial. Los profesionales concurren a los servicios de salud con una carga horaria acotada, participando de las actividades

asistenciales y de los espacios de supervisión y formación. Esta modalidad permite compatibilizar la formación en el ámbito público con otras actividades laborales. (GCBA, 2012).

A pesar de estas diferencias, ambas modalidades comparten la inserción en equipos de trabajo dentro del ámbito hospitalario y forman parte del funcionamiento cotidiano de los efectores públicos, especialmente en el campo de la salud mental, donde se articulan con prácticas interdisciplinarias y distintos dispositivos institucionales.

Capítulo II – Marco Normativo en Salud Mental:

2.1 El paradigma tutelar y de asilo: Ley Nº 22.914 (1983)

Para comprender la transformación que implicó el modelo comunitario, resulta relevante analizar el marco normativo previo que rigió en Argentina durante casi tres décadas. Hasta 2010, las políticas en salud mental se ejecutaron bajo el amparo de la Ley Nº 22.914, ley de Facto sancionada en 1983 durante la última dictadura militar, firmada por el entonces presidente Reynaldo Bignone.

El principal contraste con la normativa vigente se encuentra en que la ley anterior no abordaba el sufrimiento psíquico desde una perspectiva de derechos humanos, sino que aún predominaba el enfoque de la seguridad pública, el control social y la medicalización. Algunos de sus artículos permiten identificar los tres pilares fundamentales que sostenían al viejo paradigma manicomial:

1. Intervención conjunta de instancias médicas, judiciales y policiales: el Artículo I establecía que la internación podía proceder por orden judicial, disposición de la autoridad policial, o por pedido de los representantes legales de la persona (Ley Nº 22.914, 1983, art.1). Esto se vincula estrechamente con el sistema tutelar, en donde el sujeto se veía despojado de su autonomía; y en donde la privación de la libertad era mediada por criterios policiales y judiciales, en lugar de priorizarse las evaluaciones terapéuticas interdisciplinarias de salud.
2. El criterio de *peligrosidad* en la Historia Clínica: ubicado en el artículo 7, el apartado exigía que en la historia clínica del usuario se expresara la

"indicación del índice de peligrosidad que se le atribuya". (Ley Nº 22.914, 1983, art.7). Este sesgo, cargado de estigma, reducía al padecimiento psíquico a solamente una amenaza potencial para terceros, pudiendo así justificar encierros prolongados bajo la lógica punitiva y de aislamiento, en lugar de considerarlo como una condición de vulnerabilidad de salud que requería asistencia y cuidados.

3. La centralidad del aislamiento y el asilo: a lo largo de todos sus artículos, la ley regulaba de forma estricta el régimen interno de los establecimientos de internación, además de serle delegado el poder absoluto a los directores de los mismos, con el fin de convalidar los dictámenes de encierro. Bajo ningún punto de vista la norma contemplaba la articulación de redes comunitarias, la atención ambulatoria en hospitales generales, o la creación de dispositivos intermedios. Estas determinaciones terminaron por cronificar la institucionalización, y convirtió al manicomio en la única respuesta estatal posible.

La ley 22.914 representaba la formalización jurídica del modelo asilar de tutela. No sólo reducía la salud mental a una problemática de control y peligrosidad, sino que además, despojaba al sujeto de su condición de ciudadano con derecho a ser atendido en su entorno social. Las brechas existentes en los tratamientos y la vulneración de derechos, dieron origen a la necesidad de una profunda reforma legislativa.

Tal como se desarrolló en el Capítulo I, las críticas al modelo asilar y el avance de un enfoque basado en los derechos humanos, impulsado tanto a nivel internacional como regional, prepararon el terreno para una profunda transformación en el campo de la salud mental. En este contexto, y como respuesta a las limitaciones del modelo tutelar previo, en el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, marcando un punto de inflexión en la regulación de la atención en salud mental en el país.

2.2 *La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657: un nuevo paradigma en la atención*

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) Nº 26.657 ocurrió el 25 de noviembre de 2010, para luego ser promulgada el 2 de diciembre, y publicada en el Boletín Oficial el 3 de diciembre. La misma implicó un cambio sustancial en la manera en la que se concebía y abordaba a la salud mental en Argentina hasta ese entonces, y el

principal cambio radica en que la nueva ley se inscribe en un enfoque basado en los derechos humanos, el cual reconoce a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho. Asimismo, la sanción de la norma contó con el apoyo de organismos nacionales e internacionales (como OMS y OPS), y de organizaciones de la sociedad civil.

La ley establece una serie de principios rectores que orientan la organización de los servicios y las prácticas en salud mental, destacándose la atención en la comunidad, la interdisciplinariedad, la reducción de las internaciones, y el respeto por la autonomía de los usuarios de salud mental, entre otras.

2.3 *Organización de la LNSM*

Se encuentra estructurada en doce capítulos, destinados a abordar de manera integral la regulación de la atención en salud mental. Esta organización articula los lineamientos generales con los procedimientos específicos, garantizando así el enfoque de derechos y su implementación en la práctica. En términos generales, la ley contempla aspectos vinculados a los derechos humanos, la organización de los servicios de salud, las modalidades de internación, y los mecanismos de supervisión y control. Así, no solo establece lineamientos conceptuales, sino que determina las condiciones concretas para su aplicación.

En función de los objetivos del presente trabajo, resulta pertinente recuperar aquellos capítulos y artículos de la ley que permiten realizar un análisis de las transformaciones devenidas a partir de la LNSM, con especial énfasis en los derechos de las personas, las modalidades de abordaje, la interdisciplinariedad y las condiciones de internación.

El recorte de los apartados de la ley se centra específicamente en algunos artículos de los capítulos I, II, III, V, VI, y X, a los fines de abordar los ejes normativos más relevantes.

Capítulo I – Derechos y garantías:

> Artículo 1º: La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran

> en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Ley N° 26.657, 2010, art. 1)

Resulta fundamental este artículo en tanto define el eje central de la normativa, estableciendo como prioridad la protección integral de la persona con padecimiento mental, y el reconocimiento de su condición de sujeto de derecho. Asimismo, la referencia a los instrumentos internacionales con jerarquía constitucional refuerza el carácter garantista de la norma, inscribiendo así a la salud mental dentro de un marco jurídico, que trasciende al ámbito meramente sanitario. En este sentido, los derechos allí reconocidos adquieren el máximo nivel de protección jurídica.

Capítulo II – Definición:

Los artículos 3º y 5º establecen lo siguiente:

> ARTÍCULO 3º. - En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.
>
> Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.
>
> En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:
>
> a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
>
> b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;

c) Elección o identidad sexual;

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización. (Ley N° 26.657, 2010, art. 3, incs. a-d)

ARTÍCULO 5°. - La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado. (Ley N° 26.657, 2010, art. 5)

La relevancia de los mencionados artículos se basa en que profundizan el cambio de enfoque de la ley, al proponer una mirada más amplia e integral de la salud mental. Se plantea que no debe entenderse a la misma sólo desde el punto de vista biológico, sino como un proceso atravesado por factores sociales, culturales y económicos.

A su vez, introduce la presunción de capacidad de todas las personas, lo que difiere con el modelo anterior en donde predominaba la idea de incapacidad. Por otro lado, establece límites claros para evitar diagnósticos basados en cuestiones sociales, culturales e identitarias.

En relación con lo anterior, el artículo 5º indica que recibir un diagnóstico de salud mental no implica necesariamente un riesgo, ni justifica por sí solo la restricción de derechos. De esta manera, rompe con la histórica asociación automática entre padecimiento mental y peligrosidad, estableciendo la necesidad de que cada situación se debe evaluar en forma particular.

Capítulo III – Ámbito de aplicación:

“ARTÍCULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley” (Ley N° 26.657, 2010, cap. III, art. 6).

Este artículo refuerza el carácter obligatorio de la normativa, al establecer que todos los servicios deben adecuarse a sus principios.

Capítulo IV – Derechos de las personas con padecimiento mental:

El capítulo puntualiza los derechos de las personas con padecimiento mental, explicitando un conjunto de garantías que consolidan el enfoque basado en derechos humanos.

En este sentido, el artículo 7º del Capítulo IV establece que:

> "d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;"
>
> "k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;"
>
> "i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;" (Ley N.º 26.657, 2010, art. 7, incs. d, i, k)

Estos incisos resultan especialmente significativos puesto que evidencian un cambio respecto al modelo asilar previo, centrado en la restricción y el control, proponiendo una perspectiva enfocada en la autonomía de las personas, en su inclusión social y la no discriminación. En este marco, la ley redefine el lugar que ocupan las personas en el sistema de salud mental, reconociéndolas como protagonistas de su propio proceso de atención.

Capítulo V – Modalidad de abordaje:

En sus diferentes artículos, este capítulo establece los lineamientos que consolidan el modelo comunitario. En este sentido, el artículo 9º (Ley N° 26.657, 2010, cap. V) resulta central, ya que señala que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, orientado al fortalecimiento de los lazos sociales de la persona. Este aspecto prioriza la permanencia de las personas en su entorno, y denota la importancia de la continuidad de sus vínculos sociales dentro del tratamiento en salud mental.

En relación con lo anterior, el artículo 8º establece que la atención debe estar a cargo de equipos interdisciplinarios, lo que reconoce la complejidad del padecimiento

mental y la importancia de que los abordajes sean de manera integral, trascendiendo la mirada exclusivamente médica.

Asimismo, el artículo 10º introduce el principio del consentimiento informado como la base de toda intervención, lo que garantiza la participación de la persona en las decisiones acerca de su tratamiento.

Por su parte, el artículo 11º establece la responsabilidad del Estado en la promoción de acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria, en articulación con distintas áreas como educación, desarrollo social y trabajo. A la vez, plantea la necesidad de desarrollar dispositivos y estrategias de atención, como consultas ambulatorias, atención domiciliaria y espacios de inclusión social, lo que da cuenta de un abordaje más allá del ámbito sanitario.

Finalmente, el artículo 12º establece que la medicación debe responder exclusivamente a fines terapéuticos, prohibiendose su uso como forma de castigo, lo que representa un límite claro a prácticas relacionadas al modelo asilar.

