

**Universidad Nacional de Misiones. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Secretaría de Postgrado. Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales**

Doctoranda  
***Rosana Beatriz Benítez***

**Estudio y análisis de la modalidad de abordaje en el campo de la salud mental, en instituciones públicas de la Provincia de Misiones, en el marco de la aplicación de la Ley Nacional N° 26.657/10, en el periodo 2019-2023**

**Tesis de Doctorado presentada para obtener el título de “Doctora en Ciencias Humanas y Sociales”**

“Este documento es resultado del financiamiento otorgado por el Estado Nacional, por lo tanto, queda sujeto al cumplimiento de la Ley N° 26.899”.

Directora  
***Dra. Laura de Perini***

**Posadas, 2024**



Esta obra está licenciado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**Título:** Estudio y análisis de la modalidad de abordaje en el campo de la salud mental, en instituciones públicas de la Provincia de Misiones, en el marco de la aplicación de la Ley Nacional N° 26.657/10, en el periodo 2019-2023

**Tesis para optar al Título de Doctor en Ciencias Humanas y Sociales  
de la Universidad Nacional de Misiones**

**Autora: Rosana Beatriz Benítez**

**Directora: Dra. Laura de Perini**

**Posadas, Misiones**

**Año: 2024**



## Índice

Agradecimientos.....	8
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción.....	11
Objetivos de la Investigación.....	15
Estado del Arte.....	16
PARTE 1 .....	24
CAPÍTULO I .....	25
Salud -Salud Mental.....	25
1. Salud y salud mental. historia y concepto .....	25
2. Reconstruyendo el concepto de salud mental.....	25
3. El modelo médico-hegemónico o asilar.....	27
4. El modelo social de la salud.....	29
5. Las declaraciones, principios y normativas Internacionales.....	31
6. conceptos centrales para leer la salud mental como construcción teórico- operativa- discurso-prácticas .....	34
CAPÍTULO II .....	40
1. La salud mental: historia, concepto y normativas en la Argentina .....	40
2. El pasaje de la higiene mental a la salud mental en las instituciones de salud mental en la Argentina .....	44
3. El cambio de paradigma en Salud Mental en la Argentina.....	49
4. La Ley Nacional de Salud Mental.....	51
5. El abordaje desde el paradigma de los derechos humanos.....	55
PARTE 2 .....	58
CAPÍTULO III .....	59
La salud mental como política de Estado en la Argentina.....	59
1. La política pública. Concepto .....	59
2. Particularidades de las políticas en el contexto del Estado Capitalista en América Latina y Argentina.....	61
3. Particularidades de las políticas en el contexto del Estado Social en América Latina y Argentina.....	65
4. La salud mental como política pública .....	69
CAPÍTULO IV .....	78



La modalidad de abordaje en salud mental.....	78
1. El concepto de abordaje según la Ley Nacional de Salud Mental 26657/10	78
2. Interdisciplinariedad. Concepto .....	79
3. La intervención comunitaria como política .....	84
4. La intervención comunitaria en Salud mental.....	85
CAPÍTULO V .....	90
El sistema público de la salud en la Provincia de Misiones .....	90
1. La provincialización y la organización en torno a la salud pública .....	90
2. El Plan Federal de Salud (PFS) .....	91
3. La organización del sistema provincial de salud .....	93
4. La institucionalización de la atención de la salud mental: el hospital Dr. Ramón Carrillo.....	98
La Metodología de trabajo de Investigación .....	115
1. Contexto de la investigación .....	115
2. Objetivo general .....	116
3. Diseño metodológico.....	116
La no información en el proceso comunicacional (las entrevistas) .....	124
PARTE 3 .....	125
Presentación de los Resultados .....	126
1. Los dispositivos: Ubicación y características generales .....	128
1.1. Los dispositivos: características generales .....	129
2. Los Equipos de Abordaje de la salud mental: antecedentes .....	131
2.2. La interdisciplinariedad. ....	135
2.3. La intersectorialidad.....	138
2.4. El abordaje comunitario .....	140
3. La secuencia en el abordaje de la salud mental: reconstruyendo la integralidad del abordaje .....	144
4. Otras dimensiones de análisis vinculadas con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental .....	147
4.1. Órgano de Revisión- Artículo 40 del Decreto Reglamentario 603/2013..	147
4.2. Las políticas de salud mental a nivel nacional y provincial .....	148
4.3. Programa de conformación de Equipos Interdisciplinarios territoriales...	157



5. La Universidad Nacional de Misiones y su participación en la formación, capacitación y mesas de trabajo sobre la Salud Mental .....	161
6. La formación en interdisciplina y abordaje comunitario de los entrevistados y/o miembros de los equipos de atención.....	164
7. Un posicionamiento no expresado, prácticas que validan la continuidad del enfoque médico-hegemónico .....	166
8. Dispositivos Intermedios.....	172
9. Los programas de rehabilitación.....	175
10. Las miradas de los usuarios de los servicios de salud mental .....	178
11. De las negativas de concretar los encuentros comunicacionales .....	181
PARTE 4 .....	184
CONCLUSIONES GENERALES.....	185
a) Con respecto al objetivo de asegurar el derecho a la protección de la salud mental.....	185
b) Con referencia a la modalidad de abordaje: interdisciplinaria- intersectorial- comunitaria .....	186
c) Con respecto a las normativas vigentes.....	187
d) Un aspecto relevante en la investigación: los obstáculos para concretar las entrevistas .....	189
Reflexiones Finales .....	191
Referencias Bibliográficas .....	193
ANEXOS .....	203



## Índice de Tablas

Tabla 1: Registro de artículos de referencia según relevamiento realizado en base a conceptos claves de referencia. ....	123
Tabla 2: Tratamiento concreto de las demandas según relatos de sus protagonistas en los diferentes dispositivos de Misiones. ....	145
Tabla 3: Distribución del Presupuesto de la provincia de Misiones, según el Proyecto de Presupuesto 2023 presentado por el Ministerio de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos. ....	152
Tabla 4: Distribución de la partida presupuestaria aprobada para el ejercicio 2023, de la administración pública de Misiones, según Ley VII N° 97. ....	153
Tabla 5: Registro del monto destinado a salud mental para el ejercicio 2023, según las estimaciones de la administración pública provincial.....	154
Tabla 6: Distribución de equipos disciplinarios según centros de salud de diferentes puntos geográficos en Posadas. ....	159

## Índice de Figuras

Figura 1: Línea de tiempo: hitos provinciales y nacionales en torno a la Salud Mental. ....	20
Figura 2: Mapa de referencia de las Zonas Sanitarias según el Ministerio de Salud de la provincia de Misiones.....	97
Figura 3: Hospital Colonia de Crónicos (actual Hospital Baliña) en el año 1933.....	103
Figura 4: Distribución de espacios del Hospital Colonia de Crónicos. Plano elaborado por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones. ....	103
Figura 5: Imagen frontal del Hospital Psiquiátrico Dr. Ramón Carrillo.....	104
Figura 6: Imagen frontal del ingreso al Hospital Público de Nivel II S.A.M.I.C. de la localidad de Eldorado, Misiones.....	106
Figura 7: Fotografía tomada al equipo de profesionales que trabajan en acciones preventivas de salud mentas, desde el Hospital SAMIC de Eldorado.....	107
Figura 8: Imagen de volantes de promoción de las actividades que realiza el Equipo de Salud Mental del Hospital SAMIC de Eldorado.....	108
Figura 9: Imágenes de talleres que realiza el equipo de Salud Mental del Hospital SAMIC de Eldorado, en articulación con profesionales de otras instituciones.....	109
Figura 10: Imagen frontal del ingreso al "nuevo" edificio del Hospital SAMIC de Obera. ....	111
Figura 11: Acciones de actores sociales referentes a las solicitudes en términos de políticas, para la solicitud de mejoras en infraestructura del área de psiquiatría del Hospital SAMIC de Obera. ....	112
Figura 12: Acciones desde el gobierno municipal de Obera, con fines de realizar mejoras en el área de Salud Mental del Hospital SAMIC. ....	113
Figura 13: Dispositivos de abordaje de salud y de salud mental, según el Sistema Integrado de Salud de la provincia de Misiones.....	115
Figura 14: Distribución de las entrevistas y los temas/temáticas abordadas según el/la agente/sujeto objeto de análisis de esta investigación .....	128



Figura 15: Distribución de los dispositivos de abordaje de salud y salud mental en el territorio provincial. ....	129
Figura 16: Estrategias de lucha y resistencias de los equipos de salud mental en Misiones .....	143
Figura 17: Espacios de negociación de los equipos de salud mental de Misiones. .	144
Figura 18: Recorte periodístico Diario El Territorio .....	155
Figura 19: Recorte Periodístico Diario Primera Edición .....	156
Figura 20: Recorte Periodístico Primera Edición II .....	156
Figura 21: Recorte Periodístico Diario Misiones Online .....	156
Figura 22: Recorte Periodístico Misiones Cuatro .....	156
Figura 23: Distribución de profesionales incorporados en equipos interdisciplinarios para el abordaje de salud mental .....	159
Figura 24: Consulta sobre formación interdisciplinar y abordaje comunitario a agentes de los equipos de abordaje de salud mental. ....	165
Figura 25: Consulta sobre prácticas pre-profesionales realizadas en los procesos de formación de agentes de equipos de abordaje de salud mental. ....	166
Figura 26: Análisis de categorías discursivas de los entrevistados vinculables al enfoque tradicional hegemónico de abordaje de la salud mental.....	167
Figura 27: Análisis de categorías discursivas de los entrevistados vinculables al enfoque médico- hegemónico de abordaje de la salud mental.....	169
Figura 28: Recorte Periodístico Diario Misiones Online II.....	173
Figura 29: Recorte Periodístico Diario Misiones Online III .....	174
Figura 30: Recorte Diario Primera Edición III.....	176



## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional de Misiones, que me enseñó, me abrazó, y posibilitó ingresar y permanecer en ella. Y que en estos momentos de disputas, desde lo más profundo de mí ser, me nace como muchos y muchas DEFENDERLA...por una UNIVERSIDAD PÚBLICA, GRATUITA Y DE CALIDAD.

Esta tesis es producto de un trabajo colectivo, somos muchas personas que apostamos día a día a las generaciones de grandes transformaciones. De ellos/ellas aprendí y sigo aprendiendo el compromiso y las pequeñas acciones que hacen a las construcciones colectivas. A ellos y ellas va dedicado este escrito y mis mayores agradecimientos.

A Laura de Perini, mi directora de tesis, por todo el apoyo que me brindó en todo este proceso, y por la confianza que me da en cada momento que fuimos transitando. Por su orientación constante y su afecto., por su generosidad... ¡gracias!

A mi familia chiquita y a mi familia ampliada por su empuje y sostén.

Al equipo del centro de estudios, capacitación y formación: Comunidad, Salud y Salud Mental de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, por su generosidad con la que comparten sus tiempos y conocimientos.

A mis amigas y amigos, por ayudarme a confiar en mis ideas y a entender el valor que tiene defenderlas.

A los profesionales que accedieron a brindar información y sus perspectivas sobre este tema.



## **Resumen**

El presente trabajo de investigación se realiza en el marco del Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones y el objetivo planteado fue conocer, describir y análisis la modalidad de abordaje en el campo de la salud mental, en el ámbito de la Provincia de Misiones y en relación directa con las leyes nacional (26.657/10) y provincial (XVII N°102) que establece que la modalidad de intervención se vincula con un nuevo paradigma en la salud mental y, además, la concreción de derechos de los sujetos padecientes pero, fundamentalmente, de las familias y las comunidades involucradas.

La indagación se ha focalizado en identificar y reconstruir la modalidad de abordaje de la salud mental a partir de las entrevistas abiertas realizadas a miembros de los equipos de los diferentes dispositivos que se encuentran habilitados para la atención de la salud mental. Realizado previamente el relevamiento, se constataron 4 (cuatro) dispositivos ubicados en distintas localidades de la Provincia incluyendo el monovalente Dr. Ramón Carrillo.

Considerando los objetivos delineados, se ha recurrido a un diseño metodológico del tipo descriptivo, utilizando para la construcción de la información, las entrevistas abiertas.

La información que se presenta, en términos de hallazgos, no tiene una condición de universalidad, sino que hace referencia al contexto, los dispositivos y los actores vinculados con el proceso, en un tiempo y espacio determinado.

Durante el trabajo de campo se ha enfrentado innumerables obstáculos operativos, relacionados con las entrevistas, que se profundizará en el apartado metodológico y que se relaciona con el acceso a la información y las barreras comunicacionales.



## **Abstract**

This research work is carried out within the framework of the Doctorate in Human and Social Sciences of the Faculty of Humanities and Social Sciences of the National University of Misiones and the objective was to know, describe and analyze the modality of approach in the field of mental health, in the scope of the Province of Misiones and in direct relation to the national (26657/10) and provincial (XVII N°102) laws that establish that the modality of intervention is linked to a new paradigm in mental health and, in addition, the realization of the rights of the suffering subjects but, fundamentally, of the families and communities involved.

The research has focused on identifying and reconstructing the modality of approach to mental health based on open interviews conducted with members of the teams of the different devices that are enabled for mental health care. After the survey was carried out, 4 (four) devices were located in different locations of the Province including the monovalent Dr. Ramón Carrillo.

Considering the objectives outlined, a descriptive methodological design has been used, using open interviews for the construction of the information.

The information that is presented, in terms of findings, does not have a condition of universality, but refers to the context, the devices and the actors linked to the process, in a given time and space.

During the fieldwork, innumerable operational obstacles have been faced, related to the interviews, which will be deepened in the methodological section and which are related to access to information and communication barriers.

## Introducción

El presente trabajo de investigación, se realiza en el marco académico-administrativo del Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales como requisito para acceder al título que se corresponde con la mencionada propuesta formativa de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, por la Universidad Nacional de Misiones. Se diseñó como objetivo en el plan de trabajo, conocer, describir y analizar la modalidad de abordaje en el campo de la salud mental, en las instituciones públicas de la provincia de Misiones, en el marco de la aplicación de la Ley Nacional N° 26.657/10 y Ley Provincial XVII- N° 102, en el periodo 2019-2023; por ello, se ha planteado en el desarrollo de la investigación construir información desde las entrevistas con los diferentes profesionales que constituyen los equipos interdisciplinarios en dispositivos ubicados en distintas localidades de la Provincia de Misiones.

En el año 2010, con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/10- Decreto Reglamentario N° 603/2013) se asistió a un hecho histórico fundamental, dado que, por primera vez en el campo de la salud, la ley genera el encuadre de las políticas públicas para el abordaje de la salud mental a nivel nacional. Establece como modalidad de abordaje (Art. 8°), la constitución interdisciplinaria de los equipos para provocar la ruptura de la hegemonía médico-psiquiátrica en la atención e impulsa un proceso paulatino de desmanicomialización, y para ello, promueve entre los principios rectores que sustentan el nuevo paradigma, el abordaje comunitario y la participación multiactoral en el proceso de rehabilitación, donde la persona es el usuario como sujeto de derecho y, los dispositivos constituyen espacios que deben garantizar los derechos humanos y sociales (Art. 3°).

Esta investigación también se propuso conocer, en el periodo 2019-2023, si los equipos profesionales han dado continuidad a las prácticas de abordaje interdisciplinar – intersectorial – comunitario, cumpliendo con la adecuación de los principios establecidos por la Ley Nacional, el Plan Nacional (Art. 31°), el incremento del presupuesto de las políticas públicas en el campo (Art. 32°) y analizar si las acciones implementadas en los distintos dispositivos aseguran el derecho a la protección de la



salud mental de las personas (Art.1°) garantizando la participación de los usuarios y familias en el proceso (Art. 7°- inc. d; Art. 9° del Decreto Reglamentario).

La salud mental comunitaria se orienta a provocar la fractura con el modelo asistencial, asilar, de la peligrosidad, de la supremacía de la psiquiatría como saber único y especializado, para dar comienzo a una propuesta de circulación de saberes y de prácticas – especializadas y populares- de participación multiactoral en el proceso de intervención desde los principios definidos en la atención primaria de la salud; por ello, indagar acerca de cómo se está desarrollando este abordaje permite visualizar el cambio de paradigma y, el cumplimiento de los principios rectores de la ley nacional (Art. 3°).

Por lo tanto, la producción de información en esta temática permitirá conocer, si:

- a) el abordaje de la salud mental se ha fortalecido desde el paradigma de los derechos humanos y sociales;
- b) las instituciones de formación disciplinar, han modificado sus planes de estudios para garantizar la actuación disciplinar bajo la modalidad interdisciplinar y con el diseño de estrategias multiactorales; y

Vinculado al Art. 33° del Decreto Reglamentario y siendo parte de la comunidad académica:, siendo parte de la comunidad académica

- c) identificar si las disciplinas contempladas en la ley nacional (Art. 8°) adecuaron sus planes de estudios para garantizar prácticas profesionales encuadradas en la modalidad de abordaje establecida cuyo objetivo primario es garantizar los DDHH.

Por último, se propone instalar a la salud mental en la agenda de las Ciencias Sociales, la cual a simple vista, puede presentarse como un debate acerca de su pertinencia, no obstante, su profundización podrá constatar el hecho de que aún no se ha podido superar las fronteras disciplinares de la ciencia positivista y a consecuencia se produce una “usurpación del campo” como señala Edgar Morín

(1997) y, porque además, “el espíritu hiperdisciplinario va a devenir en un espíritu de propietario que prohíbe toda incursión extranjera en su parcela del saber” (1997, p. 4); a efecto de ello, puede decirse que existen múltiples elementos que permiten sostener la idea de que la salud mental es un tema social, y como problemática del campo de las Ciencias Sociales, es posible de investigarse desde las estrategias epistemológicas, teóricas, metodológicas y operativas de las Ciencias Sociales, que le otorga a la temática un abordaje desde la complejidad y la multidimensionalidad.

Este trabajo de investigación se estructura de la siguiente manera;

Como encuadre general, la **Introducción** permite dar cuenta del contexto socio histórico, político de la problemática que se configura como campo de conocimiento para, posteriormente, plantear **los objetivos** que orientaron la investigación y, seguidamente el **Estado del Arte**, considerando éste como el entramado bibliográfico o los antecedentes sobre el campo problemático y que ha configurado el encuadre general para orientar la búsqueda de información, y construir el objeto de estudio. Estas construcciones espacio-temporales como experiencias investigativas que sientan antecedentes sobre la salud mental, se presentan como “el reservorio de modelos de identificación, representaciones simbólicas, lenguajes accesibles, formas de nombrar y posibilidades de interrogar aquella realidad naturalizada que me constituye” (Dulce Cabrera, 2017, p. 16).

En la **Parte 1** se presentan en Capítulos temáticos, los ejes teóricos conceptuales-operativos que orientan la lectura, análisis y reflexión sobre la problemática en estudio. Se realiza un recorrido sintetizado de los ejes temáticos, que encuadran el análisis de la modalidad de abordaje en el campo de la salud mental en las instituciones públicas, en general, para ir transitando hacia lo particular, la provincia de Misiones.

Como **Parte 2**, se presenta el diseño metodológico que explica cómo se hizo el trabajo de campo para poder construir la información según las dimensiones de análisis que se plantearon como relevante, y a su vez, configura la denominada la “trastienda de la investigación” (Wainerman y Sautu; 2001), desde la cual, teniendo en cuenta como



señala Luana Ferroni<sup>1</sup> en la cocina de la investigación, constituyen “las no recetas” y los aprendizajes durante el camino que se propuso recorrer.

En la **Parte 3**, se realiza la presentación de los datos para analizarlos a la luz de las teorías presentadas en la parte anterior. En este apartado, se pone en discusión desde las Ciencias Sociales la información construida y, que surge de una interacción colaborativa entre el entrevistador y las/los entrevistadas/os; sosteniendo ese momento del diálogo como instancia/s libres de conflictos, temores y posicionamientos. Allí, en ese proceso, surge como hallazgo “el silencio y la no información”, una manera de construir un dato y, particularmente, importante en esta temática porque se pone en evidencia el temor de poner en palabras los saberes y las prácticas vigentes que dan cuenta de un retorno al modelo médico-hegemónico, donde la política de salud mental, se repliega a lo pragmático y se consolida en lo asistencial, manicomial y medicalizadora.

Por último, en la **Parte 4** se desarrollan las conclusiones generales y reflexiones finales, donde se construyen posicionamientos ante la problemática estudiada a partir de los datos construidos.

---

<sup>1</sup> <https://lacocina.unsam.edu.ar/>



## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo general**

Conocer, describir y analizar la modalidad de abordaje en el campo de la salud mental, en las instituciones públicas de la provincia de Misiones, en el marco de la aplicación de la Ley Nacional N° 26.657/10 y Ley Provincial XVII- N° 102, en el periodo 2019-2023

### **Objetivos específicos**

Identificar y describir los diferentes dispositivos del ámbito de la Salud Pública de Misiones que se abocan al abordaje de la salud mental.

-Reconocer los principios que fundamentan las prácticas de salud mental que se realizan en estos dispositivos, acorde a las normativas vigentes y los referentes epistemológicos que las sustentan.