Capítulo VII – Internaciones:

Uno de los capítulos centrales de la presente ley es el VII, en tanto regula las condiciones bajo las cuales puede llevarse adelante una internación. El apartado resulta especialmente relevante, debido a la carga histórica y a las tensiones que implica la internación en el campo de la salud mental, asociada anteriormente a prácticas de encierro, control y vulneración de derechos. En esta línea, la ley indica una serie de limitaciones y garantías que buscan redefinir a la internación dentro del abordaje de la salud mental. En primer lugar, el artículo 14 establece que:

> La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente. (Ley N° 26.657, 2010, cap. VII, art. 14)

El artículo resulta fundamental, puesto que establece a la internación como un recurso restrictivo y no como respuesta central, invirtiendo la lógica del modelo asilar previo. De esta manera, se priorizan las intervenciones en el entorno social de la persona, y la internación queda relegada a situaciones específicas. En esta misma línea, el artículo 15 refuerza la perspectiva al señalar que:

> La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. (Ley N° 26.657, cap. VII, art. 15).

Introduce dos elementos fundamentales: por un lado, el tiempo limitado de una internación, y por el otro, la prohibición de su empleo como solución a problemáticas sociales. Nuevamente, evidencia un corrimiento respecto a prácticas históricas, en donde la institucionalización funcionaba como respuesta a todo.

Asimismo, el artículo 18 establece que:

> La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley. (Ley N° 26.657, cap. VII, art. 18)

Esto refuerza el principio de autonomía, permitiendo que la persona decida sobre su permanencia en la internación, a la vez que introduce mecanismos de control si la misma se prolonga en el tiempo. Por otro lado, en cuanto a las internaciones involuntarias, el artículo 20 señala que:

> La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:
>
> a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
>
> b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
>
> c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera. (Ley N° 26.657, cap. VII, art. 20, incs. a, b y c).

Este punto es crucial, debido a que establece un criterio restrictivo basado en el riesgo cierto e inminente, rompiendo con la antigua concepción de peligrosidad que caracterizaba al anterior modelo. De esta manera, la internación involuntaria se constituye como una medida excepcional, basada en condiciones específicas y evaluaciones interdisciplinarias.

Por otro lado, el artículo 24 introduce mecanismos de control judicial al establecer que:

> Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

> Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.
>
> Esto implica que la internación no queda librada únicamente al criterio del equipo de salud, sino que se encuentra sujeta a una revisión externa, lo que constituye una garantía adicional para la protección de derechos. (Ley N° 26.657, cap. VII)

En esta misma línea, el artículo 27 establece que:

> Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos. (Ley N° 26.657, cap. VII)

El artículo resulta especialmente significativo, al plantear la desarticulación progresiva del modelo manicomial, prohibiendo la creación de nuevas instituciones monovalentes y promoviendo su sustitución por dispositivos acordes al enfoque comunitario.

Finalmente, el artículo 29 dispone que:

> A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se

> podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.
>
> Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.
>
> Esto introduce una dimensión ética y de responsabilidad institucional, al establecer la obligación de denunciar situaciones que impliquen vulneración de derechos, incluso dentro de la propia institución. (Ley N° 26.657, cap. VII)

En síntesis, el Capítulo VII redefine la internación como un recurso excepcional, limitado y controlado, incorporando garantías que buscan evitar su uso arbitrario y promover intervenciones respetuosas de los derechos de las personas.

Para finalizar, el capítulo X de la ley introduce la creación del Órgano de Revisión, cuyo objetivo es la protección de los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud mental. El organismo se configura como una instancia de control externa a las instituciones, integrada de forma multidisciplinaria, que cuenta con la participación de distintos actores tanto institucionales como sociales, entre ellos: representantes del Ministerio de Salud Público de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de Defensa, y asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, los profesionales y otros trabajadores de salud, junto a organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos. (Ley Nº 26.657, 2010)

Su función principal se define por la supervisión de las condiciones de internación, en conjunto a la evaluación de las internaciones involuntarias, la posibilidad de intervenir ante situaciones irregulares, y la promoción de modificaciones que garanticen el correcto cumplimiento de la ley. De esta forma, su existencia refuerza el carácter garantista de la norma, al introducir mecanismos de supervisión de las prácticas institucionales, tanto en el ámbito público como privado. En este sentido, el Órgano de Revisión se constituye como una herramienta sustancial para la proyección

de derechos, en tanto permite intervenir frente a situaciones de vulneración dentro del sistema de salud mental.

2.4 *Decreto Reglamentario 603/2013*

A los fines de garantizar la implementación efectiva de la LNSM, en el año 2013 se sancionó el Decreto Reglamentario N.º 603, tres años más tarde de la promulgación de la ley. Este instrumento surge como respuesta a la necesidad de ejecutar los lineamientos generales establecidos por la normativa, brindando los criterios correctos para su aplicación en las prácticas institucionales. En este marco, el decreto no introduce nuevos principios, sino que traduce los postulados de la ley en criterios aplicables a la práctica.

2.5 *Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Ley Nº. 448*

Previo a la sanción de la LNSM, el marco normativo a nivel federal se encontraba regido por la ya desarrollada Ley Nº 22.914 de 1983, que respondía a un modelo tutelar centrado en la regulación de las internaciones. En este contexto, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se pronunció de manera pionera con la sanción de la Ley N.º 448 en el año 2000, al introducir un enfoque integral en salud mental, basado en los derechos humanos, la atención comunitaria y el trabajo interdisciplinario.

De este modo, la normativa local anticipó lineamientos que posteriormente fueron retomados y consolidados en la Ley 26.657, evidenciando el cambio de paradigma progresivo en el campo de la salud mental.

Como conclusión, el recorrido teórico del marco normativo permite evidenciar el pasaje de un modelo centrado en la institucionalización y el control, hacia un enfoque basado en los derechos humanos, la atención comunitaria y la limitación de las prácticas de encierro. Sin embargo, la implementación efectiva de estos lineamientos en los dispositivos de salud mental, aún continúa presentando diversos desafíos.

METODOLOGÍA

Enfoque y diseño

El presente trabajo se enmarcó dentro de un enfoque cualitativo, con el objetivo de comprender las modalidades de intervención en un servicio de salud mental perteneciente a un hospital monovalente de gestión pública, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

El estudio adoptó un diseño no experimental, de carácter exploratorio-descriptivo, en tanto se propuso indagar y describir las prácticas que se desarrollan en un contexto específico, sin manipulación de variables. Asimismo, se configuró como un estudio de caso institucional, centrado en el Servicio 27 del hospital, lo que permitió realizar un análisis situado de las dinámicas clínicas e institucionales.

En este sentido, el estudio de caso posibilitó abordar en profundidad un recorte específico de la realidad, favoreciendo la comprensión de prácticas complejas en su contexto institucional. Desde esta perspectiva, no se buscó la generalización de los resultados, sino la producción de conocimiento situado en torno a las modalidades de intervención en salud mental (Roussos, 2007).

Muestra

La muestra estuvo conformada por una psicóloga que se desempeña como concurrente en un servicio de internación del centro hospitalario. Su participación en el dispositivo incluye la atención clínica de pacientes internados, la participación en reuniones de equipo y la articulación con otros actores institucionales. La selección de la participante se realizó mediante un muestreo no probabilístico por accesibilidad.

Criterios de inclusión y exclusión

En cuanto a los criterios de inclusión, se consideró que la participante contara con inserción activa en el servicio, participación en instancias clínicas y de equipo, y disponibilidad para la realización de la entrevista. Asimismo, se tuvo en cuenta su trayectoria como concurrente en formación, con cinco años de concurrencia y un año y medio de antigüedad en el servicio, lo que permitió acceder a una perspectiva situada del funcionamiento cotidiano del dispositivo. En relación con los criterios de exclusión,

no se consideraron participantes que no contaran con inserción activa en el servicio o que no desempeñaran funciones clínicas dentro del dispositivo.

Limitaciones del muestreo

Resulta necesario señalar que el análisis se basa en la percepción de una única informante clave, lo que constituye una limitación en términos de triangulación de datos. Asimismo, la información recabada se encuentra mediada por el rol específico de la participante como concurrente en formación, caracterizado por su condición ad honorem y menor antigüedad en el servicio, en relación con otros profesionales del equipo.

Instrumento de recolección de datos

Se utilizó como instrumento de recolección de datos una entrevista semiestructurada en profundidad, de carácter institucional, elaborada a partir de los ejes teóricos del trabajo. La guía de entrevista estuvo orientada a relevar las modalidades de atención, la organización del trabajo interdisciplinario, los criterios de intervención y las articulaciones institucionales e intersectoriales.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la realización de una entrevista individual a la participante, en el contexto del servicio. La misma se desarrolló a partir de una guía previamente elaborada, lo que permitió la profundización de los aspectos emergentes durante el intercambio.

La entrevista tuvo como objetivo relevar las prácticas de atención, las modalidades de intervención y los criterios que orientan el abordaje de los casos en el servicio, considerando a la participante como un actor social en tanto representante del funcionamiento institucional.

Análisis de la información

El análisis de la información se llevó a cabo desde una perspectiva interpretativa, articulando los aportes empíricos con el marco teórico desarrollado, particularmente en relación con el modelo de salud mental comunitaria, los procesos de desmanicomialización y las modalidades de abordaje en salud mental, incluyendo el lugar que ocupa la internación dentro de dichas prácticas.

Las categorías de análisis fueron construidas de manera inductiva, a partir de los ejes temáticos identificados en el material empírico, en articulación con los desarrollos teóricos abordados. Las mismas fueron organizadas en función de los objetivos del trabajo, permitiendo estructurar el análisis en torno a los principales aspectos relevados en la entrevista.

En este sentido, se definieron las siguientes categorías: *internación como estrategia de cuidado*, orientada a comprender los criterios y modalidades asignados a la internación en el servicio; *procesos de institucionalización y cronificación*, que permiten analizar las dinámicas de permanencia prolongada dentro del dispositivo; *articulación interdisciplinaria e intersectorial y sus límites*, vinculada a los modos de trabajo en red y sus dificultades; *tensiones con la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM)*, en relación con los desajustes entre normativa y práctica; y *condiciones estructurales e institucionales*, referidas a los factores materiales y organizacionales que inciden en el funcionamiento del servicio.

Procedimiento - Fases del trabajo de campo

Acerca del trabajo de campo, la entrevista fue realizada el día 27 de junio de 2026 a las 13 h., bajo modalidad presencial, en el consultorio privado de la concurrente. La misma tuvo una duración de 54 minutos y 36 segundos, y fue registrada mediante grabación de audio.

Posteriormente, se llevó a cabo el proceso de transcripción de manera manual, a partir de la escucha del audio y su posterior revisión, resguardando la confidencialidad de la información y la identidad de la participante.

El análisis del material se realizó mediante un procedimiento de codificación temática, a partir del cual se identificaron los ejes temáticos relevantes en función de los objetivos del trabajo. Este proceso implicó la lectura y relectura del material empírico, permitiendo agrupar los contenidos en ejes que luego fueron organizados en categorías de análisis.

Consideraciones éticas

Se garantizó la confidencialidad de la información recabada y el resguardo de la identidad de la participante. Asimismo, se evitó la inclusión de datos que permitieran

identificar a terceros o a la institución en la que se desarrolla la práctica, en línea con los criterios de anonimato establecidos en el consentimiento informado.

Alcances y limitaciones del estudio

Al tratarse de un estudio de caso con un muestreo no probabilístico, los resultados no son generalizables, sino que buscan aportar a la comprensión situada de las prácticas en salud mental en un contexto institucional específico. Los hallazgos deben ser interpretados en relación con las características particulares del caso analizado.

Declaración sobre el uso de Tecnologías de Inteligencia Artificial (I.A)

Se declara el uso de herramientas de I.A con fines asistenciales durante el desarrollo del presente trabajo. Dicho uso se limitó exclusivamente a tareas de apoyo técnico y formal, sin intervenir en la producción conceptual del mismo. En particular:

- Búsqueda y organización de información: se utilizó *Notebook LM* como herramienta de apoyo para la exploración, ordenamiento y sistematización de fuentes bibliográficas previamente seleccionadas.
- Redacción y estilo: se empleó *Chat GPT* con el objetivo de mejorar la claridad expositiva, la coherencia textual y la precisión léxica de los párrafos.
- Formato de citación: se recurrió a *Gemini* como apoyo para la revisión y adecuación del formato de citas y referencias según las normas APA (7.ª edición).

RESULTADOS

A partir del análisis de la entrevista , se construyeron categorías analíticas que permitieron organizar los principales ejes emergentes. A continuación, se adjuntan los fragmentos seleccionados agrupados según dichas categorías.

Categorías de análisis	Fragmentos de la entrevista
Internación como estrategia de cuidado	● *"Pero no todo paciente es internado, para nada, tiene que cumplir el criterio de riesgo."* ● *"Después, el resto de pacientes serían los que vienen por internaciones más recientes, que pueden ser voluntarias o involuntarias, y no se eternizan en el hospital."* ● *"Bueno, ya la instancia de internación es, por así decir, una tercera instancia. Primero llegan a guardia, luego van a admisión, ahí se estabiliza al paciente con medicación. Una vez estabilizado vienen al servicio de internación."* ● *"Y bueno, siempre que es una internación involuntaria se busca el consentimiento del paciente y hacerla voluntaria."* ● *"Hay en el hospital servicios, uno en particular se llama hospital de noche, donde los pacientes se van en el día a hacer su vida afuera y vuelven a dormir."*
Procesos de institucionalización y cronificación	● *"Por un lado, están los de larga data de internación: hablamos de 25, 40 años internados. Para ellos es muy difícil la externación porque no hay redes afuera."* ● *"Viven ahí, muchos tienen sus redes ahí adentro."* ● *"La internación no puede ser por una cuestión habitacional ¿no?, pero lo cierto es que es muy difícil."* ● *"Pensá que muchos pacientes están en situación de calle."*
Articulación interdisciplinaria e intersectorial, y sus límites	● *"No hay tantos equipos interdisciplinarios completos como debería ser."* ● *"Hay un psicólogo social de planta, dos psiquiatras [...] y una psicóloga jefa de servicio."* ● *"Todo el resto son rotantes [...] estamos transitando por ahí durante un tiempo."* ● *"También está el personal de enfermería [...] y todos los rotantes absorben la mayoría del trabajo."* ● *"No tenemos trabajador social de planta."* ● *"Entonces viene un trabajador social, se queda un tiempo [...] y después te quedás sin trabajador social."* ● *"Muchas de esas tareas las hacemos entre los que estamos."*

	• *"Se trabaja interdisciplinariamente en las reuniones [...] está enfermería, psiquiatría, psicología."* • *"El servicio cuenta con un grupo de trabajo específico para el consumo problemático [...] compuesto por la psicóloga de planta, un residente, y con participación de los pacientes internados que quieran".* • *"Pero no hay trabajador social, no hay nutrición, y se nota que faltan piezas."* • *"Nosotros como equipo tenemos reuniones todos los miércoles."* • *"Indirectamente, es el juez el que indica la internación con su equipo. No importa lo que diga el equipo del hospital, hay que internar sí o sí. Ha pasado que ha habido problemas cuando el equipo ha dicho "este paciente no tiene que estar en internación". Eso es un gran problema de este hospital particularmente. En esos casos hay que seguir lo que el juez indica, por más que no sea lo que evalúa el profesional o que vaya en contra de los derechos del paciente."* • *"se trabaja articulando con otros lugares, como talleres de laborterapia externos al hospital"* • *"también se articula con otros hospitales", así como la necesidad de garantizar la continuidad de la atención "en efectores de salud más cerca de sus domicilios"* • *"A veces derivan al hospital, a veces llegan traídos por el SAME o la policía por descompensación en la calle, a veces vienen voluntariamente, a veces derivados por otros hospitales."*
Tensiones con la LNSM	• *"La ley se debe seguir, no se puede elegir no seguirla. Pero la ley es una entidad abstracta, y en cada caso se da de manera diferente."* • *"Uno puede decir: este paciente no tiene criterio de internación... entonces se termina quedando más tiempo."* • *"Eso va en contra de la ley, porque sigue estando internado."* • *"Entonces el alta se atrasa, porque se espera que salga el subsidio para poder acompañarlo, y eso va en contra de la ley, porque sigue estando internado. Pero si hay disponibilidad de camas y el equipo evalúa cuál es la mejor opción en pos de ayudarlo, ahí aparece ese gris que la ley no contempla.*
Condiciones estructurales e institucionales	• *"Es todo un asunto la medicación, porque todos los recursos del hospital son bastante limitados."* • *"Después de las 3 de la tarde queda muy poco personal."* • *"A veces queda un solo enfermero para 22 camas."* • *"Este servicio sobrevive por la rotación de residentes y concurrentes."* • *"Nunca se cumplió el 10% de presupuesto para salud (que eso está contemplado por la ley)."* • *"No hay plata y no hay recursos para salud."*

DISCUSIÓN

A partir del material relevado mediante la entrevista, este apartado se propone analizar las modalidades de abordaje en el servicio de internación en salud mental de este hospital monovalente en específico, en relación con los modelos de atención mencionados y el marco normativo vigente, contraponiendo los lineamientos teóricos con las prácticas concretas. En este sentido, si bien el análisis se encuentra principalmente orientado por la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, cabe señalar que algunos de sus lineamientos ya habían sido anticipados en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por la Ley N.º 448 de Salud Mental (2000).

Para ello, el análisis se organizará en torno a una serie de categorías construidas a partir del material relevado, cuyo fin es poder dar cuenta de las principales dimensiones del funcionamiento del dispositivo, y de las formas en que dichas prácticas se configuran en la dinámica institucional.

En términos generales, la modalidad de abordaje del servicio da cuenta de una organización de dispositivos que articula distintas formas de intervención. En este sentido, la entrevistada señala que “Hay muchos talleres y también asambleas. Los talleres son de cocina, música, arte, fútbol, jardinería. Y después hay dos asambleas […] donde se conversan cuestiones comunes de lo que va pasando”.

A su vez, refiere que “a cada paciente se le asigna un psicólogo y un psiquiatra” y que se realizan entrevistas semanales. En este punto, la referencia a un equipo tratante y de espacios de atención individual no se presenta como una modalidad separada o diferenciada, sino como parte de un entramado de intervenciones que se articulan con los dispositivos grupales y otras formas de abordaje. Así, puede pensarse que el servicio integra distintas modalidades de intervención dentro del mismo, sin que estas respondan de manera excluyente a un único modelo de atención

Acerca de la *internación como estrategia de cuidado*, a partir del material relevado se comprende que esta no se aplica como recurso central dentro de la institución, sino como una instancia específica dentro de una modalidad de atención más amplia. Tal como señala la concurrente, "no todo paciente es internado, para nada, tiene que cumplir con el criterio de riesgo", se corresponde con los lineamientos de la Ley Nº 26.657, en términos de establecer que la internación debe ser un recurso excepcional, indicado únicamente ante situaciones que presenten riesgo cierto e inminente.

Asimismo, se destaca que, incluso en los casos de internación involuntaria, se intenta reconducirla hasta ser voluntaria: "siempre que es una internación involuntaria se busca el consentimiento del paciente y hacerla voluntaria". Esto da cuenta de una práctica que busca ajustarse al paradigma de derechos humanos, aunque su implementación se encuentre mediada por las condiciones concretas del dispositivo.

Por otro lado, la presencia de dispositivos intermedios orientados hacia la externación – como el hospital de día o el hospital de noche – , introduce una forma de abordaje que favorece la continuidad del tratamiento, sin la necesidad de transitar la internación completa. No obstante, estos recursos no la sustituyen ni la disminuyen, lo que implica pensar a la internación en una posición ambivalente: por un lado, como un recurso de cuidado necesario en ciertas situaciones, y por otro, como un dispositivo que aún ocupa un lugar relevante dentro del sistema, incluso en un contexto normativo que promueve su reducción.

En esta línea, diversos autores señalan que, en el contexto argentino, los hospitales monovalentes siguen funcionando como principales receptores de los casos más complejos, lo que evidencia las dificultades existentes en la implementación plena del modelo comunitario (Deharbe & Lehn, 2025). Teniendo en cuenta lo expuesto, la internación no podría pensarse solamente en términos de indicación clínica, sino también en relación con las condiciones estructurales del sistema de salud, que limitan la disponibilidad de alternativas por fuera de la institución hospitalaria.