-Conocer las miradas y percepciones de los sujetos de derechos usuarios del servicio, respecto a los abordajes de salud mental.

-Problematizar las experiencias de quienes se desempeñan profesionalmente en los diferentes dispositivos de salud mental para evidenciar de manera aproximada los desafíos que afrontan estas personas como agentes activos de la concreción de la política pública.

-Indagar y describir los aportes que realiza la Universidad Nacional de Misiones en el marco de los objetivos de formación instituidos en las normativas vigentes.

## Estado del Arte

El campo de la salud mental en Argentina constituye un espacio de estudio, descripción y análisis desde distintas disciplinas y con diferentes propósitos, en el buceo bibliográfico se ha podido identificar una extensa y amplia literatura. Desde los aportes iniciales de José Ingenieros (1920<sup>2</sup>), hasta las más recientes publicaciones vinculadas con producciones en el campo de la academia (Universidad Nacional de Misiones, Universidad Nacional de Lanús, Universidad Nacional de Entre Ríos, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de Rosario, entre los innumerables equipos de docencia, investigación y extensión).

Particularmente sobre la historia de la salud mental en el país, se encuentran los documentos de trabajo de Hugo Vezzetti con *La Locura en la Argentina* (1985) y Rosa Falcone (2019) con “Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto”. Además, de algunos registros durante la dictadura de Juan Carlos Onganía (1966-1970) cuando se elaboró el Primer Plan Nacional de Salud Mental (1967<sup>3</sup>) y, la utilización de los hospitales psiquiátricos como centros clandestinos en la última dictadura (1976-1983).

Con los primeros debates en torno a la propuesta de ley que culminó con la Ley Nacional N° 26.657/10, fueron circulando diversos materiales que relatan hechos históricos para su conocimiento, debate y construcción de aprendizajes en diferentes propuestas de intervención comunitaria, entre ellos pueden nombrarse, desde la primera experiencia de espacio abierto en Lujan (Bs As) con Domingo Cabred quien en 1899 fundó la entonces denominada Colonia Nacional de Alienados (Open Door), hasta el Hospital Borda de Capital Federal fundado en 1833 que, en el año 1967 empezará a transitar la experiencia de comunidad abierta, la formación interdisciplinar

---

<sup>2</sup> En 1929 se creó la Liga Argentina de Higiene Mental, si bien sus objetivos eran amplios formuló las primeras críticas a los manicomios, específicamente a su hacinamiento y maltrato.

<sup>3</sup> Se replicó el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria y la Ley Kennedy de 1963 de Estados Unidos.



para la atención y propuestas de integración entre comunidad interna y la comunidad externa. Desde el año 1996 tomó el nombre de Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José T. Borda”; a su vez, artistas y psicólogos conforman *El Frente de Artistas del Borda*.

En agosto de 1991 internos y externos integran la emisora Radial Frecuencia Modulada LT 22 “La Colifata”, y posteriormente, se conforma el Centro Cultural Borda (2011).

Otras experiencias más recientes como las prácticas del “psiquiátrico en las calles” en la Provincia de San Luis (1993) cuando el médico psiquiatra Jorge Luis Pellegrini abre las puertas, inicia un proceso paulatino de des medicalización y expuso que (...) pero el desafío principal fue transformar esta institución con las mismas personas que habían sostenido el manicomio durante veinte y cinco años: los profesionales, los trabajadores, los enfermos y los familiares<sup>4</sup>.

En la Provincia de Rio Negro, el médico psiquiatra Hugo Cohen, Jefe del programa de salud mental, es el impulsor de la “desmanicomialización” en el periodo 1985-2000 y, serán los antecedentes que se consideran base, para la elaboración de la Ley Nacional.

La esencia de la asistencia psiquiátrica no es el hospital, porque las personas que sufren de una enfermedad mental no necesitan camas sino, más bien, una amplia selección de oportunidades terapéuticas, de vivienda, laboral, asistencial, que van mucho más allá de la simple asistencia médico-psiquiátrica ofrecida en un sistema médico (Cohen y Natella; 2013, p.10).

En la provincia de Misiones “el psiquiátrico abierto” fue una experiencia de escaso conocimiento y divulgación que a partir de una línea de trabajo de la FH y CS<sup>5</sup> (UNaM) se está reconstruyendo en el territorio distintas experiencias.

---

<sup>4</sup> el Dr. Pellegrini es pionero en el proceso de transformación institucional, convirtiendo el Hospital Psiquiátrico de San Luis en un Hospital Escuela, una institución comunitaria de atención ambulatoria polivalente de alta inserción social

<sup>5</sup> Proyecto de Extensión 236/13. Línea de la historia de la salud mental en Misiones. Prof. Lic. Franco Ciganda.



En cuanto a las producciones, resultados de investigaciones, ponencias, etc. en el ámbito de la Argentina, la bibliografía disponible es tanto socio histórica como reciente, entre los aportes sustantivos encontramos los trabajos de Emiliano Galende (Rosario); Alicia Stolkiner (Buenos Aires); Leonardo Gorbacz<sup>6</sup> (Buenos Aires); Hugo Cohen y Graciela Natella (Rio Negro); Claudia Bang (Buenos Aires); los informes de investigación de equipo de la Universidad Nacional de Lanús, la Universidad Nacional de Entre Ríos, Universidad Nacional de Córdoba y la Universidad Nacional de Misiones (Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales); entre otros.

En el periodo previo a la sanción de la Ley Nacional se concretaron encuentros federales de debates sobre el paradigma social o paradigma de derechos que se proponía como fractura con el modelo médico-hegemónico vigente. Posteriormente se conformará la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, y está bajo la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación. Participan de la Comisión los ministerios de Salud; Justicia y Derechos Humanos; Educación, Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Mujeres, Géneros y Diversidad; Defensa; Desarrollo Social; Desarrollo Territorial y Hábitat; Economía; Obras Públicas; Seguridad; Transporte. También intervienen la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR), la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDis) y el Órgano de Revisión Nacional de la Ley N° 26.657/10. Depende de esta Comisión el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones.

Este proceso es concebido como un período de fortalecimiento del campo de la investigación y formación en el campo de la salud mental, basado en la interdisciplinariedad y el abordaje comunitario.

En el transcurso del buceo bibliográfico y a partir de los documentos trabajados, se elaboró esta línea del tiempo – en la que seguramente habrá “espacios de historia”

---

<sup>6</sup> Autor de la Ley Nacional de Salud Mental expresó (...) Las resistencias más fuertes y más explícitas, en cambio, las han expresado algunos psiquiatras organizados corporativamente, tanto durante el debate en el Parlamento en el cual participaron activamente (...) en [Revistas.unlp.edu.ar](http://Revistas.unlp.edu.ar)



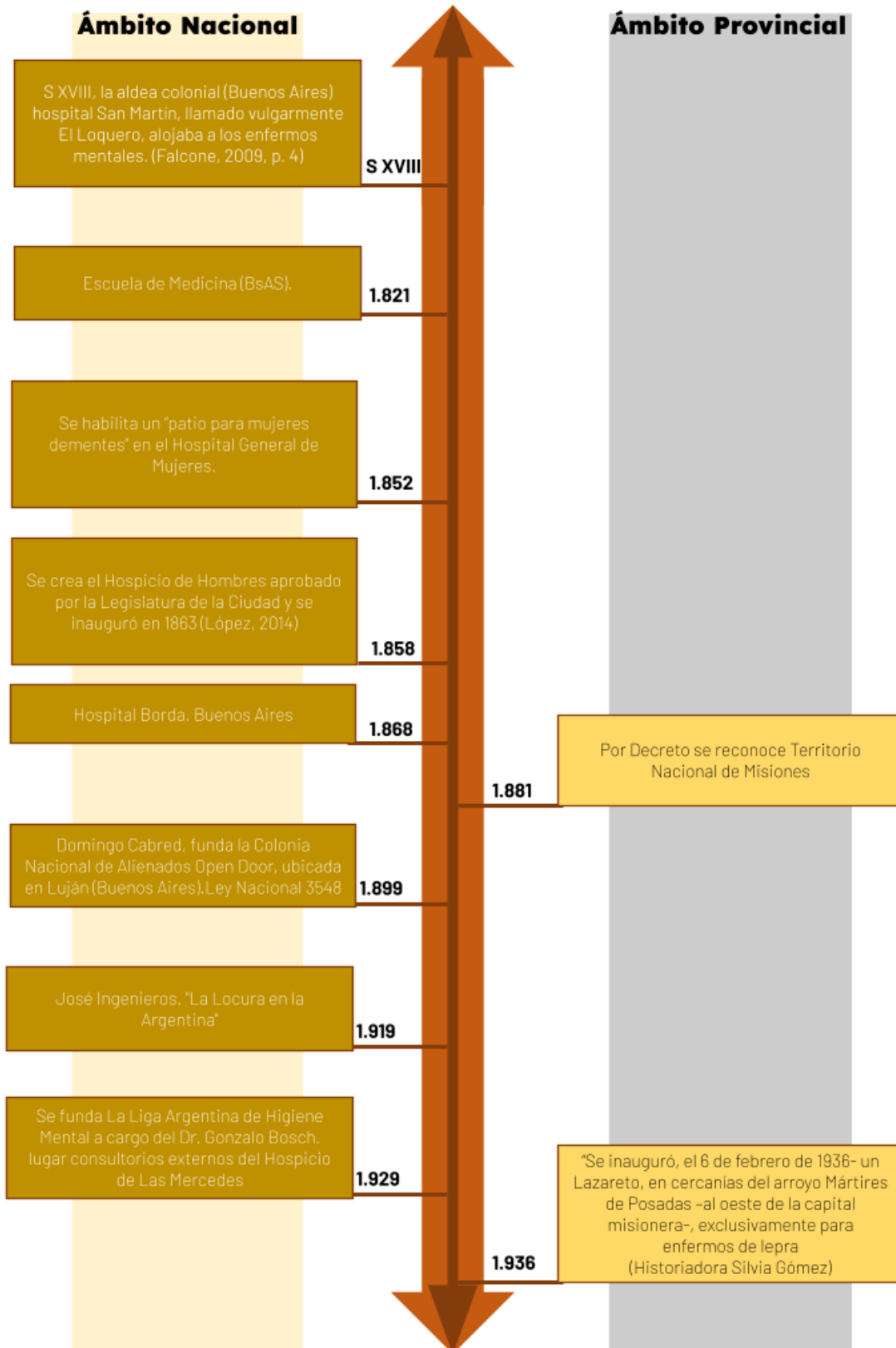
sin identificar, pero se trata de una tarea preliminar que puede promover la apertura de nuevos caminos de investigación.

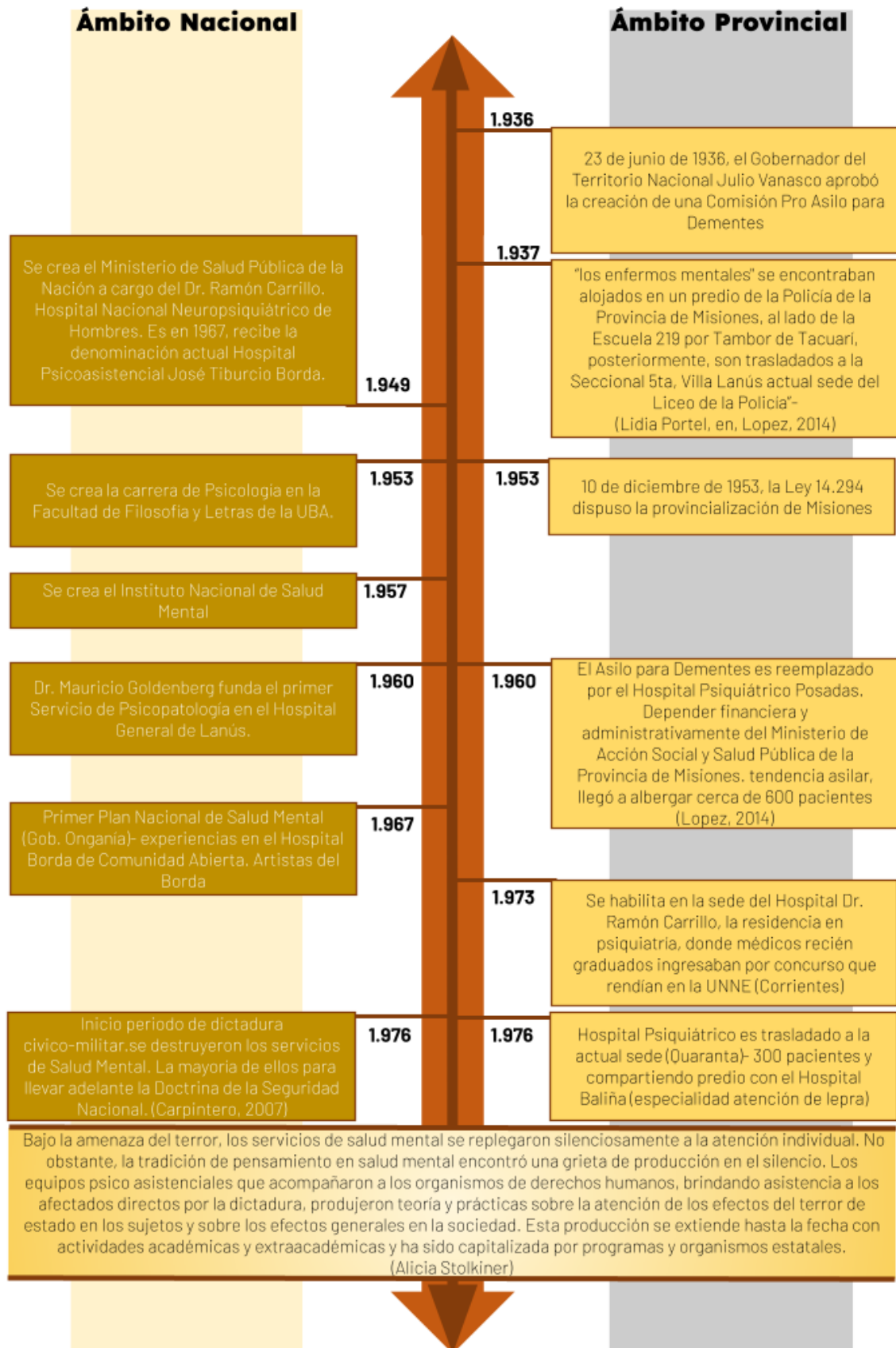
A continuación se presenta una síntesis<sup>7</sup> de los diferentes momentos socio histórico en el campo de la salud mental, tanto a nivel nacional como provincial.

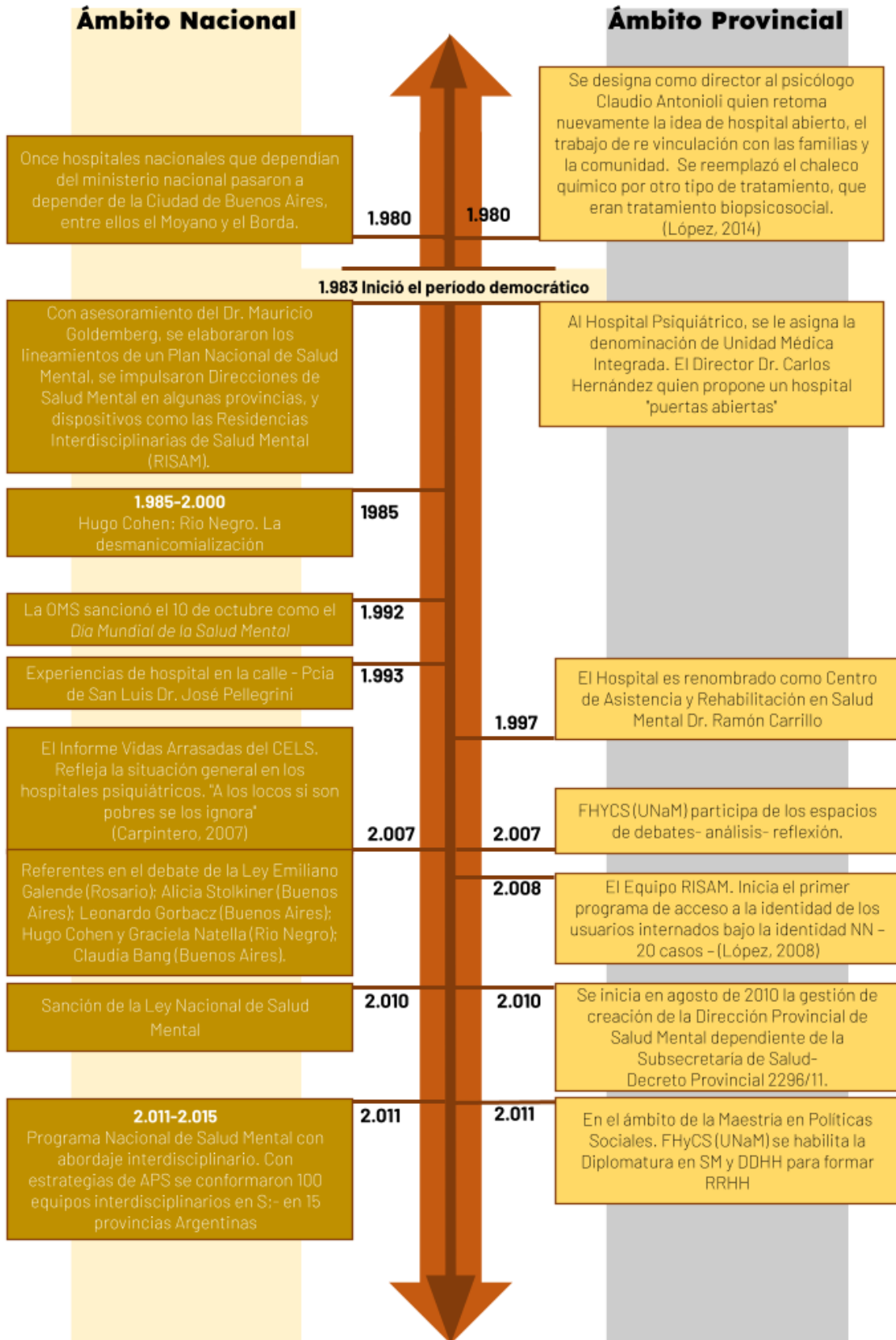
---

<sup>7</sup> Resumen del trabajo de buceo bibliográfico en el Estado del Arte.

Figura 1: Línea de tiempo: hitos provinciales y nacionales en torno a la Salud Mental.









Nota Elaboración Propia a partir de fuentes consultadas en sondeo bibliográfico, de, Tesis Maestría López, Carlos (2014)- Informe Actividades Proyecto Memoria 236/13 (Extensión FHycS).



# PARTE 1

## CAPÍTULO I

### Salud -Salud Mental

#### 1. Salud y salud mental. Historia y concepto

En este apartado, se buscó realizar un recorrido socio histórico en el que se recupera el proceso de construcción de la salud mental; este periodo transita diversos hechos e inicia su proceso con la idea de condena a muerte a los sujetos con “problemas mentales” hasta la (podría decirse actual) configuración de un sujeto con derechos cuyo padecimiento biofísico-social y cultural, se constituye en una función del Estado.

Desde los principios rectores de acuerdos internacionales y nacionales que promueven la Ley Nacional N° 26.657/10, el recorrido de la mirada de salud mental, la construcción conceptual y la modalidad operativa o de intervención hasta ser traducida en política pública, tiene un trayecto extenso, y en él se aprecia una fuerte presencia del modelo hegemónico, al que se retorna en distintas administraciones del gobierno nacional.

#### 2. Reconstruyendo el concepto de salud mental

De acuerdo a la literatura e investigaciones, hasta la primera mitad del siglo XX la asistencia en salud mental estaba centrada en hospitales psiquiátricos siendo el objetivo de las mismas, ejercer y mantener el control de las personas internadas por peligrosidad, para sí mismos o para terceros. Este modelo tiene como propósito alejar a las personas afectadas de la familia, de los entornos sociales inmediatos y del resto de la sociedad, aquí se concibe a las prácticas de “cuidado” como instancias de aislamiento, discriminación, estigmatización y medicalización.

Esta forma de organizar los servicios en salud mental se denomina **modelo asilar**. Como tal es un modelo puesto en discusión, no solo porque no demostraba generar cambios de vida, sino porque ponía en evidencia constantes prácticas de violación de los Derechos Humanos a las personas que estaban internadas.

En la segunda mitad del siglo XX, al terminar la Segunda Guerra Mundial se inician las críticas al *modelo asilar*. Los combatientes necesitaban un tratamiento que provocara una demanda de asistencia, pero no asilar, que pudiera mantener a las personas tratadas, vinculadas con sus familias y que dicho proceso no generara estigmatización.

Por otra parte, el desarrollo de la psicofarmacología empezaba a demostrar “ciertas modificaciones” en la calidad de vida de las personas, así en 1952 se comenzó con el uso en pacientes de *Clorpromazina*<sup>8</sup>, este neuroléptico permitió el control conductual de los pacientes perturbados, sin recurrir a medidas de contención física o aislamiento. Este “tratamiento” acortó dramáticamente los plazos de recuperación e hizo posible en muchos casos, la mantención a largo plazo de los logros terapéuticos una vez egresados los pacientes de las instituciones.

Para los años 50, en Inglaterra Maxwell Jones puso en práctica una experiencia de “comunidad terapéutica”, comienza a usarse el concepto de “Psiquiatría comunitaria” y comienza a incluirse la rehabilitación de los pacientes con actividades laborales de tipo industrial. La propuesta consideraba que todo lo que hace el paciente en su internación psiquiátrica sea terapéutico. En este periodo se considera que la participación de los pacientes en la vida comunitaria es el factor esencial de la resocialización.

De este modo, comenzaba el declive del *modelo asilar*, lo que significó una transformación en los servicios de salud mental, que, de ahora en más, permitirían la salida de sus pacientes del hospital y consideró la resocialización como un elemento relevante dentro del tratamiento.

---

<sup>8</sup> Medicamento neuroléptico para tratar esquizofrenia y trastornos psicoactivos.

### 3. El modelo médico-hegemónico o asilar

La construcción social sobre la peligrosidad y el miedo “al diferente” ha constituido el fundamento para aislar, excluir y/o internar a las personas con problemas psicofísicos; así, históricamente se circunscribe la atención bajo dispositivos institucionalizados como los manicomios, los hospicios, los hospitales psiquiátricos, etc., donde la modalidad de tratamiento se limitaba a la reclusión y al aislamiento, con el propósito de asegurar el orden social mediante una “atención” de carácter unidisciplinar (médico-psiquiatra) e individual (sujeto enfermo). Estas formas de atención siguen los principios establecidos en los estudios de Foucault (1960; 2002a) y Goffman (1980), conformando una comunidad de vigilantes y enfermos que subsiste a lo largo de la historia bajo su apariencia filantrópica y con su componente moral<sup>9</sup> desde el cual se concibe el desorden mental.

Para Foucault (2000) las tecnologías de la anatomopolítica explican los distintos mecanismos utilizados para el tratamiento del “enfermo mental” siendo los objetivos principales el control, la vigilancia y la normalidad, mientras que como dispositivo entiende la red de relaciones que se puede generar a través de discursos, instituciones, arquitectura (panoptismo), reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones morales, filantrópicas, etc.; en resumen, “lo dicho y lo no dicho”.

Estos métodos que son minuciosos y constantes, discretos, anónimos e invisibles, constituyen una *microfísica del poder* (Foucault, 2000) que privilegia los castigos del orden<sup>10</sup> y en los casos de los manicomios se orientan a una corrección, una acción terapéutica y una normalización. Así, la intervención supone prácticas orientadas a medir, diagnosticar, curar y transformar a los individuos.

---

<sup>9</sup> Foucault en *Historia de la locura en la época clásica* subraya el hecho de que en el Retiro “El trabajo viene en la primera línea del ‘tratamiento moral’ (...) posee una fuerza de constreñimiento superior a todas las formas de coerción física (...)”; estaba “despojado de todo su valor de producción”, de modo que se imponía “(...) sin más título que el de regla moral pura; limitación de la libertad, sumisión al orden, sentido de la responsabilidad, con el único fin de desalienar el espíritu perdido en el exceso de una libertad que el constreñimiento físico limita sólo aparentemente.” (1998: 224-225).

<sup>10</sup> Foucault describe “(...) la vida está, por lo tanto, dividida de acuerdo con un empleo del tiempo absolutamente estricto, bajo una vigilancia ininterrumpida; cada instante del día tiene marcada su ocupación, prescrito un tipo de actividad, y lleva consigo sus obligaciones y sus prohibiciones (...)” (2002:116).

En este contexto de desarrollo de la relación enfermo-tratamiento, la psiquiatría se convirtió en la única disciplina y profesión habilitada para abordar la problemática, diagnosticarla, realizar el tratamiento y decidir la internación del paciente. Así se fue convalidando el **modelo médico-hegemónico-asistencial** o “de institucionalización” que será discutido en los últimos años, al plantearse necesidades de cambios con énfasis en la “desmanicomialización”.

Stolkiner (2003) explica que este proceso analizado por Michel Foucault en Francia, da cuenta del nacimiento político de la psiquiatría. La Medicina Mental instituye lo que anteriormente eran establecimientos de reclusión como espacios de curación y cuidado, sin que la función anterior se borre completamente.

Estas instituciones, pensadas para la reclusión de los que padecían problemas de salud mental, son definidas por Erving Goffman como “*instituciones totales*”. La autora considera a éstas como el lugar de residencia y de trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un considerable período de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. La institución presenta un carácter binario por el hecho que enfrenta a internos y personal. “Se trata de un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal (...) en nuestra sociedad son los internados donde se transforman a las personas” (Goffman, 2001, pp. 21-25).

A lo largo de la historia, las personas que asisten a un tratamiento donde se privilegia el encierro van, de manera progresiva, perdiendo los vínculos familiares y sociales, y, el aislamiento prolongado sumado a la medicalización convierte al “paciente” en un enfermo necesariamente institucionalizado.

En el informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) se señala:

“(...) la reclusión involuntaria, prolongada y la privación sensorial - la restricción total o parcial de estímulos de uno o más de los sentidos- puede exacerbar síntomas psiquiátricos o inducir daño psiquiátrico severo, incluyendo una agitación profunda, ansiedad extrema, ataques de pánico, depresión,

pensamientos desorganizados y un desorden de personalidad antisocial”.  
(2005, p. 52).

En síntesis, el proceso de atención está definido por una secuencia que categoriza y determina el lugar que ocupa y etiqueta al individuo. Se produce la “institucionalización”, desde el aislamiento y la medicalización, en la cual “el paciente pierde autonomía- no decide”, socialmente se convierte en un “sujeto peligroso” y las instituciones asumen allí el rol de “cuidadores”.

La Posguerra y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DDHH) de 1948 marcaron el inicio de debates en torno al diagnóstico y tratamiento en la salud mental. La primera experiencia de reforma surge con la denominada “comunidad terapéutica” (Maxwell Jones, 1950)

El modelo médico hegemónico se pone en crisis constantemente y tienen una relación estrecha con los proyectos políticos vigentes; cuando el modelo se orienta a promover un “Estado Mínimo<sup>11</sup>” se re editan las prácticas de sumisión, sujeción, encierro<sup>12</sup>, etc. Pero, el modelo social de abordaje ha impulsado cambios sustantivos y en el caso de Argentina, ha promovido el debate que culminó con la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el año 2010.

#### **4. El modelo social de la salud**

Cambiar la institucionalidad de la salud mental sustentada en el paradigma médico-hegemónico no sólo implicó debates y nuevas propuestas sino que se centraron en nuevas prácticas en los hospitales psiquiátricos<sup>13</sup>, se incorpora el trabajo en equipo y no solo de psiquiatras sino enfermeros y asistentes sociales. El referente de este cambio es Lucien Bonnafé (1912-2003) quien propuso la atención psiquiátrica del

---

<sup>11</sup> Estado Mínimo o Estado liberal que deja de ser garante de los derechos, el Estado capitalista burocrático-autoritario denominado por Guillermo O'Donnell (1996)

<sup>12</sup> No solo de funciones curativas y preventivas sino de normalización, control y legitimación que se orienta a fortalecer el modelo político dominante.

<sup>13</sup> François Tosquelles (1912-1994) precursor de la política de sector francesa desde el Hospital de Saint-Alban (Francia)

paciente en la zona próxima a su domicilio, además, trabajó con estructuras intermedias extrahospitalarias para que las personas permanezcan fuera de los muros y ello constituyó una ruptura total con el modelo de asilo.

En Estados Unidos, Gerald Caplan<sup>14</sup> realizó la propuesta de “Salud Mental Comunitaria” orientada a atender los casos que presenten ciertas características consideradas “no normales” con el propósito de prevención de la locura y, así, se promueven los consultores comunitarios para intervenir en los potenciales casos o en las crisis ocasionadas. Es la primera fase de la política de “des-hospitalización” que se concreta con la constitución de los Centros de Salud Mental, hogares, hospitales de día, etc.

Estas propuestas son antecedentes porque la denominada “reforma en psiquiatría” será el modelo italiano de Franco Basaglia (1924-1980). Pionero en transformar la atención de la salud mental en Italia a través de su enfoque orientado a generar espacios de tratamiento abiertos, cuidado basado en la comunidad y luchó por los derechos y dignidad de las personas con enfermedades mentales. Con el apoyo entusiasta de la Organización Mundial de la Salud pero enfrentando una fuerte oposición de sectores conservadores dentro de la sociedad italiana, Basaglia transformó las antes infranqueables paredes de los asilos en espacios abiertos donde la interacción directa entre los pacientes y la comunidad se hizo posible<sup>15</sup>.

Agustin Ventureira refiere que

Franco Basaglia en el hospital de Gorizia como director, que lo lleva en el año 1968 a publicar su libro “La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico” donde relata las condiciones de vida de los internados y del funcionamiento cotidiano del manicomio (...) habla de contradicciones y subversiones dentro de cada práctica y detalle visto, menciona los mecanismos para disponer el orden y la estabilización similares a elementos de tortura. El

---

<sup>14</sup> Director del Programa de Salud Mental Comunitaria de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard desde 1952 hasta 1964. En 1964, creó el “Laboratorio de Psiquiatría Comunitaria” en Harvard. En el año de 1964 publicó “Principios de Psiquiatría Preventiva”.

<sup>15</sup> [Franco Basaglia: Pionero De La Reforma Psiquiátrica En Italia - Biografista](#)

núcleo de esta reforma será el cierre de los manicomios y tendrá vigencia jurídica a partir de la sanción en 1978 de la Ley Basaglia (2020, p.14).

Franco Basaglia logró avances significativos en la transformación de la atención de la salud mental a través de sus enfoques innovadores y su defensa por la integración social de los pacientes psiquiátricos. La Ley Basaglia (1978) incluye: a) Cierre de hospitales psiquiátricos tradicionales; b) Establecimiento de centros comunitarios de salud mental; c) Énfasis en los derechos humanos y la inclusión social y) Promoción de la colaboración interdisciplinaria para una atención integral del paciente.

## **5. Las declaraciones, principios y normativas Internacionales**

### **Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (París, 1948) será la base de la discusión sobre la salud mental, se profundizan las críticas en torno a la psiquiatría, los modelos de intervención, los manicomios, aislamientos y, se busca poner en cuestión prácticas que violen los DDHH.

### **Declaración de Alma Ata (1978)**

Como resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, en el año 1978 se firma el compromiso de los Estados participantes de implementar políticas centradas en el concepto de que salud es, “el completo bienestar físico, mental y social, no es solo ausencia de enfermedad y es un derecho humano (...)” (OPS, 1978).

Se establece que los dispositivos de Atención Primaria de la Salud (APS) se constituyen en el primer nivel de contacto con las familias, la comunidad y el sistema nacional de salud, pero llevando la atención a los lugares donde residen (abordaje comunitario de la salud).

### **Declaración de Caracas (1990)**

Sostiene la incompatibilidad de la atención psiquiátrica tradicional con los objetivos que suponen una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva (OPS, 1990). Mismo caso con el manicomio como única

modalidad asistencial que impide dichos objetivos al producir condiciones de aislamiento desfavorables para el desarrollo y poniendo en peligro los derechos humanos y civiles. Además, sostiene la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios (OPS, 1990).

“la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; propicia la internación psiquiátrica en hospitales generales, propende a la permanencia del enfermo en su medio comunitario y que los cuidados y tratamientos provistos estén basados en criterios racionales y técnicamente adecuados” (Chiarvetti, 2008, p. 181)

### **Declaración de Brasilia (2005)**

La declaración de los principios rectores de Brasilia (2005), logra su plena ratificación a 20 años de la declaración de Caracas a través del Consenso de Panamá (2010); en este entonces se jerarquiza como uno de los temas prioritarios la cuestión de la formación de los recursos humanos desde una perspectiva interdisciplinaria e incorpora la visión de los derechos y la inclusión social.

En el año 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sancionó que el día 10 de octubre sea reconocido como Día Mundial de la Salud Mental, reforzando así los principios establecidos para este campo y promoviendo estrategias para incluir en las agendas e iniciativas políticas de los gobiernos nacionales.

Durante el año 2001 la OMS convocó a expertos, autoridades gubernamentales y otros actores sociales relevantes para la elaboración de un documento orientado a trazar un diagnóstico de situación epidemiológica, política, legal e institucional de la salud mental en el mundo, que concluyó con el “Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Este documento se encuentra disponible en el Repositorio Institucional de la Organización Mundial de la Salud (iris.) en su dirección web: <https://iris.who.int/handle/10665/42447>



### **Consenso de Panamá (2010)**

Conferencia de la que participaron trabajadores de la salud mental de la Región de las Américas procedentes del sector público, autoridades nacionales de salud, representantes de organizaciones defensoras de los derechos humanos, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y centros colaboradores de OPS/OMS, así como usuarios de los servicios de salud mental y familiares” (OPS, 2010).

Se debate acerca de la preocupación observada en tanto la relación trastornos mentales y el consumo problemático de sustancias o adicciones (son efectivamente una problemática de salud mental).

Se registra que “(...) un alto número de personas afectadas no accede a un diagnóstico y tratamiento adecuados” (OPS, 2010), insistiendo en el incremento de recursos y la distribución equitativa de los mismos para la carga creciente que representan estos casos.

Se plantea además que la hegemonía del hospital psiquiátrico como modelo de atención sigue vigente a pesar de los esfuerzos de los diferentes países, que aún no han sido suficientes.

## **6. Conceptos centrales para leer la salud mental como construcción teórico-operativa- discurso-prácticas**

En este apartado, abordamos construcciones conceptuales-operativas que orientan la lectura, análisis y las prácticas en el campo de la salud mental; a partir de los aportes de Michel Foucault<sup>17</sup>.

Un discurso configura un saber determinado, el cual puede tener variadas maneras de materializarse, puede ser una definición, una norma, un reglamento, una práctica determinada, vinculada con el campo de actuación; en este caso relacionada con el campo de la salud mental.

Se expresa a través de los denominados “dispositivos” que sintetizan un juego de relaciones de poder y la “función” es responder a una problemática histórica concreta: por ejemplo, la locura.

### **6.1. El concepto de discurso**

Como refiere Foucault (2002), el discurso se vincula con las prácticas; el autor vincula específicamente a las prácticas médicas, entendiendo al discurso como un conjunto de prácticas que responden a ciertos principios materiales predeterminados. Esta noción se utiliza para hacer referencia a los saberes que se construyen como verdades en tiempo determinado y producen prácticas que circulan en los distintos ámbitos de la vida.

El discurso también se relaciona con estrategias que intervienen en la constitución de prácticas; Foucault hace específicamente referencia a las prácticas médicas y psiquiátricas que fueron construidas en los espacios de encierro como el manicomio y el hospital desde acepciones propias a la locura, la peligrosidad y el miedo.

“En una sociedad como la nuestra son bien conocidos los procedimientos de exclusión. El más evidente, y el más familiar también, es lo prohibido. Uno sabe

---

<sup>17</sup> La arqueología del saber (1969); Vigilar y Castigar (1975); Las palabras y las cosas (1982); Orden del discurso (2002)

que no tiene derecho a decirlo todo, que no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia, que cualquiera, en fin, no puede hablar de cualquier cosa”. (Foucault, 2002, p. 14)

Por lo tanto, el discurso es un conjunto de saberes que se adoptan – de manera individual o colectiva- cuando se participa de un proceso donde se construyen saberes –con sentido de verdad<sup>18</sup>- y producen ciertas reglas; para Foucault en el discurso se conjugan un conjunto de principios y estrategias particulares que se consideran las apropiadas para enfrentar una situación concreta.

“Supongo, aunque sin estar muy seguro, que apenas hay sociedades en las que no existan relatos importantes que se cuenten, que se repitan y se cambien; fórmulas, textos, conjuntos ritualizados de discursos que se recitan según circunstancias bien determinadas; cosas que han sido dichas una vez y que se conservan porque se sospecha que esconden algo como un secreto o una riqueza”. (Foucault, 2002, pp. 25-26)

Entonces, puede afirmarse que la noción de discurso no es solo palabras, sino que es un entramado de saberes y prácticas que tienen la particularidad de ser repetitivas, convertirse en normas a cumplir, valores a resaltar, diferentes modalidades de sujeciones; es un ritual.

“El ritual define la cualificación que deben poseer los individuos que hablan (y que, en el juego de un diálogo, de la interrogación, de la recitación, deben ocupar tal posición y formular tal tipo de enunciados); define los gestos, los comportamientos, las circunstancias, y todo el conjunto de signos que deben acompañar al discurso (...).” (Foucault, 2002, p. 41-42)

---

<sup>18</sup> Una “episteme” regula el número de enunciados posibles de cada cultura; Foucault en *Las palabras y las cosas* (1982).

Pero también, implica analizar desde la construcción de “poder-es”, porque es la centralidad de la teoría de Foucault, en *Las palabras y las cosas* (1982) describe cuáles son sus mecanismos, sus implicaciones, sus relaciones, los distintos dispositivos de poder que se utilizan en los distintos niveles de la sociedad.

Para el autor, la historia social es acerca del discurso como dispositivo que produce sujeción; del discurso como medio del poder para aterrorizar, inmovilizar, someter; situando al poder como fundador y garantía del orden.

El poder del discurso pone en juego saberes, pero a la vez, descalifica, deslegitima otros; no solo anula, sino que omite. Así, vemos a lo largo de la historia la imposición del paradigma médico hegemónico en la salud mental y en la utilización de múltiples mecanismos para anular el paradigma social. Instituciones y agentes que aún siguen inscriptos y en defensa de saberes y prácticas de viejos modelos, los cuales se sostienen mediante el poder (político, económico, cultural, científico, etc.).

Para concluir, Foucault aborda los discursos para explicar las diversas formas de dominio del hombre sobre el hombre, indicando cómo se construye verdad, y, cómo saber y poder están relacionados; para el autor el poder no es una propiedad sino una estrategia. Se ejerce y se vinculan directamente con dispositivos que le permiten ejercer.

El Estado, para Foucault, no es el lugar privilegiado del poder sino que es un efecto de conjunto, por lo que hay que estudiar lo que él llama sus hogares moleculares (microfísica del poder). La noción de Estado que plantea el autor, se establece aquí a fin de hacer visible, la manera en que se incide o no, se configura o no, las prácticas referidas a la salud mental en tanto sean estas discursivas y desde las cuales se construye y/o se legitima el poder, como se acaba de mencionar, de unos sobre otros.

## 6.2 El concepto de dispositivo

Foucault, en *Saber y verdad* señala

“El dispositivo se halla pues siempre inscrito en un juego de poder, pero también siempre ligado a uno de los bienes del saber, que nacen de él pero, asimismo lo condicionan” (s/d. 128<sup>19</sup>).

Foucault realiza el desarrollo de discurso, poder, dispositivos vinculados con un territorio y un tiempo histórico determinado, para ir visualizando como el poder tiene una finalidad que es la de producir una eficacia determinada.

En la genealogía muestra un poder que no tiene sustento y está fundado en leyes o reglamentos, sino que se relaciona a sujetos y prácticas. Foucault señala que el poder evoluciona en la búsqueda de mayor eficacia en sus objetivos, diseñando tecnologías a través de las cuales puede actuar, controlar, sujetar, etc. y que tiene eficacia en un determinado territorio de saber.

Resume el autor, como un conjunto heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. Se resume, entre lo dicho y lo no dicho. El dispositivo tiene una función estratégica dominante.

En *Saber y verdad* en la entrevista (1977) Foucault refiere al proceso de autonomía de la psiquiatría y cómo realizó una construcción (saber) vinculada con prácticas y la utilización de dispositivos para lograr eficacia.

“Estaría tentado a decir que, de hecho, había en ello una necesidad (a la que no resultaría forzado llamar interés) ligada a la existencia misma de una psiquiatría convertida en autónoma, pero que tenía desde entonces que fundar su intervención haciéndose reconocer como parte de la higiene pública. Y no podía fundarse solamente en el hecho de que tenía una enfermedad (alienación

---

<sup>19</sup> En *El juego de Michel Foucault*, entrevista 1977. Saber y Poder. Traducción Álvarez Uría, pág. 127

mental) que reabsorber. Era también preciso que tuviera un peligro que combatir, como el de una epidemia, de una falta de higiene, etc... Ahora bien, cómo demostrar que la locura es un peligro más que mostrando casos extremos en los que una locura - no aparente a los ojos del público, al no manifestarse previamente por ningún síntoma salvo por algunas fisuras muy pequeñas, algunos minúsculos zumbidos perceptibles únicamente al observador altamente experimentado-, podía bruscamente explotar en un crimen monstruoso. De este modo se construyó la monomanía homicida. La locura es un peligro temible precisamente porque no es previsible por ninguna de las personas de buen sentido que pretenden poder conocer la locura. Sólo un médico puede y así tenemos la locura convertida en el objeto exclusivo del médico, cuyo derecho de intervención se ve al mismo tiempo fundado” (S/d. 135<sup>20</sup>).