Otro punto de análisis pertinente corresponde a los *estados de cronificación*. En relación a esto, la experiencia de la entrevistada evidencia casos de internaciones

prolongadas que dificultan la externación de los usuarios. La misma señala que "hablamos de 25, 40 años internados", y que "para ellos es muy difícil la externación porque no hay redes afuera", lo que da cuenta de extensas permanencias en el servicio. Además, se observa que, en estos casos, el hospital cobra un lugar central en la vida de los usuarios: "viven ahí, muchos tienen sus redes ahí adentro", lo que permite pensar cómo la institución deja de funcionar solamente como espacio de tratamiento y deviene en un lugar de pertenencia. Esto se vincula con lo señalado por el informe de CIPPEC (2003), donde se describen procesos de "fosilización del paciente", asociados a internaciones prolongadas que debilitan los lazos sociales y dificultan la reinserción en la comunidad.

En esta misma línea, cobra relevancia un elemento central de las internaciones cuando la entrevistada afirma que "el motivo ya no es el riesgo, sino que no tienen donde ir", lo que permite problematizar el uso de la internación en situaciones donde las condiciones sociales adquieren un peso determinante. Esto se refuerza cuando señala que "la internación no puede ser por una cuestión habitacional, ¿no?, pero lo cierto es que es muy difícil", evidenciando así una tensión entre lo que establece la norma y lo que sucede en la práctica real. Lo cierto es que la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 plantea que la internación debe responder a criterios críticos y no a problemáticas sociales. Sin embargo, se dificulta seguir este lineamiento cuando la gran mayoría de los usuarios se encuentran en situación de vulnerabilidad, incluyendo la falta de redes o condiciones materiales para sostener la vida fuera de la institución.

Estos procesos fueron reflejados en los datos del Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019), donde se registró una significativa proporción de personas con largos años de permanencia en instituciones monovalentes, lo que da cuenta de una cronificación dentro del sistema.

De este modo, la cronificación no debe entenderse como un fenómeno clínico, sino que debería ser analizado en relación a condiciones estructurales del sistema de salud mental, y la disponibilidad (o ausencia) de dispositivos alternativos. Como plantean los antecedentes, la persistencia de internaciones prolongadas no responde, tal vez, sólo a una lógica manicomial ponderante en la actualidad, sino también a las

limitaciones del sistema para garantizar alternativas efectivas por fuera del hospital (CIPPEC, 2003; Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

En relación a la *articulación interdisciplinaria*, se observa que ocupa un lugar fundamental en la organización del servicio, en línea con lo que sostiene la Ley Nacional de Salud Mental, que promueve abordajes integrales desde distintos saberes. En este sentido, la entrevistada refiere que "se trabaja interdisciplinariamente en las reuniones […] está enfermería, psiquiatría, psicología", y que "como equipo tenemos reuniones todos los miércoles", lo que da cuenta de la existencia de espacios específicos de intercambio, y la construcción conjunta de las intervenciones.

Desde el marco teórico, este abordaje se vincula estrechamente con el modelo comunitario en salud mental, el cual propone la organización de servicios a partir de equipos interdisciplinarios y dispositivos que superen la lógica exclusivamente médica (Funk et al., 2009). En este sentido, la interdisciplina no implica sólo la presencia de distintos profesionales, sino la posibilidad de articular esos saberes en la práctica.

Asimismo, se observa la presencia de dispositivos específicos que suponen el trabajo conjunto de distintos profesionales, como el grupo de consumo problemático: "el servicio cuenta con un grupo de trabajo específico para el consumo problemático […] compuesto por la psicóloga de planta que lo coordina, junto con un residente, y también pueden participar los pacientes internados que quieran". Así, el servicio da cuenta de prácticas que buscan articular distintas miradas y modos de intervención, a la vez que otorga voz y voto a los propios usuarios sobre su tratamiento.

Sin embargo, en el material también aparecen con claridad los límites de este funcionamiento. La concurrente señala que "no hay tantos equipos interdisciplinarios completos como debería ser", y que "no tenemos trabajador social de planta", lo que evidencia la ausencia de disciplinas fundamentales para sostener un abordaje integral. En la misma línea, menciona que "se nota que faltan piezas", dando cuenta de estas faltas dentro de la composición del servicio.

Asimismo, la alta rotación de profesionales en formación aparece como una característica estructural del dispositivo: "todo el resto son rotantes […] estamos

transitando por ahí durante un tiempo", lo que impacta en la continuidad del trabajo. En este contexto, muchas tareas terminan siendo asumidas por quienes están disponibles: "muchas de esas tareas las hacemos entre los que estamos", lo que evidencia una reorganización ante la falta de recursos. Si bien el trabajo interdisciplinario se presenta como un principio del servicio, su plena implementación se ve condicionada por limitaciones institucionales y estructurales. Esto denota una tensión con el marco normativo, que promueve equipos integrales, cuando la realidad demuestra una falta de personal y de determinadas disciplinas.

Acerca de las *tensiones* existentes entre la práctica concreta y lo que plantea la la Ley, es posible identificar las mismas en el material relevado. En este sentido, la entrevistada sostiene que "la ley se debe seguir, no se puede elegir no seguirla. Pero la ley es una entidad abstracta, y en cada caso se da de manera diferente", lo que introduce la idea de que la aplicación de la misma no resulta lineal, sino atravesada por diversos condicionantes.

Una de las tensiones que aparece con mayor claridad es en relación con la internación involuntaria y sus criterios. Si bien la norma establece que esta debe responder a situaciones de riesgo cierto e inminente, en la práctica emergen situaciones que desbordan este marco. La concurrente afirma que "sí, las tensiones aparecen muchas veces. Uno puede decir: este paciente no tiene criterio de internación, pero todavía se le está tramitando el subsidio […] entonces se termina quedando más tiempo […] y eso va en contra de la ley, porque sigue estando internado", lo que permite inferir que la permanencia en internación, muchas veces se encuentra atravesada por factores sociales y materiales, que exceden lo estrictamente normativo.

Esto se vincula directamente con lo observado en el anterior apartado respecto a los estados de cronificación, particularmente en los casos en donde la internación se prolonga debido a la falta de alternativas por fuera del hospital. La afirmación de que "la internación no puede ser por una cuestión habitacional ¿no?, pero lo cierto es que es muy difícil", refleja una tensión central entre lo que la ley indica y las condiciones sociales de los usuarios, donde, tal como se mencionó previamente, la ausencia de redes y de recursos incide en la permanencia dentro de la institución.

Por otro lado, las tensiones no se limitan únicamente a la dimensión habitacional, sino que también se relacionan con las condiciones institucionales que atraviesan el funcionamiento del servicio. La falta de recursos y de personal impacta en la posibilidad de sostener los lineamientos de la ley, en particular sobre el trabajo interdisciplinario. Tal como se señaló anteriormente, la ausencia de profesionales de determinadas disciplinas y la inestabilidad de los equipos, dificultan la implementación de un abordaje integral.

De este modo, estas tensiones no deberían ser pensadas únicamente como un incumplimiento a la norma, sino como el resultado de la interacción entre distintos factores: condiciones estructurales, limitaciones institucionales, y situaciones sociales complejas. El material analizado permite comprender cómo la práctica real se configura en un espacio de una suerte de negociación, en donde los equipos intentan sostener los lineamientos de la ley, mientras que el contexto que dificulta su implementación.

Por otro lado, en relación con la *articulación intersectorial,* el material permite identificar que el dispositivo no funciona de manera aislada, sino en vinculación con otros actores e instituciones. En este sentido, la entrevistada refiere que "se trabaja articulando con otros lugares, como talleres de laborterapia externos al hospital", así como también con entidades gubernamentales, por ejemplo, en gestiones vinculadas a la tramitación de documentación.

A su vez, se destaca la articulación con otros efectores del sistema de salud, tanto en el ingreso como en el egreso de los pacientes: "también se articula con otros hospitales", así como la necesidad de garantizar la continuidad de la atención "en efectores de salud más cerca de sus domicilios". En esta misma línea, la entrevistada señala que los pacientes pueden llegar "traídos por el SAME o la policía […] o derivados por otros hospitales", lo que evidencia la inserción del servicio dentro de una red más amplia de atención de la salud.

Sin embargo, esta articulación no está exenta de dificultades. Tal como se observa en el material, la intervención de otros actores institucionales, particularmente del ámbito judicial, implica tensiones en la práctica. La entrevistada señala que "indirectamente, es el juez el que indica la internación con su equipo. No importa lo que diga el equipo del hospital, hay que internar sí o sí. Ha pasado que ha habido problemas

cuando el equipo ha dicho ‘este paciente no tiene que estar en internación’. Eso es un gran problema del hospital particularmente. En esos casos hay que seguir lo que el juez indica, por más que no sea lo que evalúa el profesional o que vaya en contra de los derechos del paciente”. A partir de este fragmento, es posible dar cuenta de los desafíos que presenta la articulación intersectorial. Así, la articulación intersectorial aparece como un elemento necesario para el abordaje de la institución, pero que al mismo tiempo implica la negociación entre distintos marcos de intervención que no siempre coinciden.

Para finalizar, se desarrollarán las *condiciones estructurales* que, en relación con el material relevado, permiten ubicar las limitaciones que atraviesan al funcionamiento del servicio, y condicionan a las prácticas de atención. La concurrente señala que “todos los recursos del hospital son bastante limitados” y que “después de las 3 de la tarde queda muy poco personal”. Esto da cuenta de la escasez del personal que impacta directamente en la organización cotidiana del servicio. A su vez, esto se vuelve más evidente cuando refiere que “a veces queda un solo enfermero para 22 camas” y que “este servicio sobrevive por la rotación de residentes y concurrentes”, lo que infiere en que el funcionamiento, en gran parte, es sostenido por profesionales en formación y no el personal de planta.

En esta misma línea, la falta de recursos no sólo afecta la calidad de la atención, sino también la posibilidad de sostener los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental.

La entrevistada aporta una dimensión estructural más amplia al señalar que “nunca se cumplió el 10% de presupuesto para salud (que eso está contemplado por la ley)” y que “no hay plata y no hay recursos para salud”, lo que sugiere que las limitaciones en el marco de decisiones político-institucionales, exceden al servicio como tal.

Por otro lado, estas condiciones también inciden en la organización del sistema en su totalidad. La concurrente señala que “muchos hospitales generales no tienen la infraestructura ni los recursos humanos para atender algunos casos, entonces los traen al hospital”, lo que refuerza la centralidad del hospital monovalente como receptor de

situaciones complejas, incluso dentro de un modelo que busca descentralizar la atención.

De este modo, las condiciones estructurales no aparecen como un elemento más, sino como un punto central para comprender tanto la persistencia de ciertas prácticas como las tensiones previamente analizadas. En este marco, es posible ubicar los límites concretos con los que se enfrenta la implementación del modelo comunitario en el sistema de salud mental.