En conclusión, los dispositivos no solo buscan imponer prohibiciones sino que la finalidad reside en construir, proponer, inducir a los sujetos a un cierto estado o conducta que conducirá a los objetivos establecidos. En relación a la salud mental, se construye la idea de peligrosidad, la construcción del miedo social, la reclusión necesaria, el aislamiento, la individualización, la medicalización, etc., define, la disciplina como “(...) el mecanismo de poder por el cual llegamos a controlar el cuerpo social hasta los elementos más tenues, y por éstos alcanzamos los átomos sociales mismos, es decir, los individuos” (Foucault, 1991<sup>21</sup>), y el mecanismo de la disciplina radica en sustituir el castigo a los de vigilancia.

“Es lo que yo llamaría tecnología individualizante del poder, una tecnología que mira a fondo a los individuos, hasta en su cuerpo, en su comportamiento; es a grandes rasgos, una especie de anatomía política, de anatomopolítica, una anatomía que se dirige a los individuos hasta anatomizarlos.” (Foucault, 1991<sup>22</sup>)

Disciplinar no sólo describe, sino que pone en evidencia el conjunto de saberes y mecanismos contruidos para gestionar a los individuos, su tiempo y sus cuerpos, en

---

<sup>20</sup> Ídem anterior

<sup>21</sup> En Las redes del poder. <https://www.academia.edu/>

<sup>22</sup> Ídem anterior

la búsqueda de una mayor productividad. En el caso de la salud mental, poner en circulación la noción de peligrosidad y justificar las prácticas de reclusión, aislamiento y medicalización como mecanismo de disciplinamiento (normalidad).

Gregorio Kaminsky en *Dispositivos Institucionales*, expone que “todo habla en las instituciones en la medida en que sepamos escuchar” (2010, p. 9), las realidades institucionales se encuentran atravesadas por discursos y prácticas, creencias, medios y fines que van “modelando” el comportamiento de los agentes. Por otra parte, afirma el autor que: “las instituciones, ofrecen todas las apariencias de constituir el territorio privilegiado de la repetición” (2010, p. 9); estas prácticas generan una rutina en la que los agentes no se interpelan acerca de por qué hacen lo que hacen; cual es el sentido de la acción; “las propias músicas o cantinelas de las alienaciones diarias de las inercias rutinarias y del aburrimiento programado (...) (2010, p. 9) una mecánica repetitiva de las actividades que se van ejecutando sin preguntas, sin cuestionamientos y que permite que “la maquinaria” funcione.

Para Kaminsky que “las instituciones tienen ojos y el grupo objeto es el grupo sometido a las consignas instituidas, aquel que soporta y sostiene la jerarquización institucional (su verticalidad) (2010, p. 10). La acción o las conductas, son las que se espera de ellos. Es una forma que tiene la institución de “hablar de sí misma”.

Los observatorios sociales, así como el Órgano de Revisión (Art. 39° de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10), consideran dispositivos a aquellos que permiten identificar necesidades, intereses, expectativas, riesgos, problemas, relaciones, conflictos, que se manifiestan en el campo de la salud mental, y cuya función permite monitorear la situación de los equipos interdisciplinarios y la accesibilidad de los usuarios para garantizar los derechos establecidos en la Ley.

## CAPÍTULO II

### 1. La salud mental: historia, concepto y normativas en la Argentina

La salud mental históricamente fue relacionada con “lo diabólico o sobrenatural”, la invasión de “entes” al cuerpo que generaban comportamientos indescifrables. Rosa Falcone en *Breves historias de las instituciones psiquiátricas en Argentina* (2009), describe que, al igual que lo que sucedía en los países europeos, se experimentaron “las curas” a éstas en las instituciones manicomiales de Argentina. La “enfermedad mental”, durante siglos, se explicaba con la convicción que quién delinquía mostraba externamente su tormento mental proveniente de la insania que lo aquejaba. Por tal motivo, las primeras cárceles se poblaron de epilépticos, locos, tuberculosos, sifilíticos, leprosos.

Expresa, Falcone:

“hacia mediados del siglo XVIII, la aldea colonial tenía un hospital llamado San Martín. En un rancho anexo al Hospital, llamado *vulgarmente El Loquero*, se alojaba a los enfermos mentales” (2009, p. 4).

Asimismo, refiere que,

“(…) los problemas derivados del proceso demográfico y de urbanización iniciados hacia 1880 en Argentina, traen aparejado un aumento de la delincuencia y otros subsidiarios: hacinamiento, deficiencia sanitaria, enfermedades, vagancia, alcoholismo, prostitución. Se crean penitenciarias, asilos y servicios especiales y encuentran amplia difusión las ideas hereditarias de la enfermedad (...) el enfermo, el loco, el criminal, etc. como problemas sociales específicos encuentran su regeneración aislados y confinados a un orden disciplinario” (Falcone, 2010, p. 15).

El Hospicio de Hombres fue creado en 1858 por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires y se inauguró en 1863. Las condiciones de reclusión y hacinamiento no lo hacían muy distinto a las cárceles donde antes estaban los internos.

Describe Alicia Stolkiner (2003) que el primer manicomio es de mujeres, éste inaugurado en 1854 y en él, nació esa matriz ambigua que superpone la libertad para las que antes estaban encerradas en las cárceles, y el encierro para las que deambulaban por los suburbios. Las actividades se centraban más en la inculcación religiosa y la regulación moral de la conducta que en cuidados médicos, mientras que el trabajo era ya considerado una condición de la cordura.

En 1876, con Lucio Meléndez como director, entra la doctrina y la tecnología del alienismo inspirado en Esquirol. El aumento de las internaciones obligó a sucesivas ampliaciones en las que trabajaban los internados, en las que también se realizaban tareas agrícolas. Hugo Vezzetti (1985) sostiene que el trabajo era considerado el eje central de la cura, con una fuerte connotación moral, reflatando las concepciones del siglo XVIII.

La población de los hospicios creció explosivamente y en forma correlativa al aumento de la curva demográfica por el ingreso de inmigrantes<sup>23</sup>. De cualquier manera, en el período registrado, de 1864 a 1878, las internaciones eran breves y no abundaban las re internaciones<sup>24</sup>.

En 1901, se inauguran los primeros cursos de Psicología que dan paso a la nueva escuela. Estos cursos desarrollados bajo el modelo fisiológico con la conducción de Horacio Piñero representan la orientación de la escuela en la Universidad de Buenos Aires.

La institucionalización pública de los hospitales psiquiátricos coincidió con el surgimiento del Estado-Nación, en la segunda mitad del siglo XIX. En este período se crean el Hospital Borda y el Moyano. Domingo Cabred, en los finales del siglo XIX, se inspira en las experiencias inglesas para importar el “sistema de puertas abiertas”

---

<sup>23</sup>“Los inmigrantes poblaron los hospicios: dos tercios de los internados varones eran extranjeros, la mayoría de origen italiano”. (Stolkiner, 2003:4).

<sup>24</sup> Hasta 1945, el Hospital fue administrado por las Damas de Beneficencia. En esa fecha, debido a disidencias con la Sra. Eva Perón, fueron expulsadas y el Hospital pasó a depender administrativamente del organismo nacional de Previsión Social.

fundando la Colonia Nacional de Alienados Open Door, ubicada en Luján (Provincia de Buenos Aires).

En ella se promueven las actividades productivas al aire libre, sumadas a los talleres preexistentes. Su amplitud de espacio a campo abierto y sin muros visibles estaba destinada a crear una *ilusión de libertad*, según palabras de su fundador, y favorecer la recuperación por contacto con el trabajo y la naturaleza. (Stolkiner, 2003, p. 6)

Dedier Norberto Marquiegui se interroga acerca de la institución y señala al mismo como un:

lugar de diagnóstico y tratamiento de la locura, lugar de reclusión, espacio de segregación y ocultamiento culposo de los aspectos no deseados de la inmigración y del proyecto modernizador decimonónico, lugar de curación o coerción, de supresión o de ejercicio de una forma más incorpórea de violencia (...)<sup>25</sup>;

También refiere el autor, respecto a las dinámicas de esta institución:

La Vigilancia deviene entonces en nudo que todo lo ilumina y lugar de convergencia que resume todo lo que debe ser sabido, aprendido y practicado. La punición que se aplica dentro de ella a los insumisos, no es castigo en sí, es “sanción normalizadora”, basada en el doble principio de la penalización-gratificación. La recompensa es la vuelta al “pueblo”, operando en todo este sistema una serie de mecanismos de exclusión basados en un conjunto de oposiciones binarias de marcación, que distinguen a quienes están en posesión de la autoridad de quienes no la tienen, a quienes son peligrosos de los inofensivos en trance de recuperación (...)<sup>26</sup>

A partir de 1946 se produce un cambio importante en materia de salud, pues comienza a prevalecer la idea de Estado prestador, a la vez de planificador hegemónico, de la

---

<sup>25</sup> <https://ri.unlu.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/rediunlu/413/EI%20lugar%20de%20la%20locura%20-%20Dedier%20N.%20Marquiegui.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>26</sup> <https://ri.unlu.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/rediunlu/413/EI%20lugar%20de%20la%20locura%20-%20Dedier%20N.%20Marquiegui.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

totalidad de los servicios de salud. Esta tendencia se venía gestando desde 1943, cuando a nivel del Gobierno Nacional se crea la Dirección Nacional de Salud Pública, dependiente del Ministerio del Interior. Falcone (2009) describe que con fecha 23 de mayo de 1946 se da un paso más en el mismo sentido creando la Secretaría de Salud Pública con categoría de Secretaría de Estado, asignándole al funcionario superior la jerarquía de Ministro. El Dr. Ramón Carrillo asume como primer Secretario, con rango de Ministro.

Carrillo profundiza importantes cambios a nivel de la salud pública. El nuevo concepto de Estado y de sus funciones, propone abandonar la beneficencia y la caridad, para convertir la asistencia médica en una obligación del Estado para con los ciudadanos.

En 1953 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó la transformación de todos los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas, adoptando el modelo propuesto por Inglaterra. Simultáneamente se desarrollan experiencias alternativas en diferentes países.

El Consejo Nacional de Salud Mental, compuesto por Mauricio Goldemberg, Jorge García Badaraco y Raúl Usandivaras, preparó el Proyecto de Reglamentación Orgánico Funcional del Instituto Nacional de Salud Mental. El proyecto tuvo en cuenta las reglamentaciones en Salud Mental más avanzadas y modernas porque contemplaba las recomendaciones y sugerencias de la Organización Mundial de la Salud.

Para Enrique Carpintero (2007), durante el año 1957 se producen tres hechos determinantes en el “campo de la salud mental” en Argentina:

- Se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, en el cual se incluye una serie de medidas comprometidas con las nuevas concepciones, dentro de la Salud Pública.
- El Dr. Mauricio Goldenberg funda el primer Servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir fuera de un Hospital Psiquiátrico; y,

- Se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Aunque, en 1953, se había iniciado la carrera de Psicólogo en Rosario. La importancia de su creación en la UBA deviene de la influencia que tiene el psicoanálisis y la masividad de su matrícula.

## **2. El pasaje de la higiene mental a la salud mental en las instituciones de salud mental en la Argentina**

Escribe Alejandro Dagfal que la higiene mental se apoyaba en ideas y en prácticas preexistentes, por un lado, vinculado con la eugenesia y, por el otro, con el higienismo y la medicina social, éstos herederos de una tradición que se remontaba a fines del siglo XIX y promovía una intervención activa en la escena pública.

Así, la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales se situaban en continuidad con la lucha contra las enfermedades infecciosas —como la tuberculosis— o contra flagelos sociales —como el alcoholismo. No obstante, por oposición a la higiene mental norteamericana, que había surgido de la iniciativa privada con financiamiento igualmente privado, la higiene mental argentina, siguiendo más bien la tradición francesa, se había desarrollado directamente en la esfera pública, en el marco de los programas y las acciones del Estado. (Dagfal, 2015, p. 12)

En la Argentina, la higiene mental tuvo su origen en el seno mismo de la psiquiatría, cuya sede era el asilo de alienados (hoy, hospital mental) por ese motivo, las discusiones sobre la “Liga Social Argentina de Higiene Mental” se dieron dentro de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires —entre 1926 y 1929— y no en otros ámbitos.

(...) treinta años más tarde, el nacimiento del movimiento de la salud mental también tendría características diferenciales, que separaban el ámbito anglosajón del franco argentino. En ese marco, pondremos de relieve la figura de Enrique Pichón-Riviére, para señalar las originales operaciones de lectura que propugna y difundió en el pasaje de la higiene mental a la salud mental, sobre todo en lo que respecta al rol de privilegio otorgado a ciertas formas de psicoanálisis, muy distintas de aquéllas incorporadas por la psiquiatría en los años 20 y 30. (Dagfal. 2015, pp. 12-13)

La “enfermedad” comienza a ser pensada desde lo sano y no desde lo enfermo; pasa a tener mayor desarrollo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; y el término “higiene mental” es reemplazado por el de ‘salud mental’, más cercano a las nuevas propuestas. De este modo, (...) los procesos de salud y enfermedad serán abordados como fenómenos sociales y colectivos. (Falcone, 2009, p. 16).

En el período desarrollista (1958-1962) el proyecto político consistió en formar profesionales que fueran “agentes de cambio” de una sociedad en transformación. Enrique Pichón Rivière, Mimí Langer y José Bleger, médicos-investigadores, realizaron un replanteo de los problemas de la salud mental en Argentina, generando un ámbito nuevo donde el psiquiatra debía compartir su práctica con otras disciplinas y teorías provenientes de diferentes áreas del saber.

Las conceptualizaciones del Psicoanálisis, la Sociología, la Antropología, la Psicología Institucional y la Psiquiatría Comunitaria cuestionaban las instituciones manicomiales y ponían el acento en las prácticas comunitarias y preventivo-asistenciales.

### **2.1. La gestión de la Salud Mental con el Dr. Ramón Carrillo**

Desde su política sanitaria basada en la justicia social consideraba que había muchas personas afectadas sin asistencia y que se necesitaban en el país 40.000 camas más de las 20.000 existentes; la gestión de la salud a cargo del Dr. Ramón Carrillo fue en el periodo 1946-1954. Una de las primeras acciones, sustituye el vocablo “alienados” por el término “enfermos mentales” y pretende hacer del manicomio un hospital, ya que “la forma en que son estibados en ellos los enfermos, obliga a calificar, en muchos casos, a esos establecimientos como reducidos humanos” (Chiarvetti, 2012<sup>27</sup>)

---

<sup>27</sup> [Chiarvetti la la reforma en salud mental argentina.pdf \(uba.ar\)](#)

Los Centros de Psiquiatría Preventiva, se conformaron como órgano técnico para la profilaxis de las enfermedades mentales, centros de diagnóstico y tratamiento clínico ambulatorio y, debían proveer tratamiento externo de los enfermos mentales.

Los Centros de Psiquiatría Preventiva, debían proveer lo que Carrillo llamaba el servicio prehospitalario, “la preparación del paciente y de su familia ante la nueva situación creada, ejercer vigilancia sobre los enfermos dados de alta y tener una relación directa con todos los problemas del servicio social (...) se trata de un centro médico cuya acción no se cumple dentro de sus muros sino fuera de ellos, en el ámbito económico social y familiar” (Carrillo, 1974<sup>28</sup>).

## **2.2. Las experiencias comunitarias en salud mental en Argentina**

Cuando en Inglaterra se presentaba la propuesta de la comunidad terapéutica, la dictadura de Onganía, que comenzó en 1966, nombró en el Instituto Nacional de Salud Mental al Coronel Médico Esteves. Este propulsó el Plan de Salud Mental de 1967 que tenía como objetivos privilegiar la externación de los Hospicios llenos de pacientes, y a la vez impulsar la formación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales. En los dos casos se trató de descentralizar de los manicomios la atención, ofrecida por los mismos. En el primer caso, se adoptó la forma de trabajo de Comunidades terapéuticas en nuevas Colonias del interior del país, y hasta en los propios manicomios. Para el segundo, por ejemplo, se nombró a Mauricio Goldenberg en la ciudad de Buenos Aires para organizar Servicios en Hospitales Generales (Vainer, 2000).

Las experiencias de Comunidades terapéuticas se realizaron en distintos puntos del país. Wilbur Ricardo Grimson en el Hospital Estévez de Lomas de Zamora (Provincia de Buenos Aires); Luis César Guedes Arroyo en el Hospital Neuropsiquiátrico Roballos de Paraná (Entre Ríos); Julio J. Herrera en el Hospital Psiquiátrico “El Sauce” (Mendoza); Raúl Camino en Colonia Federal (Entre Ríos). (Vainer, 2000, párr. 5)

---

<sup>28</sup> [Política Sanitaria Argentina : Ramón Carrillo : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive](#)

La experiencia de Raúl Camino comenzó con una larga Asamblea de pacientes, hasta con vecinos de Federal de espectadores. Estas se realizaron tres veces por semana puntualmente a lo largo de la experiencia. En poco tiempo se organizaron distintas actividades para los pacientes, que comenzaron su actividad productiva a cambio del peculio. En una entrevista, Raúl Camino señalaba:

Tuvimos un 82 por ciento de altas. Esa es la estadística en bruto. Una estadística más fina debe considerar al paciente que reingresa varias veces al año. Así que en concreto fue un nivel de 49 por ciento anual...Además no fue una experiencia costosa desde el punto de vista hospitalario, porque al trabajar los pacientes este disminuía. (Vainer, 2000, párr. 8)

### **2.3. La dictadura y el retorno al modelo asilar**

La dictadura militar de 1976 instala el terror de Estado y el miedo se inscribe en la subjetividad determinando la ruptura de los lazos de solidaridad.

La acción sistemática del terrorismo de Estado para los líderes políticos, sindicales y sociales, tiene como objetivo imponer una política económica y social que, con diferentes variantes llega hasta nuestros días. En esta perspectiva se destruyeron los servicios de Salud Mental. La mayoría de los hospitales y Centros de Salud Mental fueron intervenidos por una burocracia cívico-militar para llevar adelante la Doctrina de la Seguridad Nacional. (Carpintero, 2007, p. 6).

Respecto a ello, Alejandro Vainer (2014), escribe:

Más de 340 campos de concentración y exterminio. Y consecuencias que persisten en toda la sociedad. También en Salud Mental: 110 Trabajadores de Salud Mental y 67 estudiantes desaparecidos, exilios e 'insilios'. Y un corte en esta historia donde muchos de estos avances fueron 'desaparecidos. (Párr. 32)

#### 2.4. El retorno democrático en la Argentina

Señala Silvia Chiarveti (2008<sup>29</sup>), que al inicio del gobierno de Alfonsín, Vicente Galli ocupó el cargo de Director en la Dirección Nacional de Salud Mental –creada durante la última dictadura militar-, entre marzo de 1984 y agosto de 1989.

Galli, en un documento de 1986 planteaba para Salud Mental:

- a) la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud;
- b) la integración intersectorial;
- c) la ampliación de la cobertura, incluyendo acciones de promoción y prevención, de manera que la misma fuera equitativa para toda la población;
- d) la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades, estrategias y asignaciones de recursos;
- e) el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud y el incremento de presupuestos para ello y nunca para incrementar prácticas y sistemas custodiales, segregacionistas y/o exclusivamente asistencialistas;
- f) la transformación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados que funcionan similarmente;
- g) el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental.

En 1983 la Argentina alcanzaba el retorno a la vida democrática tras haber atravesado unos de los períodos más cruentos de su corta historia. Se enfrentaba entonces con el desafío de tramitar las huellas dejadas por la última dictadura cívico-militar y de reorganizar la sociedad en torno a una consigna que aún sigue escribiéndose: Nunca más.

En esa transición, el discurso de los derechos humanos y los organismos que los defendían ocuparon un lugar fundamental en la resistencia frente a la dictadura, en la denuncia de los crímenes, en la búsqueda de verdad y justicia y

---

<sup>29</sup> [chiarveti\\_la la reforma \\_en\\_ salud\\_mental argentina.pdf \(uba.ar\)](#)



en la construcción de una memoria colectiva sobre lo ocurrido. Al mismo tiempo, muchos profesionales psi participaron de este movimiento, no sólo porque ofertaron acompañamiento y asistencia a víctimas y familiares, sino también porque aportaron ideas para pensar los efectos psicológicos del terrorismo de Estado y para construir abordajes (terapéuticos, culturales, jurídicos y políticos) que contribuyan a elaborar las heridas aún abiertas del pasado reciente.

Alicia Stolkiner, participante de la Mesa Redonda 30/10/2023.

Fuente <https://www.bn.gov.ar>

### **3. El cambio de paradigma en Salud Mental en la Argentina**

Las comunidades terapéuticas van instalándose y constituyen experiencias puntuales innovadoras, como las desarrolladas en Entre Ríos y en los servicios asistenciales ferroviarios. Comenta Alicia Stolkiner que “Años después, y luego del retorno a la democracia en 1984, los principios básicos de la experiencia italiana son retomados en la reforma psiquiátrica de la Provincia de Río Negro.” (2003, p. 6).

A partir de 1983, la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación presentó el Plan Nacional de Salud Mental y se realizó el censo de la población hospitalaria, se formaron recursos humanos en el área y se asesoró a las provincias para efectuar las transformaciones necesarias. La crisis de 1989 y la Reforma del Estado marcaron la desaparición de la Dirección de Salud Mental. Simultáneamente, al culminar el proceso de descentralización, en la década de 1990 ya no quedaron establecimientos significativos dependientes de la Nación.

En 1992, once hospitales nacionales que dependían del Ministerio de Salud de la Nación pasaron a depender de la Ciudad de Buenos Aires, entre ellos el Moyano y el Borda. Sobre esta década de profundización del neoliberalismo en Argentina, Alicia Stolkiner afirma:

Los modelos de reforma neoliberales en el campo de la salud, también produjeron cuestionamientos a las instituciones de internación prolongada, en este caso por su escasa relación costo/beneficio. Pero sus propuestas

tendieron a desamparar a los asistidos, delegando en las familias y las comunidades el soporte de su asistencia. En una sociedad productora de exclusión y marginalidad la función política del manicomio comenzaba a resultar perimida. (2003, p. 7).

En Argentina, de acuerdo a las estadísticas disponibles, existen instituciones del tipo asilar-custodial llamados comúnmente “manicomios” y el promedio de internación en estas instituciones es de diez años; hay pacientes con más de 30 y 40 años de internación, lo que induce a pensar que terminarán sus días allí.

En el informe *Vidas Arrasadas*, del CELS, se describe así la situación:

(...) la segregación efectiva de las personas en las instituciones psiquiátricas argentinas contribuye a incrementar su discapacidad y viola los estándares internacionales de derechos humanos. Al ser separadas de la sociedad, las personas pierden los lazos que las unen a su familia, amigos y comunidades de referencia. Las personas quedan sometidas al régimen custodial de las instituciones psiquiátricas, y pierden las habilidades de vida esenciales que necesitan para sobrevivir en la comunidad, lo que impide su rehabilitación. (2007, p. 11).

Autores como Alicia Stolkiner (2003; 2005; 2006) y Emiliano Galende (2008; 2010) coinciden en que la psiquiatría clásica, inaugurada a principios de siglo, estaba al servicio del orden represivo de la locura, para luego compartir con otros profesionales el “campo de la salud mental”. La salud mental se encuentra al servicio de las empresas de medicina y los grandes laboratorios; así, el consumo de psicofármacos se transformó en una de las adicciones más importantes de la actualidad, pero los últimos adelantos en psicofarmacología sólo pueden ser utilizados por aquéllos que tienen un gran poder adquisitivo. De esta manera, la locura importa cuando el paciente tiene dinero para comprar medicamentos, pagarse una internación o lograr que algún sistema pre-pago u obra social pueda solventar sus gastos, en otros términos, “a los locos si son pobres se los ignora” (Carpintero, 2007, p. 8).

En síntesis, la permanencia del “manicomio” en la Argentina constituyó una política de Estado que se consumó bajo la tecnología de la “biopolítica” descrita teóricamente por Foucault (2002), la que expresa cómo el Estado, ejerciendo su poder sobre los cuerpos, concreta el objetivo de un equilibrio de la población y su regulación. Este derecho estatal, sustentado como “biopoder”, se circunscribe en “hacer vivir” y determinar “cómo vivir”, lo que permite también pensar la muerte del otro en condición de inferior, en un proceso de normalización y naturalización. En el sentido de Foucault, esta acción que implica establecer la diversidad como “inferioridad”, preforma las respuestas para invalidar su existencia: loco, pobre, excluido, adicto. Así, el hospital psiquiátrico se constituye en el nivel institucional de la salud para “curar” al enfermo mental garantizando el orden público.

Para Alicia Stolkiner

(...) Un principio básico del pensamiento institucionalista dice que no hay que confundir la institución con el establecimiento. La institución es una trama de relaciones sociales y sentidos, el establecimiento es la forma en que ella se materializa (2003, p. 1).

Es decir, la institución “hospital psiquiátrico”, “manicomio”, “psiquiátrico”, “loquero” etc., expresa el sentido que la sociedad construye respecto a la relación salud y enfermedad mental y ello incluye el conjunto de prácticas profesionales que se concretan para “la curación”.

#### **4. La Ley Nacional de Salud Mental**

Las experiencias del *Frente Artistas del Borda*, *Radio La Colifata* y *Pan del Borda*, como las reformas en Salud en las Provincia de San Luis (1983)<sup>30</sup> y Rio Negro (1985)<sup>31</sup>, van constituyendo la expresión de la búsqueda de un cambio en los servicios de salud mental, pero, a la vez, se generan distintos grados y niveles de tensión entre diferentes sectores de la salud, ante las modalidades propuestas, como la ruptura con la internación y con el modelo médico hegemónico.

---

<sup>30</sup> Se inició el programa de “política de puertas abiertas”, re estableciendo los vínculos entre los pacientes con la comunidad y su familia.

<sup>31</sup> Experiencia desarrollada por Hugo Cohen en 1985 con el proceso de externación (“*desmanicomialización*”) y la generación de las normas de atención en crisis.

Rosendo (2001) refiere,

De todos modos, los enfrentamientos entre las diferentes asociaciones no giran en torno a la discusión sobre quién está capacitado en la conducción de servicios...sino en quiénes están facultados (por su formación y respaldo legislativo) para definir una internación en salud mental [...] la tensión en el campo se argumenta que los artículos de la ley sobre interdisciplinariedad avasallan las incumbencias de cada una de las disciplinas del campo de la salud mental<sup>32</sup> (p.)

En el año 2010, después de reuniones de trabajo interdisciplinario e interprovincial se logra la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que constituye un nuevo acontecimiento en el campo jurídico, político e institucional.

Como toda herramienta de transformación, expone la tensión entre el viejo y el nuevo paradigma, y, por otra parte, pone de manifiesto la brecha entre los aspectos normativos respecto de las prácticas en las instituciones y las intervenciones de los profesionales que componen los servicios de salud mental. Sitúa al Hospital General como recurso fundamental para realizar internaciones -voluntarias e involuntarias- a cargo de equipos interdisciplinarios, promover la creación de una red de servicios basada en la comunidad, poniendo énfasis en la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo en red.

Con la vigencia la Ley Nacional N° 26657/10 de Salud Mental<sup>33</sup>, se conceptualiza la Salud Mental como

(...) un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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 (Capítulo II, Art. 3°).

---

<sup>32</sup> Se afirma que el proceso de internación en salud mental constituye un acto médico que involucra definiciones y decisiones que sólo puede realizar –por su formación- un profesional de esta disciplina y que, por ende, es quien responde legalmente. (Rosendo, 2011).

<sup>33</sup> La experiencia sobre el diseño, evidenció un fuerte conflicto entre actores profesionales e institucionales en base a intereses corporativo sostiene Ernestina Rosendo (2011)

Considerándose lo multicausal del proceso como la sumatoria de factores internos y externos al sujeto social, pero, además, enfocándose desde la perspectiva los derechos humanos y sociales.

La Reglamentación de la ley mediante el Decreto N° 603/2013 constituyó la cristalización de las consultas y la redacción del documento en el que participaron los delegados de las provincias, representantes de organismos públicos y entidades de la sociedad civil, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Posteriormente participó de la revisión el Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría Legal y Técnica de la Presidencia de la Nación.

El Decreto Presidencial N° 457/10 establece que la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, se constituye en la autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, en concordancia con los lineamientos del Plan Federal de Salud. La política institucional de la Dirección Nacional se orienta a fortalecer las redes inter institucionales y promueve la convocatoria de los distintos actores del campo de la salud mental para participar de espacios de discusión, reflexión, debates, actualización, etc. sobre los temas que afrontan las especialidades disciplinarias desde el reconocimiento de un campo común de pertenencia científico y profesional.

En el año 2013 por Resolución Ministerial N° 2177/2013 se aprueba el Plan Nacional de Salud Mental basado en el Artículo 31° de la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario.

En el mismo año se crea la Comisión Consultiva de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, en el ámbito de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, una acción que se encuentra enmarcada en un proyecto que busca normalizar el perfil del egresado de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM).

Mediante el Decreto Presidencial N° 603/2013, fue creada la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) que funciona en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros. Es presidida por el Ministerio de

Salud en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley N° 26.657 e integrada por representantes de los Ministerios de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación; Desarrollo Social; Seguridad; Justicia y Derechos Humanos; la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia; la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)

La Ley Nacional genera la creación de nuevos espacios institucionales, así como las actividades intersectoriales e interdisciplinarias que se incorporan a la agenda pública marcan un hito en el campo de la salud mental en la Argentina. El Estado claramente instala la idea de cambio de paradigma siguiendo los compromisos establecidos en la declaración de Alma Ata (1978), a partir de la cual surge la Atención primaria para la salud (APS), cuyo objetivo fue permitir el acceso a la salud para toda la población, como una estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Declaración de Caracas (1990) pero, fundamentalmente, a partir del reconocimiento de la persona con padecimiento mental como persona jurídica, a la que se le reconocen derechos y obligaciones.

En el Capítulo V; Art. 8° de la ley nacional de salud mental se establece que “(...) la atención estará a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos (...)”. Aquí, y ante los argumentos expuestos más arriba, puede concluirse que se plantea una intervención en Equipo y éste con la característica de interdisciplinariedad, orientado a promover el proceso de desinstitutionalización – externación e incorporar en el proceso a la familia y la comunidad.

Ya en el Art. 9° de la mencionada ley suscribe que “(...) el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”.

Emiliano Galende (1990) sostiene que actualmente existe una relación, antagónica y contradictoria, que surge entre las propuestas de una comprensión biopsicosocial de la salud mental y la actual utilización generalizada del psicofármaco, junto a la explicación médica del trastorno psíquico, para su tratamiento. Sostiene que es muy difícil cuantificar los problemas en Salud Mental, ya que los límites entre Salud y Enfermedad son borrosos y permeables.

### **5. El abordaje desde el paradigma de los derechos humanos**

El cambio de paradigma en la salud mental se expresa a través de los lineamientos sustentados en la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental, intervención interdisciplinaria e intersectorial, inclusión de las adicciones en el campo de la salud mental y el impulso de los procesos de desmanicomialización.

Entre los aspectos relevantes del cambio que se propone, se puede mencionar:

- Al plantear la igualdad disciplinar y focalizar el abordaje a partir de la constitución de equipos interdisciplinarios, estableciendo que cualquier profesional con título de grado estaría en igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción y de gestión (Art. 13° Ley N° 26.657), quiebra con el histórico modelo médico-hegemónico que posiciona a determinados profesionales y campos “específicos” (de la rama de la psicología, psiquiatría) para ocupar dichos espacios.
- Estas nuevas prácticas proponen recursos y servicios, ubicados en los territorios, donde la articulación entre profesionales de distintas disciplinas permite el intercambio horizontal de saberes de cada una sin que exista una supremacía de una sobre otras; un trabajo orientado al abordaje biopsicosocial desde una visión integradora y global de la salud (Art. 13° Ley N° 26.657).
- Las acciones basadas en la coordinación con otros sectores tales como ministerios de Desarrollo Social, Trabajo, Educación promueven la

- intersectorialidad en el abordaje (Art.11° Ley N° 26.657), a diferencia del anterior modelo que centralizaba las acciones en ministerios específicos.
- El consentimiento informado (Art.16° Ley N° 26.657) y la prohibición sobre prolongar internaciones para resolver problemáticas de tipo social (entre ellas, de vivienda), debiendo ser el Estado el responsable en la provisión de los recursos necesarios (Art.15° Ley N° 26.657), inscribe una ruptura multidimensional respecto a la reclusión y exclusión desde el modelo anterior.
- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud.
- Estableciéndose como objetivo central de la intervención, el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (Art.9° Ley N° 26.657), asegurando la continuidad de los vínculos y lazos sociales, en vez de romperlos mediante la reclusión, el aislamiento y el encierro de las personas.
- Un punto de inflexión está marcado en la utilización de los psicofármacos en virtud de las necesidades terapéuticas de la persona, evitando su uso como “forma de castigo” (Sic), por conveniencia de terceros o para suplir la carencia de recursos humanos y/o terapéuticos (por ejemplo, cuidados especiales o acompañamiento terapéutico) (Art.14° Ley N° 26.657).

Gorbacz (2010), autor de la Ley, menciona,

(...) lo principal es la presunción de capacidad. Es decir, no podemos suponer más de antemano peligrosidad, sino que se parte de la idea de que todos somos capaces de tomar decisiones, y a partir de ahí se construye un nuevo sistema<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Entrevista en <http://espacioiniciativa.com.ar/?p=5635>



Ese nuevo sistema incluye la sustitución progresiva de los manicomios por dispositivos basados en la inclusión social como las casas de convivencia, acompañamiento terapéutico, hospitales de día, cooperativas de trabajo, experiencias de radio, de arte, atención en hospitales generales. Además de la prohibición de crear nuevos manicomios.



## **PARTE 2**

## CAPÍTULO III

### La salud mental como política de Estado en la Argentina

#### 1. La política pública. Concepto

Como concepto del campo de las ciencias sociales, hablamos de una construcción social, del tipo multidimensional, no unívoca y de cambio constantes con el proceso socio histórico y político.

En este sentido, Oscar Oszlak, expresa que el Estado

Primero, cuando goza del reconocimiento externo de su soberanía política; segundo, cuando monopoliza el uso legítimo de la violencia física dentro de su espacio territorial; tercero, cuando consigue descentralizar su control social a través de un aparato institucional competente y profesionalizado, que asegura el ejercicio de la potestad impositiva y la aplicación de las políticas públicas; y cuarto, cuando manifiesta una capacidad de producción simbólica que refuerza los valores de la identidad nacional y la solidaridad. (2006, p. 1<sup>35</sup>)

El Estado se manifiesta como un actor social, diferenciado y complejo, en el sentido de que sus múltiples unidades e instancias de decisión y acción traducen una presencia estatal difundida -y a veces contradictoria- en el conjunto de relaciones sociales (Oszlak, 1997) y, para Pierre Bourdieu (2000) al analizar la acción estatal, podemos hacer referencia tanto a las acciones como a las omisiones. Ese hacer, es el conjunto de políticas públicas que se orientan a construir un proyecto político; las particularidades de ese proyecto se relacionan con un tiempo histórico.

Oszlak, señala “existe capacidad de producción simbólica cuando el discurso político reafirmador de los valores de nacionalidad, democracia, justicia, solidaridad y equidad, encuentra eco en los hechos, las obras y las conductas de los gobernantes” (2006, p. 2)

---

<sup>35</sup> Para ampliar lectura referente a la problematización que realiza el autor en el artículo que lleva el nombre de “Oszlak, O. (2006). Los miedos de los argentinos: ensayos sociopolíticos y culturales”, se sugiere el documento alojado en CEDES <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3958>



Las políticas públicas, en las que se incluye la política de salud, presenta cierta dificultad para precisar conceptualmente y, como explica Claudia Danani (2003) es necesario considerar con una utilidad conceptual limitada y, como acción, un conjunto de intervenciones sociales del Estado, cuya finalidad radica en que regulan indirectamente la forma mercancía de la fuerza de trabajo y que lo hacen desenvolviéndose en el terreno de la distribución secundaria del ingreso.

Se trata entonces de estudiar, analizar y explicar qué concepción de sociedad existe detrás de cada modelo de Estado, porque no se trata de una mera descripción sino de una interpretación sobre la sociedad que se pretende construir, de diversos mecanismos o dispositivos puestos en juego para lograr dicho objetivo, de modos de nombrar y maneras específicas de hacer y establecer vínculos con la sociedad.

En el contexto del Estado de Bienestar, las instituciones que lo forman se convierten en organizaciones centrales y relevantes para la materialización de procesos democráticos en base a derechos, mientras que en el Estado Capitalista sus instituciones y propias organizaciones son secundarias o subsidiarias. En otras palabras, las acciones pueden orientarse a la ampliación de los derechos con el Estado como garante de los mismos, o a la restricción de derechos ciudadanos, poniendo en evidencia la desigualdad de los iguales.

En el campo de la salud pública, respetando las autonomías provinciales, la adhesión a los pactos internacionales incorporada en la Reforma Constitucional de 1994 le otorgó a la nación responsabilidades como garante del derecho a la salud, situación que puso en el centro de los planteos académicos e institucionales la necesidad de fortalecer el rol rector del Ministerio nacional en su relación con las jurisdicciones subnacionales (Chiara, 2019).

## **2. Particularidades de las políticas en el contexto del Estado Capitalista en América Latina y Argentina.**

Explica Eduardo Bustelo que en América Latina “no es más que la desarticulación y el desguace del incipiente Estado de Bienestar en la región.” (1995, p. 120). Así, se transita hacia lo que el autor denomina el Estado de Malestar.

Para Eduardo Devés Valdés:

... el (neo) liberalismo, en términos de ideas, se instala como una reposición del paradigma modernizador, un leitmotiv del pensamiento liberal; es la denuncia del Estado como origen de los males, obstaculizador, generador de un aparato con crecimiento desmedido; la crítica del Estado hasta la demonización presenta la contracara de exaltación al mercado. La demonización del Estado como un ogro, un Leviatán, un monstruo o un Frankenstein se encuentra más o menos explícita en todo autor neoliberal (2003, p. 263).

Norbert Lechner sostiene que “... la crisis del Estado desencadena la crítica del Estado, el neoliberalismo denuncia no sólo el estatismo, sino que condena toda intervención estatal como consustancialmente nefasta.” (1992, p. 83).

Existe una amplia literatura referida a las características sustantivas del modelo capitalista moderno, pero, en términos generales, encontramos que la centralidad es la exaltación del mercado.

Para Karl Polany

(...) una economía de mercado es un sistema económico regido, regulado y orientado únicamente por los mercados. La tarea de asegurar el orden en la producción y la distribución de bienes es confiada a ese mecanismo auto regulador. Lo que se espera es que los seres humanos se comporten de modo que pretendan ganar el máximo dinero posible: tal es el origen de una economía de este tipo. (...) Existen, en consecuencia, mercados para todos los elementos de la industria, no sólo para los bienes (entre los que figuran siempre

los servicios), sino también para el trabajo, la tierra y el dinero cuyos precios son denominados respectivamente precios de mercancías, salario, renta territorial o 'renta' e interés (1989, pp. 107-108).

Por su parte, López y Thwaites Rey expresan que:

(...) las transformaciones internas de la modalidad interventora-benefactora desembocaron, a mediados de los años 70, en una crisis importante caracterizada por la recesión económica, la inflación, las pérdidas masivas de empleo, la crisis fiscal y el aumento de la deuda pública, originando un profundo malestar respecto a la capacidad de las instituciones del Estado benefactor para resolver las demandas sociales. (...) La ofensiva contra el tamaño del aparato estatal y sus funciones fue la forma que adoptó la estrategia neoliberal que se volvió hegemónica en la mayor parte del mundo (2005, p.18).

Guillaume Le Blanc expresa que:

... la precariedad no tiene nada de irreversible puesto que no es natural sino íntegramente construida. (...) las desafiliaciones que experimenta y que lo sitúan en un no lugar donde viene a regir el espectro de la muerte social (2007, p. 133).

Ante la incertidumbre del mañana se inscribe la precariedad de una vida en la precariedad social. Esta alusión a la incertidumbre se expresa en los miedos cotidianos ante los grados de inseguridad económica, la transitoriedad de los puestos de trabajo, la posibilidad de "no pertenecer" mañana, deriva en una serie de situaciones psicosociales que reflejan la capacidad en disminución para enfrentar y resistir los cambios. Generación de incertidumbre, miedos, transitoriedad de las relaciones laborales, nuevas modalidades del vínculo laboral (contrato sin relación de dependencia o como trabajador autónomo), configuran situaciones de violencia laboral, muchas veces naturalizadas porque es el Estado<sup>36</sup> el hacedor de estos dispositivos de control a través de normas y procedimientos.

---

<sup>36</sup>Diana Scialpi, citando a Sluzky (1994), refiere que "(...) aquella violencia perpetrada por quienes tienen la responsabilidad social y legal de cuidar a los ciudadanos, de mantener el orden en su mundo, de preservar la estabilidad y predictibilidad de sus vidas." (2002:210).

En los ámbitos laborales, el conjunto de normas, discursos, imposición de roles y prácticas que se instalan, provocan situaciones de incertidumbre, tensión e inseguridad.

Desde el campo de la psicología, Christophe Dejours (1988) realizó relevantes contribuciones relacionadas con el vínculo entre el psiquismo y el trabajo, puso en evidencia las problemáticas intersubjetivas en el trabajo que derivan en afecciones psicosomáticas, la ansiedad y la insatisfacción laboral. Expresa el autor: "... en el enfrentamiento del hombre con su tarea, pone en peligro su vida mental" (p. 9).

En el mismo sentido, Jorge Kohen (1995) utiliza la noción de procesos peligrosos para estudiar los procesos de trabajo en relación a los riesgos laborales, permite aproximarnos al reconocimiento del conjunto de situaciones que surgen, que son dinámicas y que atraviesan la cotidianidad laboral, provocando trayectorias laborales de vulnerabilidad.