En conjunto, el análisis de las distintas categorías permite advertir que las prácticas del dispositivo no se inscriben de manera unívoca en un solo modelo de atención. Por el contrario, se identifican elementos que remiten tanto a propuestas propias del modelo comunitario (como la presencia de espacios grupales y la articulación con otros dispositivos), como otras que dan cuenta de ciertas modalidades más tradicionales, asociadas a la lógica de la internación prolongada y a abordajes de tipo individual. Más que el reemplazo de un modelo por otro, lo que se observa es la coexistencia de distintas lógicas que se ponen en juego en la práctica cotidiana, en función de las condiciones institucionales, los recursos disponibles y las características de las situaciones abordadas.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

El presente estudio se basa en la perspectiva de una única informante clave, cuya posición como concurrente en formación introduce una mediación específica en la lectura del servicio. Si bien esto permitió acceder a una mirada situada del funcionamiento cotidiano, constituye una limitación en términos de diversidad de perspectivas y triangulación de datos.

En este sentido, futuras investigaciones podrían ampliar el análisis incorporando otros actores del equipo interdisciplinario, tales como profesionales de planta, trabajadores sociales, personal de enfermería y otros integrantes del dispositivo, lo que permitiría enriquecer la comprensión del funcionamiento institucional desde múltiples miradas.

CONCLUSIONES

Habiendo realizado un análisis del material relevado de la entrevista, en relación a los aportes teóricos, es posible pensar que el servicio de internación del hospital se encuentra atravesado por una serie de tensiones y obstáculos que dificultan ubicarlo dentro de un único modelo de atención. Si bien se trata de un hospital monovalente, históricamente asociado a lógicas manicomiales, el dispositivo estudiado da cuenta de intentos concretos de adecuarse al modelo comunitario y a la Ley Nacional de Salud Mental.

El servicio incorpora dispositivos grupales, espacios de participación, y modalidades de abordaje que trascienden la lógica meramente asistencial, lo que permite pensar en una reconfiguración de las prácticas tradicionales hacia formas más integrales de atención. Sin embargo, estas transformaciones no implican necesariamente la desaparición de otras lógicas, sino más bien su coexistencia. En esta línea, el dispositivo no deja de estar inscripto en una institución monovalente, lo que introduce límites estructurales que condicionan el alcance pleno de dichos cambios.

Asimismo, uno de los aspectos más relevantes que emergen del análisis se vincula con la persistencia de los procesos de cronificación, especialmente en aquellos casos donde la internación se prolonga ante la falta de redes, recursos, o dispositivos alternativos por fuera del hospital. Si bien la ley establece que la internación no debe responder a motivos habitacionales, el análisis del material permite observar que, en la práctica, estas situaciones aún tienen lugar, en gran parte debido a la falta de condiciones que permitan una externación efectiva.

De este modo, las dificultades no deberían ser pensadas únicamente en términos de adecuación o no a la normativa, sino en relación a condiciones estructurales más amplias. La falta de recursos humanos y financieros, así como la insuficiencia de dispositivos ambulatorios, se constituye como un factor central que limita la implementación del modelo comunitario. Incluso considerando que en determinados momentos se han registrado avances a nivel de políticas públicas, como la asignación de

mayor presupuesto a la salud mental en el año 2023[12], el análisis sugiere que esto no se sostuvo en el tiempo, lo que repercute directamente en el funcionamiento de los servicios.

Asimismo, el hospital monovalente continúa ocupando un lugar central dentro del sistema de salud mental, no solo por su historia, sino también por la falta de alternativas en otros niveles de atención. Tal como se observa en el caso analizado, situaciones tales como la derivación de pacientes desde hospitales generales o la permanencia prolongada de los usuarios ante la falta de recursos externos, evidencian que el proceso de desinstitucionalización aún se encuentra en construcción.

En síntesis, el caso analizado permite pensar que, más que un pasaje acabado de un modelo a otro, lo que se observa es un proceso de transformación en curso, donde coexisten avances en la adecuación al modelo comunitario, con límites estructurales que obstaculizan la plena implementación. En este sentido, el dispositivo estudiado da cuenta de los esfuerzos por correrse de la lógica manicomial, aun cuando estos se desarrollan en un contexto que continúa presentando condiciones estructurales que limitan dicha transformación. Asimismo, estos resultados deben ser considerados en función de las particularidades del diseño del estudio, en tanto el análisis se construye a partir de una perspectiva situada, mediada por el rol de la participante como concurrente en formación, tal como se ha señalado en las limitaciones del estudio, lo que orienta la lectura del funcionamiento del servicio y abre la posibilidad de futuras investigaciones que incorporen otros actores del equipo interdisciplinario.

[12] Gobierno de la Nación Argentina (2023). *Por primera vez Argentina destinó a la salud mental el 10% del presupuesto en salud*. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/noticias/por-primera-vez-argentina-destino-la-salud-mental-el-10-por-ciento-del-presupuesto-en-salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2000). Ley N° 448 de Salud Mental. *Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires*, N° 1014, 28 de agosto de 2000.

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio* (F. Molina y Vedia, trad.). Topía Editorial. (Obra original publicada en 1980).

Bustamante, C. (2025). *Introducción al Campo de la Salud Mental* [Material didáctico]. Área de Salud Mental Pública y Comunitaria, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Centro de Estudios Legales y Sociales y Mental Disability Rights International. (2007). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. CELS.

Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. (2003). *Hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Informe N° 2: Hospitales neuropsiquiátricos*. CIPPEC.

Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVII(2), 173-182.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial.

Deharbe, F. G., & Lehn, S. A. (2025). Comparación del perfil clínico en servicios de guardia psiquiátrica entre un hospital monovalente y uno polivalente: un análisis retrospectivo a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. *SigMe*, *4*, e0023. https://doi.org/10.14409/sigme.2025.4.e0023

Fernández Ventura, N., & Sy, A. (2024). Los procesos de desinstitucionalización en salud mental en Argentina: una revisión integradora de la literatura científica (1990-2022). *Anuario de Investigaciones*, *31*, 323-332.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I* (J. J. Utrilla, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1961).

Funk, M., Faydi, E., Drew, N. y Minoletti, A. (2009). Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En J. J. Rodríguez (Ed.), *Salud mental en la comunidad* (2.ª ed., pp. 105–117). Organización Panamericana de la Salud. paho.org

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (s.f.). *Programas de residencias y concurrencias*. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, Ministerio de Salud. Recuperado el 12 de agosto de 2026, de https://buenosaires.gob.ar/salud/docencia-investigacion-y-desarrollo-profesional/residencias

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud. (2012). *Reglamento de Concurrencias del Equipo de Salud de la CABA* (Resolución Nº 2182/MSGC/2012). https://static.buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2017/10/10/9066f7f311277e2ae17ece9d4cba19dbea54ccf7.pdf

González López, L., & Penas Busto, S. (2025). Contención mecánica y su situación en la actualidad. *Revista Enfermeir@s*, *2*(41), 24-29.

Ley N.º 22.914. Régimen de internaciones de personas con afecciones mentales y/o de establecimientos de internación. Boletín Oficial de la República Argentina, 14 de septiembre de 1983. buenosaires.gob.ar

Ley N.º 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010. infoleg.gob.ar

Lodieu, M. T., Longo, R., Nabergoi, M., & Sopransi, M. B. (2012). *Tema 2. (parte II). Panorama histórico sobre la situación de los "enfermos mentales"* [Material de cátedra]. Curso Salud Mental Comunitaria M1 U1. Coordinador General: Dr. Emiliano Galende. Universidad Nacional de Lanús (Selección: pp. 1-7 y 18-25).

Lonigro, S. (2015). Del paradigma manicomial al campo de la salud mental. Puntuaciones de su historia política en Argentina. En I. Seoane Toimil & S. Lonigro (Comps.), *Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones desde la época* (pp. 5-19). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/162732

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2019). *Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental: Informe ejecutivo*. Secretaría de Gobierno de Salud.

Moreno, M., Cerchiaro, S., Dovgan, N., & col. (2021). Experiencias de gestión e intervención en salud mental desde la Ley de Salud Mental 26.657, Programa de Salud Mental del Municipio de San Martín, Gran Buenos Aires, Argentina, 2021. *Revista Argentina de Medicina*, *9*(3), 166-173. http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/w5bp841sk

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Almaty, URSS. paho.org

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud*. Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Consenso de Panamá*. Conferencia Regional de Salud Mental, Ciudad de Panamá, Panamá. [1, 2]

Pinel, P. (1804). *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental*.

Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *16*(3), 261–270.

Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En O. Garay (Coord.), *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal* (pp. 1-38). La Ley.

Twardman, C. (2021). La Ley de Salud Mental Comunitaria de 1963. *Journal of Mental Health Policy*, 24(2), 45-58. nih.gov.

ANEXOS

INSTRUMENTO:

Como instrumento de recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada en profundidad, de carácter institucional. La elección del mismo permitió acceder a los significados, experiencias y percepciones de la participante, en relación con las prácticas desarrolladas en el servicio.

La entrevista fue guiada por un conjunto de ejes temáticos que buscaron indagar, en general:

- las modalidades de abordaje en el servicio.

Y en particular:

- el lugar de la internación dentro de las estrategias de atención,
- las articulaciones institucionales e intersectoriales,
- los estados de cronificación,
- las tensiones entre las prácticas y el marco normativo vigente en salud mental,
- las condiciones institucionales que inciden en las intervenciones.

GUÍA DE ENTREVISTA:

Rol y posicionamiento institucional

- ¿Cuál es tu rol dentro del servicio? ¿Hace cuánto trabajás en este espacio? ¿Cómo se organiza el equipo en el que trabajás?

Funcionamiento del servicio

- ¿Cómo describirías el funcionamiento del servicio en términos generales?
- ¿Qué tipo de situaciones o problemáticas suelen abordar?
- ¿Cómo se organizan las intervenciones dentro del equipo?
- ¿Qué lugar tiene el trabajo interdisciplinario en la práctica?

Modalidad de abordaje en salud mental

- ¿Desde qué modelo o enfoque dirías que se trabaja en el servicio?
- ¿Cómo se piensa el abordaje de los casos en este contexto?
- ¿Qué lugar tiene la articulación con otros dispositivos o instituciones?
- ¿Se realizan intervenciones por fuera del hospital? ¿Cómo se organizan?

Procedimientos institucionales

- ¿Cómo se actúa institucionalmente frente a situaciones que requieren decisiones complejas (por ejemplo, una posible internación)?
- ¿Existen protocolos formales o circuitos establecidos para estos casos?

- En situaciones de internación involuntaria, ¿qué pasos se siguen dentro del servicio?
- ¿Qué organismos intervienen (por ejemplo, judiciales, órgano de revisión, otros)?
- ¿Cómo se realiza el registro de estas situaciones (historias clínicas, planillas, informes, etc)?
- ¿Se establece un plan de externación o seguimiento? ¿Cómo se construye?
- ¿Qué tipo de articulaciones se realizan con otros sectores o instituciones (salud, social, judicial, comunitario)?

Internación dentro del abordaje

- ¿Qué lugar ocupa la internación dentro de las estrategias de atención?
- ¿En qué situaciones se recurre a este recurso?
- ¿Cómo se toman esas decisiones dentro del equipo?
- ¿Cómo se trabaja en la planificación del egreso?

Marco normativo y prácticas

- ¿Cómo se pone en juego la Ley Nacional de Salud Mental en la práctica cotidiana?
- ¿Existen protocolos o criterios institucionales para determinadas situaciones?
- ¿Cómo se trabaja en conjunto con el Órgano de Revisión?
- ¿Cómo se realiza el seguimiento de estas situaciones?

Tensiones

- ¿Qué dificultades aparecen en este modelo de abordaje?
- ¿Hay tensiones entre lo que plantea la ley y lo que se puede hacer en la práctica?
- ¿Qué factores institucionales o estructurales impactan en el trabajo cotidiano?

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El presente documento tiene como finalidad informar y solicitar el consentimiento para participar en una entrevista en el marco del Trabajo Integrador Final de la carrera de Licenciatura en Psicología, cuyo objetivo es indagar acerca de las modalidades de abordaje en salud mental en el ámbito hospitalario, particularmente en relación con las prácticas de atención y organización institucional.

La participación en esta investigación consiste en la realización de una entrevista individual, de carácter voluntario, en la cual se abordarán aspectos vinculados al funcionamiento del servicio, las prácticas de intervención, el trabajo interdisciplinario y

el marco institucional en el que se desarrollan dichas prácticas. La duración estimada de la entrevista es de aproximadamente 40 a 50 minutos.

Se informa que la entrevista será registrada mediante grabación de audio, únicamente con fines académicos, con el objetivo de facilitar su posterior análisis. En caso de no estar de acuerdo con la grabación, el/la participante podrá indicarlo, sin que esto afecte su participación.

La información brindada será utilizada exclusivamente con fines académicos, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato. En ningún caso se divulgarán datos personales que permitan identificar al/la participante, ni a terceros.

La participación es completamente voluntaria, pudiendo el/la participante retirarse en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión y sin que esto implique consecuencia alguna.

Al firmar el presente consentimiento, el/la participante declara haber sido informado/a acerca de los objetivos del estudio, las condiciones de participación y el uso de la información, y acepta participar de manera libre y voluntaria.

Firma del/la participante:

Aclaración:

Fecha:

REGISTRO DE ENTREVISTA:

Referencias utilizadas en la transcripción: Entrevistadora (**E**) y Concurrente (**C**)

E: En primer lugar, quería preguntarte: ¿hace cuánto tiempo estás en ese servicio y cuál es tu rol ahí adentro?

C: Estoy hace un año y medio aproximadamente, estoy terminando mi concurrencia ahora en julio. Es como una residencia, pero dura cinco años y es ad honorem. Estoy haciendo una especialización clínica, termino ahora este último tramo en julio, y acá estuve un año y unos meses. Termino en el Servicio 27, que es de internaciones.

E: Bien, y te pregunto, ¿cómo se organiza el equipo del Servicio 27?

C: Bueno, como ocurre en todo el hospital, me parece que no hay tantos equipos interdisciplinarios completos como debería ser. En este servicio, hay un psicólogo social de planta, hay dos psiquiatras —que no es común que haya tantos psiquiatras—, y uno dice “el hospital, el hospital”, pero en realidad es poco común que haya tantos en un servicio. De hecho, hay servicios que actualmente no tienen psiquiatra. Estos dos psiquiatras son jefes de servicio, los dos. También hay una psicóloga que es la jefa del

servicio de planta. Y luego, todo el personal que hay son rotantes: generalmente residentes, ahora están los del Clínicas, son psicólogos rotantes, pero no pertenecen al servicio, igual que yo, que estamos transitando por ahí durante un tiempo.Así que podemos decir que hay cuatro profesionales en el personal de planta. También está el personal de enfermería. Ese es el equipo que sostiene el servicio, y todos los rotantes absorben la mayoría del trabajo. Hay más o menos 22 camas en ese servicio.

E: Ya que me mencionás las camas, te pregunto por la internación, ¿quiénes son los usuarios que llegan a ese servicio?

C: Es interesante esa pregunta porque en realidad va cambiando. En este servicio conviven dos tipos de pacientes, por decirlo de alguna forma. Por un lado, están los de larga data de internación: hablamos de 25, 40 años internados, mucho, mucho tiempo. Son gente grande que, bueno, son todos diferentes, pero si los tuviéramos que clasificar, serían los "crónicos". Para ellos es muy difícil la externación porque no hay redes afuera, porque no pueden manejarse autónomamente, y su casa es el Borda prácticamente. Entonces es difícil la externación con estos pacientes en particular. Porque uno piensa: sí, hay que externar, no pueden vivir toda una vida ahí dentro, la internación no puede ser por una cuestión habitacional, ¿no?, pero lo cierto es que es muy difícil. Viven ahí, muchos tienen sus redes ahí adentro.

E: Particularmente, ¿qué sucede con las familias de esas personas?

C: Pasa que muchas veces no quieren o no pueden hacerse cargo, aunque también pasa que ellos mismos no quieren irse. Se usan todos los recursos del servicio, todos los que te imagines: subvenciones por discapacidad, recursos psicosociales, acompañantes terapéuticos. Pero muchas veces no alcanza. Por ejemplo, a algunos pacientes se les alquila una habitación en un hotel, y la externación se logra con eso, se tramita el subsidio. Pero con muchos pacientes no se logra. Esa sería una parte. Después, el resto de pacientes serían los que vienen por internaciones más recientes, que pueden ser voluntarias o involuntarias, y no se eternizan en el hospital. La mayoría son así. Ahora están llegando muchos casos por consumo de sustancias, y también por brotes psicóticos o descompensaciones, pero en muchos casos aparece esa comorbilidad, la patología junto con el consumo problemático. Y el servicio cuenta con un grupo de trabajo específico para el consumo problemático. Ese grupo se compone por la psicóloga de planta que lo coordina, junto con un residente, y también pueden participar los pacientes internados que quieran.

E: En términos generales, ¿cómo describirías el funcionamiento del servicio?

C: La mayor actividad que hay es desde las 9 de la mañana hasta las 3 de la tarde. Hay muchos talleres y también asambleas. Los talleres son de cocina, música, arte, fútbol, jardinería. Y después hay dos asambleas, los lunes y miércoles, que son de convivencia, donde se conversan cuestiones comunes de lo que va pasando. Luego está el grupo de pacientes con consumo problemático. Bueno, también a cada paciente se le asigna un psicólogo y un psiquiatra. Además, se trabaja articulando con otros lugares, como

talleres de laborterapia externos al hospital, en los casos en que se puede hacer esa derivación. También tienen que tener ganas de hacerlo. En general se asignan casos. Yo, por ejemplo, tengo asignados cuatro pacientes, a los que hago entrevistas semanales, aunque con algunos más seguido que con otros, depende del equipo de trabajo. Yo me formo en orientación lacaniana, entonces la duración de la sesión tiene que ver con lo que el paciente viene a armar. Suelen ser breves. Pero después cada uno tiene su modalidad de trabajo. No es que haya un lineamiento único, aunque el jefe puede decir, por ejemplo: "a este paciente quiero que lo veas cuatro veces por semana", y entonces respondemos a eso. Pero en general se trabaja así, y nosotros como equipo tenemos reuniones todos los miércoles.

E: Me habías mencionado el trabajo interdisciplinario. ¿Se da en el sentido que plantea la ley?

C: Sí, pero con muchas limitaciones. Por ejemplo, no tenemos trabajador social de planta. Ahora hay un rotante trabajador social —que yo no lo vi mucho—, pero no hay trabajadores sociales de planta en el hospital. Cuando digo de planta me refiero a que pertenezcan a la institución, que puedas sostener un trabajo en conjunto. Si bien yo estuve un año, los rotantes generalmente están seis meses. Entonces viene un trabajador social, se queda un tiempo, se trabaja interdisciplinariamente, y después te quedás sin trabajador social. Entonces muchas de esas tareas las hacemos entre los que estamos. El trabajador social, por ejemplo, habla con la familia, cita, gestiona cosas. Es quien debería poder visitar a la familia, hacer un informe socioambiental de la vivienda, del contexto familiar… eso nosotros no lo podemos hacer. A ver, se trabaja interdisciplinariamente en las reuniones, donde se va diciendo todo. Está enfermería, psiquiatría, psicología. Pero no hay trabajador social, no hay nutrición, y se nota que faltan piezas.

E: Pensando en la ley, la internación como último recurso y el cierre de hospitales monovalentes, tengo entendido que este hospital brinda otros servicios además de salud mental. ¿Eso hace que pueda seguir existiendo?

C: Sí, efectivamente.

E: ¿Esos servicios están abiertos al público?

C: Sí. Hay servicios específicos para los pacientes internados, como los de internación. Pero después hay servicios abiertos a la comunidad: clínica psicológica, infectología, odontología. Pero no lo tengo tan claro, es tan grande el hospital, está tan sectorizado y disgregado también en la comunicación entre servicios sectorizado, y también hay bastante desarticulación. A ver, sí hay comunicación, pero no siempre es fluida. Nosotros, por ejemplo, trabajamos mucho con clínica médica porque si un paciente se enferma lo mandamos ahí. Pero hay una desarticulación grande entre servicios. También está psicodiagnóstico, orientación vocacional para adolescentes. Tiene servicios medio "armados" también para que el hospital sobreviva, pero no es un hospital general, no llega a esa complejidad. Hay neurología, equipos de tomografía, puede ir cualquier

persona. Pero el fuerte sigue siendo la atención psiquiátrica. Hoy hay aproximadamente 400 internos, que es un número bajo en comparación con otros momentos. Y también muchos pacientes ambulatorios que, después de la externación, continúan yendo a consultorios externos.