El autor citado identifica el estrés que se vincula con problemas conductuales como síndrome de burnout, que sumado a otros problemas de salud y psicológicos, se expresan con la aparición de situaciones de baja autoestima, desmotivación y sentimientos de fracaso que no son definidos operacionalmente; pero con nuevas situaciones –aún difíciles de definir operativamente– como agotamiento mental, emocional y físico, no considerados como riesgo laboral y que surgen a partir de traslados, cambios de tareas, congelamiento de carrera administrativa, bajos salarios, precarización de las relaciones laborales, etcétera.<sup>37</sup>

La percepción del estar afuera, al margen de, no poder ingresar define a individuos, grupos o comunidades que quedan afuera, no teniendo acceso de manera digna a la mayoría de bienes y servicios de producción de la sociedad. Pierre Bourdieu afirma que:

---

<sup>37</sup> Por primera vez en la Argentina, en mayo de 2008, la Cámara Laboral de San Carlos de Bariloche reconoció al "síndrome de desgaste profesional" sufrido por una psicóloga que trabajó durante 18 años en el Departamento de Sanidad de la Policía de Río Negro. (Feresín y Aguilar, 2009).

aquellos y aquellas que suelen ser designados como 'los excluidos' del mercado laboral –provisorio, temporario, duradero o definitivo– son también, casi siempre, excluidos de la palabra y de la acción colectiva (2002, p. 38).

La vulnerabilidad revela una multiplicidad de sentimientos y situaciones de fragilidad, precariedad, indefensión, incertidumbre y temores, no solo a nivel individual sino también familiar y societal y, en un contexto de transformaciones crecientes, impone, somete, interpela, a veces condiciona y, en otros casos, no sólo limita, sino que también paraliza.

En conclusión, las políticas en contextos de administraciones neoliberales erosionan hasta provocar la ruptura y hasta la desaparición definitiva de los derechos conquistados y garantizados por el Estado de Bienestar. Las nuevas normativas orientadas a la regulación de las relaciones laborales, el desmantelamiento de las organizaciones sindicales, el exacerbado individualismo, la intensificación de los procesos de exclusión social y profundización de la pobreza configuran una nueva realidad en la Argentina; en diferentes periodos.

El modelo neoliberal produce flexibilización del mercado y las trayectorias de vida son erráticas, recorridos inseguros y no previsibles que se transforman en itinerarios de permanente inseguridad y vulnerabilidad psicosocial. La incertidumbre e imprevisibilidad no se presenta de manera homogénea, ya que la complejidad está determinada por la diversidad y variedad de situaciones. Constituyen fenómenos que atraviesan la cotidianeidad del sujeto y provocan una multiplicidad de situaciones intra y extra familiar, asociados con el proceso de desafiliación social como lo denomina Robert Castel<sup>38</sup> (1997).

---

<sup>38</sup> Debemos dejar en claro que Robert Castel (2004, 2010) trabaja la categoría de “exclusión y excluido” no estando totalmente de acuerdo con la variada utilización y asignación que se emplea en la actualidad para describir una multiplicidad de situaciones donde la particularidad de las mismas queda diluida. Por ello la utilización de *desafiliación* para Castel implica poder “describir trayectorias, procesos, personas que se desenganchan y caen” (2004, p. 58).

La salud mental se torna frágil y el Estado impulsa condiciones de acceso generadas desde el mercado y considerando la salud como “mercancía”. El modelo de atención es asilar, -manicomial-, individualizante y se construye un abordaje desde la peligrosidad y por lo tanto, con fuerte impronta medicamentosa.

Para Nikolas Rose (2007), estamos atravesando un tiempo en el que surge una nueva configuración que está adquiriendo forma, especialmente, referida al gobierno de la vida económica, en donde las técnicas de maximización del bienestar social ya no se presentan como necesarias para obtener bienestar económico, en un mercado constituido mayormente por empresas privadas.

### **3. Particularidades de las políticas en el contexto del Estado Social en América Latina y Argentina.**

Al ingresar a la agenda pública la inclusión social adquiere el rango de intereses comunes y resolución de necesidades colectivas, distanciándose radicalmente del modelo de exaltación del mercado como de acciones de carácter asistencialistas, focalizadas y clientelares.

El diseño y ejecución de la nueva gestión de la política estatal con el objetivo de promover la inclusión social, centra la actuación en la promoción del empleo, la reconstrucción de las relaciones laborales generadoras de certidumbres y el fortalecimiento de lazos solidarios del conjunto de organizaciones sociales. Así, el desafío que se propone no se cierra en los logros individuales, sino en procesos comunitarios de recuperación de vínculos<sup>39</sup> inscriptos en la expansión de la ciudadanía.

Las acciones de gobierno tienen relación directa con la implementación de políticas públicas inclusivas, en la que opera una matriz epistemológica, teórica e ideológica<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> Robert Castel escribe: “lo que sucedió a lo largo de los últimos veinte años es de hecho una transformación profunda, en el sentido de la degradación, de la concepción de solidaridad (...) los gastos de solidaridad se dirigen preferentemente al sector residual de la vida social poblado por los más desprotegidos y carentes (...)” (2004, p. 94).

<sup>40</sup> La política pública se constituye en una categoría analítica, una construcción histórico-social, pero también es una herramienta para el logro de diversos objetivos, en los que puede incluirse la búsqueda de procesos de

diametralmente opuesta al modelo neoliberal (1989-1999). Fundamentalmente, el sentido que se le otorga a la acción estatal no se encuadra en la concesión de derechos sino en “construcción de derechos”.

José Nun expresa al respecto expresa,

(...) la ciudadanía es una construcción social que se funda, por un lado, en un conjunto de condiciones materiales e institucionales y, por el otro, en una cierta imagen del bien común y de la forma de alcanzarlo. Lo que equivale a decir que es siempre el objeto de una lucha (...) (2001, p. 65).

Continuando con los aportes de este pensador, la idea de ciudadanía debe garantizarse institucionalmente

(...) para lograrlo, se vuelve necesario poner en el primer lugar de la agenda pública la garantía y la generalización de los derechos civiles, políticos y sociales del conjunto de los ciudadanos, sin lo cual no hay sujetos autónomos ni contratos o pactos sociales que puedan considerarse válidos y, mucho menos, una democracia representativa de bases sólidas que se haga acreedora de su nombre (Nun, 2001, p. 166).

Es decir, no se trata solo se trata de la garantía de que estén escritos (La Constitución), sino de la relevancia de que se constituyan en objeto de acción política-institucional (gestión de la política pública) que garantiza el ejercicio del derecho sustantivo.

Eduardo Subirats destaca que el rol de las políticas públicas orientadas a la inclusión:

(...) deben abandonar cualquier pretensión monopolista, profesionalista o centralizadora. Su papel como palancas hacia el desarrollo social inclusivo será directamente proporcional a su capacidad de tejer sólidas redes de interacción con todo tipo de agentes comunitarios y asociativos, en el marco

---

ciudadanización. Los objetivos responden a un modelo y pueden orientarse tanto a la permanencia del asistencialismo, al control social y al disciplinamiento, como a la emancipación.

de sólidos procesos de deliberación sobre modelos sociales y bien apegadas al territorio (2010, p. 36).

La convocatoria a los movimientos sociales para participar de la discusión de la política pública y el rol que se les asigna como fuerzas con anclaje territorial, responde a los presupuestos que enuncia Eduardo Subirats (2010) como necesarios para garantizar las políticas inclusivas.

En ese contexto se instalan discursivamente nuevas formas de nombrar<sup>41</sup> a los destinatarios de las políticas y a las categorías principales de las mismas (derechos, inclusión, participación, ciudadanía, etc.) y, en términos normativos y operativos, por ejemplo el Plan Familias por la Inclusión Social significa un punto de ruptura con los planes anteriores, de carácter focalizado y selectivo, cuyo sentido era disminuir y neutralizar los conflictos sociales, para proponer en cambio el acceso a los servicios como derecho.

Cuando el Estado pone en la agenda la inclusión social, lo central son los derechos sociales porque desde ellos ingresa el principio de igualdad inscripto en el concepto de ciudadanía. El desafío es lograr que “todas las personas queden adentro” evitando las desigualdades y la exclusión social. Esta situación, para Eduardo Bustelo (1998) implica el tránsito del modelo de ciudadanía asistida al modelo de ciudadanía emancipada (autonomía y emancipación).

En términos de universalización de los derechos recordamos que Luciano Andrenacci (2008) sostiene que

Las políticas sociales universalistas deben contribuir a la consolidación de imaginarios de igualdad y solidaridad ciudadana entre sectores y territorios, contribuyendo a consolidar la legitimidad del Estado como árbitro de intereses. Sin esos imaginarios, cualquier política es socialmente inestable (2008, p. 16).

---

<sup>41</sup> Los cambios en la forma de nombrar son principalmente las siguientes: “de beneficiario o cliente a ciudadano”; “asistencia por derechos”; “familias con necesidades insatisfechas por familias vulnerables”; “excluidos por incluidos”; etcétera.

En síntesis, la política social, en el marco de un Estado Social, tiene una configuración diametralmente opuesta a la que se genera en un Estado Capitalista<sup>42</sup>. Como señala Gösta Esping Andersen, (1993), no quiere decir que la política social fuera desconocida ante el avance del capitalismo moderno, sino que su naturaleza y su organización se transforman<sup>43</sup> tomando un cariz propio. Si el objetivo de la intervención de la política social en este caso es establecer un encadenamiento de acción-resultados, eficiencia-eficacia, necesidades-recursos, las instituciones requieren de tecnócratas que maximicen los servicios en función de permanentes diagnósticos elaborados por los expertos y en función de la retracción de la intervención estatal.

Nora Aquin (1999) refiere que discursos, instituciones y prácticas profesionales combinan la modalidad “técnico-asistencial” y define una intervención de carácter neofilantrópicas.

Cuando la intervención estatal se orienta a promover procesos inclusivos y el interés se centra en derribar las barreras que no permiten el ejercicio sustantivo de los derechos que perfilan el Estado Social se convoca a profesionales capaces de desarrollar prácticas críticas, y para los Trabajadores Sociales configura el espacio propicio para la construcción democrática de procesos crecientes de ciudadanía.

Para Pierre Bourdieu “(...) hacer conscientes ciertos mecanismos que hacen dolorosa e incluso intolerable la vida, no significa neutralizarlos; sacar a la luz las contradicciones no significa resolverlas (...)” (1999, p. 557). El desafío está entonces, en enfrentar las contradicciones, hacer explícitos los mecanismos que generan mayor desigualdad y recurrir permanentemente a la reflexión de la acción, porque nos

---

<sup>42</sup> La división entre la política económica y la política social se transformó en la estrategia discursiva y operativa para centrar acciones en el bienestar social y escindirse del sentido de bienestar general que incluye trabajo, salud, vivienda, educación, etc., acentuando el carácter reparatorio, asistencial y/o compensatorio, donde al interior se refleja la idea de reparación de daños. (Lo Vuolo, 1999).

<sup>43</sup> Gösta Esping-Andersen (1999), al combinar la relación Estado- mercado-familia, desarrolló una tipología con tres regímenes de capitalismo de bienestar, en los que surgen los sujetos ubicados conforme las posibilidades existentes, para acceder a derechos y modalidades diferenciales de desmercantilización, todas articuladas con la regulación pública de la economía.

permite revisar el hacer<sup>44</sup> y por lo tanto, desde el pensar pasar a las propuestas de transformación y a los modos de intervenir.

#### **4. La salud mental como política pública**

Considerando los aportes de Magdalena Chiara (2019), la política de atención de la salud, desde las intervenciones institucionalizadas del Estado, tienen como ámbito de acción (directa o indirecta) los servicios de salud y como objeto la atención, reconociendo su capacidad de producción para definir (y producir) los problemas y para delinear (y generar) las reglas de juego a través de las cuales esos problemas son elaborados (citando la autora los aportes de Grassi, 2003; Danani, 2009).

La política pública en salud, se puede estudiar a través de los diferentes dispositivos (planes, programas, proyectos, normas, etc.) y, la particularidad estará determinada por el tipo de institución que organiza las relaciones entre los actores institucionales y los destinatarios (individuos, grupos, familias, comunidad).

El proceso de transformación del modelo manicomial que sustenta la Ley Nacional de Salud Mental no solo refiere a la sustitución progresiva de los hospitales monovalentes por “dispositivos alternativos” (Art. 27°) sino que menciona el incremento del presupuesto en el campo de la salud mental (Art. 32°), la coordinación interministerial (Art. 36°) para garantizar la implementación de programas y proyectos de inserción laboral de los usuarios y, también, la formación de recursos para la promoción de los lazos sociales y en relación directa con los principios de la estrategia de atención primaria de la salud (APS).

##### **4.1. La salud mental como política pública: período 2003-2015**

Paulatinamente, se instala en la agenda pública el tema de salud mental y se promueven una serie de medidas político-institucionales para implementar los

---

<sup>44</sup> Para Pierre Bourdieu (1999) las leyes del mercado (supuestamente indiscutibles) legitiman la regresión del bienestar público (la mano izquierda del Estado) a través de procesos crecientes de involución, desempleo, convirtiendo el derecho al trabajo en un privilegio. Ante esta precariedad el capitalismo desarrolla estrategias orientadas a instalar mayor dominación y explotación.

cambios necesarios en todo el territorio nacional. En el transcurso del año 2003 se inicia el estudio y diagnóstico de la situación en el campo de la salud mental en Argentina, como tema de agenda del Estado, que culmina en el año 2010 con la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, dando lugar al trabajo para la presentación y la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Para generar la discusión sobre el tema se convocan a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, comunicadores sociales, agentes comunitarios, educadores populares, sociólogos, antropólogos y operadores de la salud<sup>45</sup>, los que participaron en distintos encuentros organizados para este fin.

Desde el año 2010, la Dirección Nacional de Salud Mental implementa como política de Estado la coordinación de encuentros, debates, elaboración de documentos, etc., todos ellos de carácter interministerial, nacional y provincial, con participación de distintas organizaciones de la sociedad civil e instituciones educativas, para discutir sobre distintas dimensiones que configuran “la problemática de la salud mental en Argentina”. No se deja de tener en cuenta la formulación del Plan Federal de Salud del año 2004 el que establece que la salud debe protegerse mediante acciones del Estado, poniendo énfasis en las acciones preventivas mediante una mayor accesibilidad a los servicios y prestaciones necesarias, tomando a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como eje organizador del sistema de atención.

En el mencionado año 2010, después de reuniones de trabajo interdisciplinario e interprovincial se logra la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que constituye un nuevo acontecimiento en el campo jurídico, político e institucional.

Como toda herramienta de transformación, expone la tensión entre el viejo y el nuevo paradigma y, por otra parte, pone de manifiesto la brecha entre los aspectos normativos de las prácticas en las instituciones y las intervenciones de los profesionales que brindan los servicios de salud mental. Sitúa al Hospital General

---

<sup>45</sup> Desde la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental (Decreto N° 457/10) se realizan reuniones de carácter interinstitucional y multiactoral para abordar distintas temáticas del campo de la salud mental, del Plan Nacional, de la política de formación de recursos humanos (RISAM), de ejecución del Programa Nacional de Salud Mental y Adicciones, etcétera.

como recurso fundamental para realizar internaciones -voluntarias e involuntarias- las que están a cargo de equipos interdisciplinarios, promoviendo la creación de una red de servicios basada en la comunidad, con énfasis en la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo en red.

La Reglamentación de la Ley mediante el Decreto N° 603/2013 constituyó la cristalización de las consultas y la redacción del documento en el que participaron los delegados de las provincias, representantes de organismos públicos y entidades de la sociedad civil, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Posteriormente participó de la revisión el Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría Legal y Técnica de la Presidencia de la Nación.

El Decreto Presidencial N° 457/10 establece que la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se constituye en la autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, en concordancia con los lineamientos del Plan Federal de Salud. La política institucional de la Dirección Nacional se orienta a fortalecer las redes inter institucionales y promueve la convocatoria de los distintos actores del campo de la salud mental para participar de espacios de discusión, reflexión, debates, actualización, etc. sobre los temas que afrontan las especialidades disciplinarias desde el reconocimiento de un campo científico y profesional común de pertenencia.

En el año 2013, por Resolución Ministerial N° 2177/2013, se aprueba el Plan Nacional de Salud Mental basado en el Artículo 31 de la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario. En el mismo año se crea la Comisión Consultiva de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental en el ámbito de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, una acción que se encuentra enmarcada en un proyecto que busca normalizar el perfil del egresado de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM).

Mediante el Decreto Presidencial N° 603/2013, fue creada la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) que funciona en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros. Es presidida por el Ministerio de



Salud en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley N° 26657 e integrada por representantes de los Ministerios de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; de Educación; de Desarrollo Social; de Seguridad y de Justicia y Derechos Humanos; además por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia; la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI).

De esta manera, la promulgación de la Ley Nacional promueve la creación de nuevos espacios institucionales, así como la realización de actividades intersectoriales e interdisciplinarias que se incorporan a la agenda pública, marcando un hito en el campo de la salud mental en la Argentina.

El Estado claramente instala la idea de cambio de paradigma siguiendo los compromisos establecidos en la declaración de Alma Ata (1978), a partir de la cual surge la Atención primaria para la Salud (APS), cuyo objetivo fue permitir el acceso a la salud a toda la población e intervenir a tiempo para evitar males mayores, como una estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Igualmente se toma en cuenta la Declaración de Caracas (1990), pero fundamentalmente partiendo del reconocimiento de la persona con padecimiento mental como persona jurídica, a la que se le reconocen derechos y obligaciones.

Las modificaciones pueden resumirse en:

- la modalidad de intervención centrada en la interdisciplina, prácticas de abordaje en equipos. Todos los profesionales y técnico integrantes, tienen las mismas capacidades, atribuciones y funciones para diseñar estrategias de intervención; tomar decisiones y ocupar cargos de responsabilidad en el campo de la salud mental;
- se promueve el diseño de una intervención comunitaria y de trabajo intersectorial;
- se requiere el consentimiento informado para la atención de los usuarios;

- las internaciones constituyen el último recurso terapéutico,
- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario.
  
- Se inicia el proceso de “desmanicomialización” se impide la habilitación de nuevos manicomios y que se inicie la promoción y habilitación de dispositivos alternativos como casas de convivencia o medio camino, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (art. 14, Ley Nacional de Salud Mental, 2010).
  
- Se elimina el concepto de peligrosidad para sustituir por el “de peligro cierto e inminente” a fin de utilizar como criterio de internación involuntaria.

#### **4.2. La salud mental en la política pública: periodo 2015-2019**

El periodo mencionado, configuró un contexto de los cambios en el modelo sociopolítico y económico, las políticas sociales y en particular la política de salud fue redefinida en cuanto a la intervención del Estado.

El gobierno como medida administrativa-política inicial, el 5 de septiembre de 2018 se promulgó el Decreto 801/2018, a través del cual el gobierno formalizó el pase de 11 Ministerios a Secretarías, entre las cuales se encontraba el Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Se procedió al cierre de los dispositivos comunitarios, los albergues, los hospitales de día, etc. suspensión y cese de las tareas de profesionales y técnicos; el desmantelamiento de 123 equipos territoriales de distintos Programas dependientes de la Dirección Nacional de Salud Mental.

Los dispositivos territoriales que se habían creado se cierran, se cancelan los contratos profesionales y la atención se transfiere a los municipios quienes no cuentan con presupuestos propios para la continuidad. El gobierno a través del Ministerio de Salud de la Nación, derogó la resolución 1484 de septiembre de 2015, que propiciaba

“asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos” establecido por la Ley de Salud Mental 26.657

Las prácticas en salud mental fueron delineadas en el marco del modelo hegemónico, de internación, de medicalización y definida en términos de individualización y manicomial del beneficiario. En términos generales, las prácticas en el campo de la salud mental se retoman a las viejas prácticas socio-sanitarias y de internación propias del siglo XIX.

La inclusión como uno de los pilares estructurales de la Ley y que fue objetivo y estrategia se excluye como derecho sustantivo en este periodo y se retoma las concepciones de reclusión, tutela y hasta castigo, propias del modelo manicomial.