E: ¿Consultorios externos cómo se organiza?

C: Es atención psicológica y psiquiátrica. Yo no estuve ahí, pero hacen psicología y psiquiatría, y son generalmente los que se encargan de hacer el seguimiento luego de la externación. Continúan atendiéndolo para que se sostenga la externación, ver que siga compensado, etc.

E: Te consulto, ¿medicación también otorgan en el hospital?

C: Sí, sí. Es todo un asunto la medicación, porque bueno, todos los recursos del hospital son bastante limitados. Pero sí, dentro de lo acotado, muchas veces, por ejemplo en el servicio donde estoy, los mismos psiquiatras se encargan de conseguir medicación que no tiene el hospital para medicarlos mejor, cuando las necesidades son otras. Este servicio tiene una perspectiva muy humana de la atención.

E: Bien, ya que me mencionás esto de la perspectiva, mi trabajo está enfocado en la comparación entre los modelos, el modelo asilar vigente tanto tiempo y después cómo irrumpe la ley a partir de las reformas y la implementación del modelo comunitario. ¿Desde qué modelo o enfoque dirías que se trabaja en este servicio?

C: Bueno, es difícil la pregunta porque, digamos, no es para todos los pacientes lo mismo. Hay una dedicación del uno por uno. Para algunos quizás sí impera más la lógica manicomial, en tanto estos pacientes crónicos, por ejemplo, que, nada, como decimos, el Borda es su casa, no salen, no tienen ni salidas a la calle, por ejemplo.

E: Y, ¿esto se da por decisión del equipo o por las condiciones externas que me mencionabas?

C: Y… son muchos factores. Por ejemplo, tenemos un caso de un paciente que no quiere salir ni al pasillo, a veces se consigue que camine un poco, a veces no. Otro caso, por ejemplo, que pudimos externar, se descompensó de nuevo y tuvimos que traerlo. Y sin duda es un manicomio, es un loquero. Tenés al que hace kung fu en el aire por un lado, otro que está gritando… bueno, conocés el hospital. Pero con otros no. Si bien hay una asistencia que debe haber, nosotros otorgamos muchísimos permisos de salida, pero eso tiene que estar muy bien evaluado, imaginate el riesgo que a veces hay. La idea es que al hospital se puede entrar y salir cuando se quiera, es de puertas abiertas. Este servicio busca mucho esto, pero no nos olvidamos también que están las lógicas de poder que suceden en cualquier institución, en hospital psiquiátrico ni hablar. Eso es algo que siempre está sobre la mesa y siempre se conversa, para nunca olvidarnos de eso: cómo se ejerce un poder sobre un paciente que está internado.

E: Es interesante lo que decís de no olvidarse y que sea un tema que se dialogue, porque también hay mucha mística alrededor de este hospital y de las prácticas que se desarrollan ahí adentro.

C: Sí, realmente tiene muy mala prensa. Leyendo la ley de salud mental, siguiendo cómo fue cambiando el paradigma de la atención, uno puede estar en contra de muchas cosas, pero no hay un modelo actualmente que sea más eficaz, pienso yo, para este tipo de población. Porque, a ver, sucede en los hospitales generales que en internación no hay gente que vigile que la persona no se vaya. El otro día me contaron una situación en un hospital general: habían internado a alguien por salud mental en una sala general y nadie se quedó a ver que no se vaya. La persona salió corriendo y se escapó (esto me lo contó el hermano de esta persona), y casi lo choca un auto. Y ni hablar que en el hospital —ni hablar en este particularmente— conviven muchos pacientes que están por salud mental con personas que llegan con consigna policial, con causas judiciales. Y en un hospital general eso es mucho más complicado. Entonces, bueno, en general está puesto sobre la mesa, se conversa un montón, pero es inevitable que haya una lógica manicomial acechante. Pero el equipo va contra eso.

E: Te quería preguntar, ¿qué lugar tiene la articulación con otros dispositivos u otras instituciones? ¿Se da? ¿Es efectiva?

C: Sí, sí se da. Eso lo hace la jefa del servicio. Se articula con otros sectores, ni hablar con entidades gubernamentales. Por ejemplo, desde ayudar a los pacientes a hacerse el DNI, hasta estos talleres de laborterapia que son varios. Incluso en el mismo hospital hay grupos con los que se articula para que los pacientes circulen por ahí, que tengan pertenencia en otros lugares también. También se articula con otros hospitales, porque a este hospital llegan de todos lados y también hay que ver dónde pueden continuar la atención una vez externados, que puedan continuar en efectores de salud más cerca de sus domicilios. Depende de la necesidad de atención que tenga cada paciente, claramente, sino tienen que volver acá al hospital, y hay pacientes que les queda súper lejos.

E: Claro, y cuando vienen de un hospital general, ¿por qué motivo llegan a este hospital y no se quedan en el hospital general?

C: A veces derivan acá al hospital, a veces llegan traídos por el SAME o la policía por descompensación en la calle, a veces vienen voluntariamente, a veces derivados por otros hospitales. Y yo creo que es por esto que te decía: muchos hospitales generales no tienen la infraestructura ni los recursos humanos para atender algunos casos, entonces los traen a este hospital.

E: ¿Cómo se actúa institucionalmente con estas situaciones que requieren esta decisión compleja?

C: Bueno, ya la instancia de internación es, por así decir, una tercera instancia. Primero llegan a guardia, luego van a admisión, ahí se estabiliza al paciente con medicación. Una vez estabilizado vienen al servicio de internación, derivados por alguna de las admisiones. Y bueno, siempre que es una internación involuntaria se busca el consentimiento del paciente y hacerla voluntaria. Hay casos en donde no es posible y por eso existe la figura de la internación involuntaria, porque el paciente no puede dimensionar el riesgo para sí o para otros. Ese es el único criterio que puede existir para proceder con la internación involuntaria de alguien. Y bueno, en general, esto que te contaba: se procura dar muchos permisos de salida, si hay familia que acompañe, bueno, articular en lo posible con eso. A veces logramos que los fines de semana se queden en su casa y luego vuelven, o que salgan con la familia. Eso se busca mucho porque es la manera de mantener el contacto con el exterior y las redes sociales.

E: Y, ¿qué pasa si la persona no vuelve?

C: Si no vuelve, se interrumpe la internación.

E: ¿Se tiene que dar aviso al órgano de revisión?

C: Creería que sí, esto lo puedo averiguar mejor. Pero sí, cuando sucede se asienta en la historia clínica que el paciente interrumpió la internación.

E: Bien, y, ¿tenés idea de cómo participa el órgano de revisión?

C: Mirá, hay mucha circulación del órgano de revisión, está súper presente. Hacen constantes entrevistas con los pacientes para ver la situación en la que están. Pero como no es algo que yo maneje, no tengo tanta información.

E: ¿Hay alguna planilla que se tenga que llenar? Digo, el registro de la internación.

C: Claro, en general eso lo hacen en la admisión. Cuando llegan al servicio se les asignan los profesionales y continúan la historia clínica con la evolución actual, y realizan informes periódicamente. El órgano solicita informes en algunos casos.

E: Te consulto, ellos —el órgano de revisión— tienen que verificar cuando una internación se prolonga mucho tiempo, ¿no? En esas situaciones, ¿qué devolución se le da?

C: No, bueno, esa situación la lleva adelante el jefe de servicio, y se hacen los informes correspondientes. Se justifica el motivo de la prolongación de la internación. En algunas ocasiones los representantes del órgano van y entrevistan, o lo hacen de forma virtual. Pero bueno, a veces suena, por cómo está puesto en la ley, como que "el órgano de revisión viene y se fija a ver qué tal", y no, es una articulación. Es dar cuenta de por qué se prolonga la internación y el motivo. El paciente continúa descompensado, no está del todo estabilizado, se considera que aún hay riesgo cierto e inminente, y es eso. A veces incluso el riesgo puede no estar y hay criterio de internación hasta tanto ver qué destino

toma ese sujeto, por dónde va. No es que es todo tan lineal, "se fue el riesgo entonces se va". No. Hay todo un trabajo para hacer, en esto de poder conseguir una vivienda si no la tiene, etc.

E: Claro, en estos pacientes que me decís que están hace 40 años, el motivo ya no es el riesgo sino que no tiene dónde ir, y uno de los artículos de la ley plantea que no debe usarse la internación por motivo habitacional. Me interesa pensar qué pasa ahí cuando ese es el motivo. ¿El órgano tiene algún tipo de injerencia? ¿Puede hacer algo?

C: Y… me parece que hay cierto diálogo con el órgano. Generalmente son abogados, pero hay diálogo entre profesionales de distintas áreas, profesionales que pueden dialogar sobre esto. Y en ese sentido me parece que se pueden sostener este tipo de tratamientos. Pensá que muchos pacientes están en situación de calle, y muchas veces se van y vuelven a la calle. A ver, se procura intentar que no, pero muchas veces pasa. A veces no quieren vivir en otro lado. Esos son los problemas que aparecen.

E: Bien, para finalizar con internaciones, ¿se establece algún plan formal de externación? ¿Cómo funciona ese proceso?

C: Sí, hay varias maneras, depende. Hay en el hospital servicios, uno en particular se llama hospital de noche, donde los pacientes se van en el día a hacer su vida afuera y vuelven a dormir. A veces se deriva a ese servicio, entonces solo vuelven a dormir de noche. Otra forma es dar el alta directamente y que vuelva a su casa, si es que tiene. En general lo que se hace es que todo paciente continúe con un seguimiento, que es esta atención ambulatoria. A veces continúan en el mismo servicio, lo cual no es lo ideal. Pero también, imaginate que es un trabajo con transferencia, no es tan fácil querer ir con otro profesional después. Y además, muchas veces es muy difícil conseguir turno con otros profesionales en consultorios externos porque hay mucha demanda y poco personal. Entonces a veces se siguen atendiendo en el mismo servicio hasta conseguir turno en otro lugar o en externo. Ese seguimiento posterior es muy importante, no es que se va y ya está. Bueno, y esto que me preguntabas de los papeles: sí, es un proceso que debe estar todo documentado. El alta va documentada en la historia clínica, los permisos también son papeles. Hay policía en la puerta del hospital y tienen que mostrar el papel para salir y regresar. En atención ambulatoria es un poco así: se puede derivar al hospital de noche o también al hospital de día, que funciona como todo hospital de día, con actividades durante el día y después vuelven a sus casas a dormir.

E: ¿Qué lugar considerás que ocupa la internación dentro de las estrategias de atención en salud mental? ¿Es efectivamente un último recurso en la práctica?

C: Claro, primero, como te decía, pasa por admisión, donde hay un psicólogo y un psiquiatra. Pero no todo paciente es internado, para nada, tiene que cumplir el criterio de riesgo. Y no todo paciente continúa internado. Muchas veces vienen, están una semana, se les da el alta y continúan con consultorios externos y listo. Pero sí hay casos más complejos donde no se puede hacer eso. Igual no es el principal recurso.

E: Pensando en las tensiones entre el marco normativo y las prácticas, ¿cómo sentís que se pone en juego la ley en la práctica cotidiana?

C: La ley es muy importante en tanto lo que pensamos de la historia de los manicomios y del poder que puede ejercer alguien sobre otra persona en estado de vulnerabilidad. Por ejemplo, el electroshock sigue existiendo, mismo dentro del hospital, es algo que se hace. También existe el recurso del amarre. Antes estas prácticas absolutamente inhumanas eran muy comunes, muchas formas de tratamiento que eran inhumanas. Y la ley lo que viene a hacer justamente es frenar con esto, para no vulnerar a las personas. Ahora, en el Servicio 27 no hay nadie que quiera vulnerar el derecho de ningún paciente, no es ese el interés. Al contrario, como te decía, se tiene en cuenta esta simetría todo el tiempo. La ley se debe seguir, no se puede elegir no seguirla. Pero la ley es una entidad abstracta, y en cada caso se da de manera diferente. Entonces, siguiendo la ley, se van tomando decisiones en base a lo que se considere mejor para el paciente desde la perspectiva profesional. Digamos que, en la práctica, la ley no es tan cuadrada como uno puede leerla. Es difícil de explicar, pero quizás los pacientes crónicos son la manera más fácil de entenderlo: qué se hace en esos casos, todavía no hay solución para todo. Si bien se trabaja caso por caso, en algunos se consigue, en otros no.

E: ¿En qué ves las tensiones entre lo que plantea la ley y las prácticas que se dan dentro del hospital?

C: Las tensiones aparecen muchas veces. Uno puede decir: este paciente no tiene criterio de internación, pero todavía se le está tramitando el subsidio, lo está por conseguir para alquilar un lugar, entonces se termina quedando más tiempo. Es cierto que hay lugares de contención, como paradores, pero no siempre es un lugar donde quieran ir. Y en el hospital cuando llegan se arman grupos de pertenencia, se hacen amigos, y también un cariño grande a la gente del hospital. Entonces el alta se atrasa, porque se espera que salga el subsidio para poder acompañarlo, y eso va en contra de la ley, porque sigue estando internado. Pero si hay disponibilidad de camas y el equipo evalúa cuál es la mejor opción en pos de ayudarlo, ahí aparece ese gris que la ley no contempla.

E: Bien, para ir cerrando, ¿qué factores institucionales o estructurales considerás que impactan en el trabajo cotidiano? ¿La identidad de este hospital como institución pesa en ese sentido?

C: Sí, totalmente. Hacer la concurrencia acá tiene su carga de estigma. De hecho, decís "hago la concurrencia en este hospital" y la gente te dice "ohh, vas a salir loca". Sin dudas. Tiene una historia pesada, incluso está el museo, muchísima historia, y ese estigma está instalado.

E: ¿Sentís que el hospital podría eventualmente dejar de funcionar como institución?

C: Yo creo y espero que no, pero sí tiene que ser un hospital que se acerque lo más posible a un hospital general.

E: Y en relación con el modelo comunitario que plantea la ley, ¿cómo lo pensás en la práctica?

C: Por supuesto, sobre todo los principios de proximidad. Vos no podés viajar una hora y media para poder atenderte, deben haber efectores cercanos. Hay personas que muchas veces no tienen dinero ni tiempo para atenderse, tiene que ser cerca. Yo creo que, de todo lo que va hacia un modelo comunitario, el hospital construye sobre eso, es la idea. Después hay otras cuestiones que problematizan la práctica. Un problema que hay es que muchos pacientes que vienen a internarse ya tienen una evaluación hecha por un equipo que dispone el juez. Entonces, indirectamente, es el juez el que indica la internación con su equipo. No importa lo que diga el equipo del hospital, hay que internar sí o sí. Ha pasado que ha habido problemas cuando el equipo ha dicho "este paciente no tiene que estar en internación". Eso es un gran problema del hospital particularmente. En esos casos hay que seguir lo que el juez indica, por más que no sea lo que evalúa el profesional o que vaya en contra de los derechos del paciente. Después está la cuestión estigmatizante, que me parece que eso deja más para la comunidad que para los pacientes, aunque también hay. Yo creo que las prácticas siempre van orientadas a que sea un hospital comunitario, que atienda a la comunidad. Por ejemplo, el servicio de orientación vocacional trabaja articulado con escuelas cercanas, convoca adolescentes. Y los servicios de atención de psicología clínica trabajan con los vecinos del hospital, con atención psicoanalítica gratuita. Pero también vienen pacientes de todos lados, lo que complica un poco el tratamiento. Sin dudas las bases están. Yo te hablo más bien desde el Servicio 27, después cada servicio tiene un nivel de autonomía diferente en cuanto a cómo se organiza la práctica en cada lugar.

E: Te quería preguntar algo que me había quedado pendiente, ¿tenés idea de cuántos servicios hay en el hospital?

C: No, son muchísimos. Yo conozco estos que te estoy contando, pero son muchísimos, con prácticas como te digo, desde electroshock, hasta servicios que no tienen ni psiquiatra, entonces cada uno va armando como puede.

E: Pregunto desde el desconocimiento, ¿el electroshock es una práctica ilegal?

C: No, es una indicación, se puede indicar. Hace un año nos llegó un paciente, un caso súper complejo e interesante. Una paranoia gravísima, con actos auto y heteroagresivos, era muy difícil de contener. La contención medicamentosa no alcanzaba. Después de mucho tiempo lo derivan a nuestro servicio, y era el intento previo al electroshock, ya que tenía indicación. Afortunadamente los psiquiatras y psicólogos —que trabajaron súper bien— lograron zafar del electroshock. Es fabuloso que no haya tenido que llegar a esa instancia, y ahora está próximo al alta. Pensá que el electroshock es una descarga eléctrica, es terrible, pero no tenía opción, es la última última opción. Pero estos psiquiatras consiguieron por fuera otra medicación y la pegaron. Ahora está estabilizado y es amigo de todos.

E: ¿Cómo se decide a qué servicio se deriva cada usuario? ¿Existen criterios institucionales para esa asignación?

C: Mirá, debería haber, pero en realidad el criterio que rige es que haya cama o no. Yo no sé, pero estaría bueno que en admisión, o en servicios de emergencia que estabilizan pacientes, puedan hacer una derivación más adecuada según el servicio. Porque también está la internación a puertas cerradas dentro del hospital. Son internaciones donde los pacientes no pueden salir ni al patio, pacientes considerados muy peligrosos. Yo nunca estuve ahí, pero son servicios a puertas cerradas, donde hay pacientes de otro tipo. Quizás admisión tiene en cuenta a dónde deriva, pero en realidad es disponibilidad de cama. Siempre estamos llenos: se va un paciente y llega otro, es así.

E: Y en relación a esos servicios de puertas cerradas, ¿se conoce lo que sucede ahí o hay cierto hermetismo?

C: No, no, si se sabe. Yo no conozco a nadie que trabaje ahí, solo un chico que rotaba ahí pero dejó la concurrencia. Pero está bueno acercarse ahí, porque es una realidad que pasa también. Antes estaba el penal de Ezeiza, y había este programa llamado PRISMA, que creo que ya no está. Pero ese es otro problema del hospital: la convivencia entre la locura y la delincuencia. Claro está que las personas que delinquen tienen derecho a atención en salud mental, el problema es que no es lo mismo un paciente loco que un paciente, por ejemplo, perverso. Entonces suceden situaciones de abuso entre los pacientes, que, como te digo, después de las 3 de la tarde queda muy poco personal.

E: Y después de ese horario, ¿quiénes quedan a cargo del lugar?

C: Personal de seguridad y enfermería, y la guardia que está siempre. Pero a veces queda un solo enfermero para 22 camas. Hay muy poco personal. Te digo que este servicio sobrevive por la rotación de residentes y concurrentes.

E: ¿La falta de personal es algo reciente o viene de hace tiempo?

C: Sí, viene de hace bastante. Por el desmantelamiento del sistema de salud, nunca se cumplió el 10% del presupuesto para salud, que está contemplado por la ley. Ahora el Estado se achicó y es un momento grave. No se abren cargos ni concursos. A veces se abre alguno, pero no llega a cubrir las necesidades del hospital. No hay plata y no hay recursos para salud, y creo que ese es EL problema que nos atraviesa a los hospitales.

E: Sí, coincido. Para finalizar, ¿hay algo que creas importante y que no te haya preguntado, o que quieras comentarme?

C: Que más allá de la mala fama que tienen los manicomios —y reitero, es algo de lo que hay que estar muy atentos en términos del ejercicio del poder—, por lo menos el Servicio 27 funciona con esto que te decía, una perspectiva muy humana. Yo me acuerdo cuando llegué al servicio me daba fiaca, veía que todos se saludaban con un beso, y eran muchos pacientes, veía un trato muy cercano. Y a veces pasa que tenés un paciente que le tiene fobia al agua, no se baña, y te da cosa quizás, pero terminás

abrazadísima con él porque te empapás del trato humano que gira en el servicio. Se dan relaciones muy lindas. A veces son personas que están muy solas en la vida y encuentran un anclaje con alguien, entre ellos también. Todo eso no está muy dicho en estas cuestiones que critican las internaciones por la privación del derecho a la libertad. Esa parte humana es súper importante. No sé si será en todos lados, pero es el aprendizaje más grande que me llevo de mi rotación en el Servicio 27: el efecto que puede tener eso, el encuentro con un otro que te aloja, eso hospitalario del hospital, que está, por lo menos, en ese servicio.

E: Muchas gracias.