En el informe de la Subsecretaría de Derechos Humanos de la SCJBA, se exponen los datos obtenidos del registro

Se contabilizaron 212 personas fallecidas en 2020 en el marco de internaciones por razones de salud mental; 40 más que las relevadas durante el año 2019. Esta es una cifra preliminar ya que, debido a la demora con la que se reciben las notificaciones de la SCJBA, se siguen sumando muertes (por ejemplo, en el informe anterior se informó un total de 150 fallecimientos ocurridos en 2019 y, desde entonces hasta la fecha, se han sumado otros 22). El relevamiento de todas las instituciones privadas que abordan problemas de salud mental y consumos o adicciones es una responsabilidad del Ministerio de Salud que lo está incumpliendo. La autoridad de aplicación de la ley sigue desconociendo la cantidad de personas que mueren cada año en las instituciones tercerizadas de salud mental. (Informe anual CPM 2021<sup>46</sup>)

En el Informe CPM 2021, se expresa que:

Entre 2016 y 2019 se llevaron a cabo inspecciones y relevamientos en los hospitales monovalentes de salud mental y los especializados en discapacidad,

---

<sup>46</sup> Se podrá ampliar lectura del informe siguiendo el enlace [Aquí](#)



que alojan personas con padecimiento mental en situación de vulnerabilidad económica y social. Si bien cada hospital presenta características particulares, se han relevado agravamientos comunes en relación a las condiciones materiales de internación. Las instituciones de salud presentaban un notable deterioro edilicio: desprendimiento en techos y paredes, ventanas rotas o sin coberturas, marcada presencia de humedad, instalaciones eléctricas riesgosas, ausencia de dispositivos para personas con movilidad reducida, entre otras. En relación a la salubridad se ha constatado que, pese a tratarse de hospitales, muchos sectores carecían de elementos básicos de limpieza, lo que facilitaba, por ejemplo, la presencia de moscas e insectos. Sin embargo, la situación más alarmante registrada estaba vinculada con la higiene personal de las personas usuarias debido a la falta de elementos básicos como jabón, papel higiénico, toallas y pasta dental. Otro factor fundamental es la alimentación. En las entrevistas, usuarias y usuarios expresaron reiteradamente su disconformidad con la comida, por ser escasa y de poca variedad. La cobertura de necesidades nutricionales básicas, según las características de cada persona, presentaba serias falencias. Y en el marco de las inspecciones fueron monitoreados los sectores de cocina de los monovalentes, donde se registraron pésimas condiciones de salubridad para la conservación y manipulación de alimentos. (2021, pp. 314-315)

En síntesis, se retorna al Modelo Médico Hegemónico con su mirada biologicista, insuficiente para el tratamiento integral del padecimiento mental; atentando de esta manera contra la interdisciplina, eje fundamental de nuestra Ley que considera al padecimiento mental como “proceso multideterminado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos”. El fortalecimiento del modelo manicomial, considerando al que padece como “peligroso” y por lo tanto, debe ser aislado y privado de derechos.

En la intervención profesional, la palabra y la acción multidisciplinar es nuevamente desplazada para imponer la mirada del “médico tratante” sobre la del usuario y la familia.

### **4.3. La salud mental en la política pública: desde diciembre 2019-2023**

Para el periodo 2019-2023, el gobierno re establece el rango ministerial y plantea como política nacional Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental, una presentación que se realizó a partir de una reunión de trabajo de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA), encabezada por la ministra de Salud de la Nación (Dra. Carla Vizzotti) y la participación de Ministros y ministras nacionales, además de secretarios de Estado, asesores presidenciales, especialistas y representantes de la sociedad civil.

Pos pandemia el gobierno anuncia una nueva estrategia, con la duplicación del presupuesto a través de un fondo extraordinario de 4 mil millones de pesos y la creación de una línea telefónica 0800 específica y gratuita las 24 horas para la atención de las urgencias de la salud mental. Se coordina un trabajo con las 24 jurisdicciones provinciales, para crear dispositivos de cuidados de la urgencia y guardias interdisciplinarias de 24 horas, y se fortalecerá en las provincias la implementación de la Ley de Prevención del Suicidio.

En coordinación con el Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat se construirán “viviendas de medio camino” para concretar la desinstitucionalización de los usuarios y las usuarias, y se avanzará en la readecuación de hospitales monovalentes a otros integrados con la comunidad.

Los lineamientos de la nueva estrategia federal para la atención y tratamiento de las enfermedades de salud mental y consumos problemáticos presentan una fuerte impronta federal, transversal, interdisciplinaria e intersectorial.

El Ministerio retoma las formaciones de profesionales y técnicos a través de programas ejecutados con Universidades Nacionales y se retoma las ideas ejes del modelo social de intervención en el campo de la salud mental: interdisciplinario, intersectorial y comunitario.



Se replanteó la formación de recursos humanos a través de un convenio acordado entre el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y el Ministerio de Salud de la Nación y, se implementó Diplomatura Superior Universitaria en Salud Mental Comunitaria (2023), una propuesta que se concretó a con la Red Federal de Universidades.

Integran la Red:

El Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; Facultad de Psicología y Prosecretaría de Salud Mental y DDHH, Universidad Nacional de La Plata; Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata; Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario; Maestría en Salud Mental, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos; Maestría en Salud Mental, Facultades de Psicología y de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba; Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán; Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones; Escuela de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Río Negro

Para la implementación se editó una publicación “Praxis en salud Mental: abordajes y procesos de cuidado”, compilación de Alejandro Wilner y Flavia Torricelli

Como punto de partida de este debate, nos referimos entonces al campo de la salud mental como un espacio social en el que diferentes actores se implican en la comprensión, conceptualización, operacionalización y abordajes de (...) ‘procesos subjetivos en el terreno de la vía social y cultural de las personas’ (Galende, 2008) así como de los colectivos (2023, P. 7).

## CAPÍTULO IV

### La modalidad de abordaje en salud mental

En este apartado se recuperan las directrices del abordaje establecido en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y, las diferentes propuestas de formación realizada por los distintos organismos nacionales que buscaron fortalecer el abordaje desde los DDHH, en las que mediante diversas reuniones, encuentros y jornadas, en las que el Ministerio de Salud de la Nación convocó a los organismos de formación universitaria para debatir sobre lineamientos generales a considerar en los Planes de Estudios de las disciplinas vinculadas con el campo de la salud mental.

#### 1. El concepto de abordaje según la Ley Nacional de Salud Mental 26657/10

A partir de Alma Ata,

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, así como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978, pp. 3-4).

Siguiendo estos principios, la Ley Nacional de Salud Mental en el Artículo 8°, establece:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen

las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Y, en el Artículo 13°, se sostiene que:

Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Entonces, el espacio en el cual se construye la intervención también implica una red de relaciones entre las diversas especialidades médicas y no médicas, interacciones de poder, un campo de intercambio de fuerzas, de modalidades de comunicación, los espacios físicos y simbólicos, donde se diseñan estrategias orientadas a construir el abordaje de manera integral.

## **2. Interdisciplinariedad. Concepto <sup>47</sup>**

No se puede hablar de equipo interdisciplinario sin trabajar previamente el concepto de interdisciplina. Es indispensable que se discuta dicho concepto desde el momento más temprano en el grupo integrado por distintos técnicos y profesionales, a medida que se vaya constituyendo el equipo, como lo determina la ley. En este ensayo apenas esbozamos algunas referencias, pero consideramos que son las que en el punto de partida resultan ineludibles y cuentan con sustentos que a nuestro juicio resultan convincentes e inspiran respeto.

El punto de partida es el originario término “disciplina”, al que Edgar Morin considera

---

<sup>47</sup> Recuperado del Informe de Investigación 16H372 y Ponencias realizadas en encuentros nacionales, provinciales. De Perini LB\_2016\_Interdisciplina y salud mental.pdf (unam.edu.ar); De Perini LB\_2017\_La intervención comunitaria.pdf (unam.edu.ar)



(...) una categoría organizadora dentro del conocimiento científico; instituye en éste la división y especialización del trabajo y responde a la diversidad de dominios que recubren las ciencias. Por más que esté inserta en un conjunto más vasto, una disciplina tiende, naturalmente, a la autonomía, por medio de la delimitación de sus fronteras, por el lenguaje que se da, por las técnicas que tiene que elaborar o utilizar y, eventualmente, por las teorías propias (2002, p. 115).

Morin refiere que el desarrollo histórico ha llevado a aislar unas disciplinas de otras, implicando un riesgo denominado “espíritu hiperdisciplinario”, pero que

(...) en la historia de las ciencias existen rupturas de los encierros disciplinares, superaciones o transformaciones de disciplinas a través de la constitución de un nuevo esquema cognitivo (...) (2002. pág. 122).

Denise Najmanovich, por su parte, expresa que las concepciones positivistas de la ciencia dividieron el conocimiento en compartimentos estancos en los que cada disciplina se ocupaba de su objeto sin contaminarse con el de las demás (1998, p. 3).

Otra consecuencia del positivismo fue la separación entre la ciencia y la técnica, lo que determinó la división entre la teoría y la práctica, siendo su efecto la ubicación de la “intervención” en el lugar del “hacer práctico” que le transfirió así la carga instrumental.

La organización de la actividad científica para la construcción del conocimiento no es una preocupación y ocupación de nuestros tiempos y ni siquiera del mundo occidental europeo que con Descartes enalteció la razón pocos siglos atrás, al considerar que el mundo estaba organizado de acuerdo a un orden y que la inteligencia humana tenía la capacidad de conocerlo. Solamente para trazar uno de los hilos conductores, acudimos a los filósofos que nos resultan más familiares, los de la Grecia Clásica, porque el sistema filosófico elaborado por Sócrates junto con muchos de sus discípulos, fue concebido como el de la ciencia total, capaz de dar cuenta de los fenómenos del pensamiento, del espíritu, del mundo biológico y del mundo físico. El énfasis posterior puesto ya en el pensamiento, ya en la naturaleza, fue marcando dos

rumbos diferentes: el del pensamiento abstracto y especulativo, y el de la investigación empírica (Moledo y Olszevicki, 2014).

Este es el inicio de la fragmentación y la concepción unitaria del saber, que concibió la geometría euclidiana como su primer gran producto. Y por qué hacemos esta recuperación histórica: porque después de mucho tiempo durante el cual las especializaciones dieron lugar a varias ciencias, y que las múltiples ciencias a su vez dieron lugar a innumerables disciplinas, nos encontramos transitando caminos desconectados que nos permiten visualizar la riqueza de los increíbles universos de los fragmentos del todo, a escala humana, microscópica y “nanoscópica”-y en sus extremos fragmentos todavía mayores e infinitamente menores- pero esos caminos desconectados nos impiden establecer relaciones para descifrar la unidad del todo, por lo que los avances de los conocimientos, a través de la parcelación de las ciencias y de las disciplinas, han tocado un techo desde el cual estamos retornando a la consideración de la unidad, en aras de comprender más cabalmente cada objeto de conocimiento que abordamos durante el proceso de conocimiento como de intervención.

Encontramos referencias sobre interdisciplina, transdisciplina, multidisciplina, combinación de ciencias, derrumbe de fronteras y de límites tradicionales, etc., aunque “(...) uno no puede, ciertamente, crear una ciencia unitaria del hombre, que en sí disolvería la multiplicidad compleja de lo que es humano”, como dice Edgar Morin (1998, p. 5).

Es al sociólogo Louis Wirth (1857-1952), a quien se le atribuye la creación del término interdisciplina, representando con el mismo, la idea de proponer el conocimiento integral del objeto de estudio y desarrollar procedimientos metodológicos más acertados, en tal sentido. Se trataría de una búsqueda sistemática integrando técnicas, métodos y teorías con pluralidad de enfoques. Por otro lado, se atribuye al psicoanalista y antropólogo Georges Devereux (1908-1985) el establecimiento de principios con los cuales se dio forma al denominado paradigma interdisciplinario.

Para W. Volkheimer el enfoque interdisciplinario implica la concepción holística de la realidad, haciendo mención explícita del todo, con lo que este último término nos parece que adquiere valor de categoría fundante y fundamental. Y respecto de la construcción del conocimiento, considera que el saber de cada disciplina se fusiona dando lugar a conceptos generales. El abordaje interdisciplinario permitiría así la comprensión de la multicausalidad y de procesos que se manifiestan simultáneamente, siendo su resultado superior a la suma de las partes.

En el enfoque interdisciplinario, el saber proveniente de diferentes campos científicos se funde en conceptos generales. Este enfoque es de especial importancia para comprender y resolver problemas ambientales, donde interactúan las ciencias geológicas, biológicas, sociales y la tecnología. La interdisciplina es una concepción holística de la realidad; la considera como un TODO, por lo que es más que la suma de las partes. Los conocimientos interdisciplinarios, en la práctica, se deberían transferir al campo de las decisiones políticas, a través de la comprensión de procesos que se desarrollan simultáneamente en los sistemas físicos y sociales (Lobos, 2016).

Los estudios multidisciplinarios, en cambio, estarían caracterizados por la cooperación de varias disciplinas con el objetivo de describir, explicar e interpretar un objeto particular o singular de conocimiento (O'Riordan, 1994).

Para Edgar Morin (2002), la transferencia de métodos de una disciplina a otras es lo que da lugar a la interdisciplina. Introduce asimismo la caracterización de lo múltiple o pluridisciplinar, que consiste en la proyección de la visión específica de cada disciplina cuando se juntan para abordar un problema objeto de conocimiento. Pero, la categoría más valorada por el autor es la de transdisciplina, porque –como su nombre lo indica– trasciende radicalmente las disciplinas, tomando lo propio de cada una y lo que las atraviesa, por lo que va mucho más allá de ellas.

La concepción ontológica que sustenta la transdisciplina es la consideración del mundo como unidad diversa. Sin embargo, a pesar de la opción de E. Morin por la categoría de transdisciplina, este pensador nos ofrece las siguientes reflexiones:

(...) la interdisciplina puede significar, pura y simplemente, que diferentes disciplinas se sienten a la misma mesa (...) Pero la interdisciplina puede querer decir también intercambio y cooperación, lo que hace que (...) pueda convertirse en algo orgánico (2002, p. 126).

En el mismo párrafo, antes citado, se admite que los términos de interdisciplina, multi o pluridisciplina y transdisciplina son “difíciles de definir porque son polisémicos y poco nítidos”, y eligiendo el concepto de pluri-disciplina, el autor afirma que “constituye una asociación de disciplinas en virtud de un proyecto o de un objeto común” (p. 126).

Al momento de vincular, estas premisas, con la Ley Nacional de Salud Mental y la definición incluida en el Plan Nacional de Salud Mental, puede decirse que, se entiende por “Interdisciplinariedad” a:

los procesos de integración de las teorías, métodos, instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, de otros agentes formales de salud y/o recursos no convencionales, debidamente capacitados, cuyo objetivo sea garantizar la calidad de las prácticas en el ámbito de las instituciones de salud (2013, p. 42).

Hasta aquí, podría entenderse que las teorías, saberes, saberes profesionales, técnicos y de otros agentes y recursos no convencionales, son los contenidos del conocimiento, que, como producto, es utilizado para descifrar la realidad empírico-social de la salud mental. Y también, se podría entender que los métodos e instrumentos son herramientas para la intervención. No obstante, los métodos e instrumentos son asimismo herramientas para la producción de conocimiento.

En este análisis es donde adquiere sentido las afirmaciones que Morin (2002) realiza en su obra ya antes referenciada. Allí, sostiene que “la interdisciplina puede significar, pura y simplemente, que diferentes disciplinas se sienten a la misma mesa”. Entonces, si se necesitara precisar una definición de interdisciplinariedad de manera aproximada, es posible afirmar que la mención de esta categoría, expresa un proceso de producción del conocimiento como una empresa colectiva del equipo, en la que, la

asociación de disciplinas en virtud de un proyecto, conjugan sus esfuerzos en la conversión de algo orgánico.

### **3. La intervención comunitaria como política**

Desde la construcción del concepto de “comunidad” podemos aproximarnos a analizar los modos de comprender y operar desde- hacia- con – la comunidad. Desde la modernidad “la comunidad” ingresa y desaparece de la agenda de discusión, tanto académica como en términos de políticas públicas; es un concepto de carácter polisémico, complejo y multidimensional que establece además un vínculo con el Estado a través de las políticas que incluyen o excluyen en el proceso de “ocupación”.

La comunidad puede ser entendida en términos objetivos, cuantitativos y referenciales; es decir como un espacio físico o geográfico contenedor de una población o, se la puede pensar desde la configuración de un espacio que tiene sentido y significado sociohistórico y político, que le asignan las personas que la ocupan, viven y se piensan desde ese lugar.

Al respecto, Javier Bráncoli refiere que “la comunidad es un territorio de gobierno que ha sido asumido particularmente por los estados locales en los procesos de descentralización estatal, privatización de servicios sociales y transferencia de responsabilidades hacia la población” (2016, p.162).

Las comunidades se convirtieron en regiones y poblaciones para ser investigadas, mapeadas, clasificadas, documentadas, interpretadas en su singularidad. Lo comunitario se plantea como escenario y estrategia de intervención para instrumentalizar la lealtad entre los individuos y las comunidades al servicio de proyectos de regulación, reforma o movilización. Como tal, opera sobre los márgenes de la sociedad, pero ya no para lograr su gradual integración a un relato social común, sino como refugio para contener puntualmente a sectores que representan un riesgo o amenaza.



Nikolas Rose (2007), al mencionar los aportes de Jean Baudrillard (1983) cuando diagnosticó el fin de lo social, considera que éste presentó tres proposiciones que deben ser analizadas:

- lo social nunca ha existido, sino que siempre ha sido una simulación de una relación social que ahora ha sufrido una des-simulación, una desintegración de lo que fue, en cualquier caso, un espacio imaginario de referencia y un juego de espejos; por otro lado,
- lo social realmente ha existido y ahora inviste todo, se ha extendido desde un proceso de control racional de residuos –vagabundos, lunáticos, enfermos– hacia una condición de la que todos son completamente excluidos y tomados
- a cargo para un proyecto de integración funcional santificado por las ciencias sociales y, por último, la tercera proposición,
- lo social ha existido en el pasado, pero ha cesado de existir, la sociabilidad del contrato, de la relación del Estado con la sociedad civil, de la dialéctica de lo social y el individuo ha sido destruida, producto de la fragmentación de los medios masivos, la información, la simulación virtual y la emergencia del simulacro.

Pero, fundamentalmente, sostiene Nikolas Rose:

Nos recuerda, si algo así fuese necesario, que lo social fue inventado por la historia y atrapado por las pasiones políticas, por lo que deberíamos tener cuidado de abrazarlo como un horizonte inevitable para nuestro pensamiento o como el estándar para nuestras evaluaciones (2007, p. 114).

#### **4. La intervención comunitaria en Salud mental**

La Ley Nacional de Salud Mental o Ley N° 26.657 promulgada el 2 de diciembre del 2010 en Argentina propone en su Capítulo V - Artículo 9° que “la atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco

de un abordaje interdisciplinario e intersectorial". En este sentido la comunidad es el ámbito propicio para orientar el fortalecimiento de restitución de los lazos sociales, con acciones de prevención, atención, rehabilitación y reinserción de las personas con padecimiento mental.

Galende sostiene que la ley trata de una propuesta de construcción de las intervenciones en salud mental desde una perspectiva comunitaria, puede decirse que consiste en una propuesta opuesta a lo que se venía haciendo hasta el presente. Sin embargo, sigue vigente la realización de diagnósticos en consultorios, y evaluación a través de un profesional médico psiquiatra.

Sobre ello, Ardila y Galende (2010) también detallan que:

En el centro de esta perspectiva comunitaria está la oposición a la internación psiquiátrica de tipo asilar, asegurando que el paciente pueda permanecer integrado en su comunidad en el proceso de atención y rehabilitación, potenciando su participación activa en el tratamiento. Se trata de incorporar nuevos significados a este concepto y a la vez definir nuevas prácticas ligadas a estos significados. (p.40)

Como toda herramienta de transformación, expone la tensión entre el viejo y el nuevo paradigma y, por otra parte, pone de manifiesto la brecha entre los aspectos normativos de las prácticas en las instituciones y las intervenciones de los profesionales que brindan los servicios de salud mental. Sitúa al Hospital General como recurso fundamental para realizar internaciones -voluntarias e involuntarias- las que están a cargo de equipos interdisciplinarios, promoviendo la creación de una red de servicios basada en la comunidad, con énfasis en la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo en red.

El enfoque principal de la intervención comunitaria en el ámbito de la salud mental se centra en fortalecer y reconstruir los vínculos familiares y sociales de las personas que reciben atención en salud mental. Además, busca involucrar a los diversos actores colectivos locales en el proceso de rehabilitación, con el objetivo de lograr una efectiva integración social.

Sobre estas cuestiones, Claudia Bang (2014) considera, que “la importancia de acciones comunitarias de prevención y promoción que desde un enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS) integral incorpore las acciones de prevención y promoción de la salud mental en acciones generales de salud” (p. 125).

Los lineamientos de este enfoque comunitario, introduce como requerimiento la necesidad de generar nuevas prácticas en el campo de la salud mental, a su vez, es posible sostener como se dijo anteriormente que éstas, surgen y se van construyendo en oposición a las prácticas históricas desarrolladas en estructuras institucionales de macro equipos que reproducen el modelo cerrado, bajo el sistema disciplinario, en algunos casos paternalistas, sustitutivos del ámbito socio familiar y comunitario.

El modelo de intervención interdisciplinar comunitario se orienta a provocar rupturas con las prácticas psiquiátricas, pero fundamentalmente entendiendo la salud mental como un padecimiento que no es solo una cuestión de carácter individual y privado, en cuanto a la estructura mental, sino que también se trata de cuestiones enmarcadas en procesos socio históricos más amplios y complejos que generan la exclusión de las personas.

Desde este marco, se da una articulación posible entre la estrategia de APS integral y prácticas de prevención y promoción de salud mental, como oportunidad para retomar y profundizar objetivos de implementación de políticas de salud mental con base en la comunidad (Bang, 2014, p.110).

Por último, la prevención se considera como el conjunto de acciones y actividades orientadas a reducir la aparición de riesgos o ciertos comportamientos perjudiciales para la salud relacionados al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. No sólo es prevenir la aparición de padecimientos, sino también detectar la presencia y atenuar las consecuencias

La promoción de la salud, se la considera entonces, como una práctica integral que involucra a diversos actores institucionales y comunitarios en acciones específicas orientadas al bienestar y al cuidado en general.

Para ello, es esencial la participación comunitaria, la producción de conocimientos interdisciplinarios, la implementación de abordajes intersectoriales y en red (OMS, 1998). La promoción de la salud constituye un proceso socio-político, dirigido a fortalecer las habilidades y capacidades de los sujetos (individuales y colectivos) para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto sobre la salud.

La Ley de Salud Mental N° 26.657 promueve una perspectiva integral y ésta se relaciona con que los usuarios (personas padecientes y familias) tienen que acceder a un acompañamiento desde las diferentes dimensiones de la vida: físico, psíquico, social, cultural, económico, habitacional, educativo, etc. Alicia Stolkiner (2005) hace referencia a un abordaje interdisciplinar, teniendo en cuenta que las demandas son complejas y difusas. Sobre estos supuestos se promueve que desde los dispositivos de salud territorial se trabaje con las organizaciones sociales, el Estado y otras instituciones para generar las condiciones necesarias de accesibilidad a la atención, pero integrando los diferentes aspectos de la vida.

Al respecto, y desde la mirada de la intervención en lo social, como expresa Alfredo Carballada (2015), ese abordaje, además:

Puede ser entendido como una especie de relato cartográfico, donde la acción se despliega a través de los lazos sociales que lo articulan y cargan de sentido (...) intervenir desde una perspectiva territorial implica salir a buscar y despertar las historias que recorren las calles, a veces desde un sucinto nombre. (p.3)

En este sentido, significa escuchar las diferentes voces, conocer la diversidad de saberes y poder dialogar desde las diferencias.

La intervención comunitaria en salud mental, entonces, es una tarea orientada a construir un entramado de actores, voces, prácticas para acompañar a los padecientes de salud mental en el proceso de rehabilitación y reinserción social, provocando desde esta posición la ruptura con la institucionalización y la peligrosidad. Así, es posible sostener que “lo territorial, en clave de pesar situado, implica que éste



es un espacio donde confluyen una serie de coordenadas que se ordenan a través del relato, pero que de base son socioculturales, temporales y espaciales” (Carballeda, 2015, p. 4)

Por último, pensar la intervención comunitaria en salud mental, implica que las actividades de diseño (planificación) e intervención involucren a los diferentes actores territoriales, referentes organizacionales, promotores de salud, equipo interdisciplinario, en la búsqueda de un proceso en el cual, se produzca una apropiación de las acciones que tienen como propósito la educación en derecho; derecho a la salud, derecho a la salud mental, derecho a tener derecho.

Cuando una comunidad participa de los procesos socioeducativos en salud mental, van alejándose de la mirada del miedo, de la peligrosidad, del encierro y de la estigmatización, desde el paradigma de la salud mental como derecho, la comunidad es central en los procesos de rehabilitación de los usuarios en salud mental y, los dispositivos territoriales son centrales en este proceso.

## CAPÍTULO V

### El sistema público de la salud en la Provincia de Misiones

#### 1. La provincialización y la organización en torno a la salud pública

La Provincia de Misiones, se constituye como tal en el año 1953 por ello, la estructura de gestión administrativa para la implementación de las políticas públicas implicó una transición y reacomodación, buscando replicar algunas de las experiencias a nivel nacional a partir de la designación de “interventores federales”.

Gabriel Davalos (2016) refiere que el golpe de Estado perpetrado a nivel nacional en 1955, provocó en la provincia de Misiones la interrupción de la primera experiencia de autonomía gubernamental, provocando una relativa suspensión del proceso de organización provincial.

En la fase organizativa y hasta 1958, Adolfo Pomar ejerció el cargo de administrador con marcada influencia de la corriente sanitarista en la conformación del ordenamiento del sistema de salud provincial.

Entre 1956-1957 se realizaron las modificaciones sustantivas y se concretó la creación de la Dirección de Salud Pública y Asistencia Social (Decreto 1719/56) organismo encargado de centralizar, regular y administrar las acciones de salud.

La estructura de la Dirección quedó constituida por seis Departamentos: a) Medicina asistencial, sanitaria y social; b) Medicina escolar; c) Odontológico; d) Farmacia, laboratorio central bioquímico, bromatológico y bacteriológico; e) Veterinaria; y f) Escuela de auxiliares técnicos de la medicina.

La provincia quedó dividida en cinco zonas sanitarias, cada una con una sede fija y personal designado; las zonas determinadas fueron: a. Zona Capital con sede en Posadas, b. Zona Uruguay en Apóstoles, c. Zona Centro con sede en Oberá, d. Zona Alto Paraná Superior en El Dorado, y, e. Zona Alto Paraná Medio, que debería definir entre San Ignacio, Libertador General San Martín o Santo Pipo.

Posteriormente, con el Decreto 192/1957 se inició el proceso de profesionalización del plantel de la dirección, surgiendo así, las “Escuelas de auxiliares de Técnicos de la Medicina”, la “Escuela de Visitadores de Higiene Social”<sup>48</sup>, y la “Escuela de Enfermeros”.

Refiere Gabriel Dávalos (2016), los Interventores, Pedro Rebollo y, luego, Julio Brower de Koning, ejercieron sus funciones bajo el paradigma económico de la época concibiendo la organización para la atención de la salud pública como “la gran Empresa de la Salud”<sup>49</sup>. El autor, en esta etapa, sostiene que:

La política de gestión en esta etapa incorporó tecnología y profesionalizó los recursos humanos; orientando las acciones hacia el fortalecimiento de las escuelas de formación de técnicos y auxiliares de la medicina, con acciones como la redacción del reglamento de becas para el estudio de dichas disciplinas. (Dávalos, 2016, p. 5)

## **2. El Plan Federal de Salud (PFS)**

En el año 2004 se implementó el Plan Federal de Salud (PFS), incorporado por el Ministerio de Salud de la Nación con el trabajo de los gobernadores y ministros de salud de las provincias del país, cuyo eje planteado se fundamentaba en generar estrategias de Atención Primaria de la Salud. El enfoque del Plan se centró en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud, además éste, estableció la conformación de redes que permitieran la integración entre los distintos niveles de atención y complejidad, asegurando que la población acceda a servicios de calidad y acorde a sus necesidades.

---

<sup>48</sup> Escuela que configura las bases de la actual carrera de Licenciatura en Trabajo Social, FHyCS-UNaM. (Dieringer- Dellacroce; 2000- Piaggio, 2003)

<sup>49</sup> Gomez Paz, Jose (2018) hace referencia a que puso en funcionamiento una reestructuración de los establecimientos asistenciales, creándose cuerpos orgánicos de enfermería y se incorporó a la plantilla a ingenieros sanitarios, técnicos en mantenimiento, estadígrafos, nutricionistas, etc. además de las escuelas de formación, becas de estudios, etc.

La extensión de la mencionada red, abarcó a la totalidad del país garantizando la posibilidad de acceder a la misma, desde cualquier lugar del territorio nacional. Como actor principal de la red, se sostiene que fueron los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), favoreciendo las vías de acceso de la población a los servicios de salud, y al mismo tiempo descomprimiendo los niveles superiores de atención, como por ejemplo los hospitales públicos y otros de mayor complejidad.

Para Wilner y Stolkiner (2007) se presenta contradicciones en la propuesta, pues si bien el Plan Federal de Salud (PFS) plantea a la estrategia como la base del sistema, también cita a los hospitales como nodos centrales de las redes<sup>50</sup>, evidenciando de esta manera el mantenimiento de una conceptualización “hospitalocéntrica” de los sistemas de salud, a la vez que continúa sustentando fuertemente el modelo de atención vigente. También resulta interesante revisar la referencia a la cobertura de una canasta básica de bienes y servicios esenciales para toda la población. Ésta, no es definida en el documento, sino que queda a consideración de la decisión del Consejo Federal de Salud (COFESA); situación que podría implicar una restricción o ampliación de las prestaciones que se brindan en el subsector público de salud que, en la práctica según los autores, garantiza la cobertura de cualquier prestación requerida siempre y cuando pueda ejercerse la presión necesaria.

Otro aspecto del PFS es que asegura la prestación de atención a la población en el marco del sistema público de salud y la contratación de redes de servicios. Esta situación aparece como un tanto imprecisa, pues según los autores referenciados, también plantea una disgregación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios que históricamente estuvieron unificadas en el Estado y que determinaron el acceso universal de los sectores populares. En definitiva, esta separación de funciones remite a las propuestas realizadas en la década del 90 por parte de los

---

<sup>50</sup> “En la organización del sistema, dentro de la estrategia de atención primaria, el hospital es el protagonista de la cobertura ordenada del segundo y tercer nivel de atención, pero debe ceder, en la lógica de las redes de servicios, el primer nivel a los centros periféricos. De todas maneras, son los hospitales los nodos centrales de las redes.” Wilner y Stolkiner (2007).

organismos internacionales de crédito, como por ejemplo el Banco Interamericano de Desarrollo.

Los CAPS, protagonistas de este plan, forman parte de la red de APS conjuntamente con los hospitales. En su mayoría, estos efectores pertenecientes a la red pública se caracterizan por brindar cuatro especialidades básicas: clínica médica, pediatría, obstetricia y ginecología. Atienden por demanda espontánea de la población, se plantean dos cuestiones centrales, por un lado, la atención pública en general tiene un carácter universal, situación que permite a cualquier persona tener derecho a acceder a los servicios ofrecidos por los distintos efectores de salud tanto del nivel nacional, provincial como local.

Por otro lado, los centros de salud no tienen desarrollado un sistema que permita asignar una población de referencia al CAPS. Por lo tanto, se desconoce la población potencial que se podría atender en el centro, dado que no hay impedimentos para que cualquier persona pueda atenderse en cualquier lugar. Esto plantea situaciones confusas en relación con el ámbito de aplicación.

### **3. La organización del sistema provincial de salud**

En la actualidad, la política de salud pública de la provincia de Misiones, se estructura en la reorganización de los servicios en función de la APS y el aumento de la asignación de los recursos presupuestarios, por lo menos en términos declarativos, coincidente con los lineamientos políticos nacionales.

En septiembre de 2007 la Cámara de Representantes de la Provincia aprobó la Ley Provincial de Salud XVII N° 58, cuyo objetivo es garantizar a todos los habitantes de la provincia el acceso al mejor nivel de salud y calidad de vida, respetando los términos utilizados en la Constitución Provincial. En función al modelo de gestión sanitaria institucionalizado a partir de la vigencia de esta normativa, se realizó la descentralización gradual, permanente y total de los servicios médicos del subsector estatal de salud para la atención primaria de la salud. Posibilitando el desarrollo de las competencias locales en la gestión de servicios, promoviendo la participación de la



comunidad en el cuidado de su salud, y procurando la articulación y complementación de las pautas institucionales de la Provincia y de los municipios.

La Ley VII N° 60 N° 4.397 autoriza al Poder Ejecutivo Provincial a destinar la suma de un peso (\$1) por mes por habitante a los fines de garantizar la atención primaria de la salud de los mismos, quedando facultado a implementar programas, formalizar convenios con municipios y/u otras instituciones, como también a efectuar incorporaciones y adecuaciones financieras, contables y presupuestarias para implementar los mismos.

Es en base a estas fundamentaciones que el 22 de enero de 2008, por Decreto 71/08, se aprobó el Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud. El mismo instrumento aprobó el modelo de Formulario de Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud y su instructivo, y el modelo de convenio para la Descentralización en la Gestión de la Atención Primaria de la Salud que podría suscribir la Provincia con los municipios.

Días posteriores a la publicación de este decreto, el 28 de enero de 2008 se aprueba el N° 97/08, reestructurando las zonas de salud y áreas programáticas dependientes del Ministerio de Salud Pública. Aquí definen no sólo la población bajo cobertura sino también los recursos de infraestructura, humanos, equipos e insumos, dispuestos en una red articulada de servicios de complejidad creciente. Las zonas sanitarias son la referencia geográfica de cobertura de la atención primaria y están constituidas por los municipios que determinan el denominado Mapa de Atención Primaria de Salud provincial, que comprende a los 75 municipios. Se determinaron 6 Zonas Sanitarias y 19 Áreas Programáticas.

La distribución de efectores y recursos están acordes al criterio de producción de servicios, con distinta capacidad de resolución y diversos grados de organización, normalización y control. En este esquema, los CAPS se constituyen en el primer contacto del sistema de atención con la población.

En Misiones, se encuentran habilitados 340 centros de atención primaria, cubriendo la totalidad del territorio provincial<sup>51</sup>. En el marco de estos decretos se dicta la Resolución 865/2008, que rige la habilitación y funcionamiento de los CAPS, estableciendo tres categorías A, B y C. Para esta clasificación se considera: la capacidad de prestación de los servicios, las horas médicas, el personal disponible, la infraestructura, el equipamiento, la atención complementaria que puedan ofrecer y la organización funcional dentro del sistema mayor.

La Norma de Categorización de los CAPS también contempla a aquellos centros que no cumplan con estos requisitos, permitiendo su funcionamiento como posta de salud o salas de primeros auxilios. Por lo general, los municipios cuentan con al menos uno de estos efectores, aunque la gran mayoría de ellos disponen de muchos más (se destacan Posadas con 35 y Eldorado con 16, ofreciendo prestaciones dependientes de la jurisdicción provincial).

De esta manera los CAPS conjuntamente con los hospitales de área y los de nivel III completan el sistema prestador dependiente del sector público provincial.

El sistema se completa con la Unidad Central de Traslados, cuyo objetivo, en términos de las ya mencionadas reglamentaciones legislativas, consiste en optimizar las derivaciones y jerarquizar el sistema.

En base a las informaciones vertidas en la página oficial del Ministerio de Salud Pública de Misiones<sup>52</sup>, se presenta a continuación la configuración del sistema y que deviene en tres niveles de atención:

Nivel I: Es el más cercano a la población y es el primer punto de contacto. Donde se abordan las necesidades básicas a través de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y procedimientos de recuperación. Es la entrada

---

<sup>51</sup> Prácticamente no existe información sobre la cantidad de CAPS habilitados. La única información disponible es una planilla excel, que compone un documento de circulación interna, sobre el programa de descentralización de la APS y obtenido en el Ministerio de Salud Pública Provincial.

<sup>52</sup> Para mayores informaciones se sugiere la visita a la página oficial de la institución ya que desde la realización de este trabajo, podrá haberse dado (o no) modificaciones en la misma. Se recomienda el siguiente link: <https://salud.misiones.gob.ar/hospitales/>



principal a la red de servicios.

En la acción ofrece acciones de promoción y protección de la salud, detección temprana de enfermedades y atención de pacientes con bajo riesgo. Cuenta con consultorios, atención de emergencias y servicios de cirugía menor y traumatología de bajo riesgo. Aquí se resuelve la gran mayoría de los problemas prevalentes.

Nivel II: Los hospitales de este nivel ofrecen una mayor resolución para enfermedades y procedimientos que exceden el nivel de riesgo bajo. Se organizan en áreas de cuidados especiales, con guardias activas o pasivas las 24 horas, y servicios médicos especializados. Pueden resolver hasta el 95% de los problemas de salud de la población.

Nivel III se incluyen acciones de bajo, mediano y alto riesgo. Se deben dar las condiciones para resolver los procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución y cuentan con servicios de cuidados intensivos, adultos y pediátricos controlados permanentemente, intervención de equipos de profesionales, investigación y docencia extensiva a otros niveles, control de infecciones hospitalarias, comité de bioética, médicos con subespecialidades y asignación de áreas de responsabilidad. Está dirigido a los problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requiere procedimientos especializados de alta tecnología, su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país o gran parte de él; en él se resuelven aproximadamente el 5% de los problemas de salud que se planteen.

Figura 2: Mapa de referencia de las Zonas Sanitarias según el Ministerio de Salud de la provincia de Misiones.



Nota: Obtenido de Zonas Sanitarias (misiones.gob.ar)

Es necesario nombrar también, otra parte integrante del sistema provincial de salud, que cumple una función clave entre las diferentes Zonas Sanitarias, referidas en la Figura II, que es la Oficina Coordinadora de derivaciones inter-hospitalarias, con base en cada zona de salud<sup>53</sup>.

<sup>53</sup> El sistema provincial de salud de la Provincia de Misiones se organiza por zonas sanitarias, y áreas programáticas: a)- Zona Capital integrada por el Área Programática I; b)- Zona Sur la integran las Áreas Programáticas II, III, IV y V ; c)- Zona Centro Paraná la integran las Áreas programáticas VI, VII, VIII y IX; d)- Zona Centro Uruguay integran las Áreas Programáticas X, XI y XII; e)- Zona Norte Paraná la integran las Áreas Programáticas XIII, XIV y XV; y f)- Zona Noreste la integran las Áreas Programáticas XVII, XVIII y XIX. Ver mapa de las zonas sanitarias en el anexo de este documento. Disponible en: <http://www.salud.misiones.gov.ar/red-sanitaria/red-sanitaria>

En síntesis, para cumplir con los objetivos estratégicos se reordena el sistema de atención, pero también se avanzó en la incorporación y formación de promotores de salud, dotando a la totalidad del sistema provincial de este recurso humano básico, clave para cumplir con las funciones de prevención y promoción, como así también conectar la población con el sistema de atención.

#### **4. La institucionalización de la atención de la salud mental: el hospital Dr. Ramón Carrillo**

Documentaciones, investigaciones y archivos sobre el tema no se encuentra sistematizada en los diversos organismos del campo de la salud, aquí se transcribe parte del trabajo desarrollado por Carlos López (2014<sup>54</sup>) y datos parciales del trabajo de recuperación de archivos (exptes- fichas- entrevistas, etc.) que se encuentra realizando el Lic. Franco Ciganda<sup>55</sup>.

En la década de 1950 los enfermos mentales se encontraban alojados en un predio perteneciente a la Policía de la Provincia de Misiones, al lado de la Escuela 219 por Tambor de Tacuarí, posteriormente, son trasladados a la Seccional 5ta, Villa Lanús actual sede del Liceo de la Policía.

En la década de 1960, se trasladó al Barrio Villa Lanús con la denominación de Hospital Psiquiátrico Posadas, pasando además, el servicio de psiquiatría a depender financiera y administrativamente del Ministerio de Acción Social y Salud Pública de la Provincia de Misiones.

El Hospital se ubica en el actual predio del Hospital Geriátrico (Villa Lanús), con una marcada tendencia asilar. Llegó a albergar cerca de 600 pacientes. Al hospital ingresaban quienes padecían de una patología mental, “débiles mentales, epilépticos,

---

<sup>54</sup> Tesis de Maestría en Políticas Sociales- UNaM. Una reconstrucción de la información a través de los relatos del personal que se encontraba trabajando en ese periodo y/o referencias que pudieran tener los actuales empleados del campo de la salud provincial.

<sup>55</sup> Proyecto de Extensión CDN° 236/2013. FHyCS, UNaM. Proyectos y programas permanentes : Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (FHYCS – UNaM)

menesterosos” y además, quienes eran abandonados por sus familias como así también quienes por alguna razón eran llevados por la policía.

Entre los años 1971 a 1972 el Hospital es trasladado, con un total de 300 pacientes, al predio perteneciente al Hospital de Enfermedades Infectocontagiosas Dr. Pedro Baliña ubicado por la Avda. Quaranta, que albergaba a pacientes con diagnóstico de lepra, y con la progresiva erradicación de esta enfermedad, esta institución comenzaba a reducirse, quedando así parte de su infraestructura en desuso. Además, coincidió esta situación con la iniciativa de crear el Hospital Monoclínico de Geriatria y se necesitaba un espacio físico donde ubicarlo, pensando así en el traslado del psiquiátrico.

Se decide conformar una sola institución por lo que se llamó Unidad Médica Integrada, situación que no se pudo sostener en el tiempo, por las resistencias del personal de ambas instituciones. Posteriormente se delimitaron los Hospitales (Psiquiátrico y Dermatológico) en sus especificidades; el Director fue el médico psiquiatra Carlos José Hernández que tenía como denominarse Hospital Psiquiátrico de Posadas. En el año 1972 se realizan las últimas sesiones de electroshock<sup>56</sup>.

En el año 1973 con los nuevos movimientos de apertura de las instituciones, se comienza con visitas domiciliarias y trabajo comunitario de externación de los internos y con un nuevo direccionamiento que marcharía hacia la regionalización de la atención de la salud mental, el trabajo con la familia, y el énfasis en la reinserción social del paciente.

En 1980, se designa como director al psicólogo Claudio Antonioli quien retoma nuevamente la idea de hospital abierto, el trabajo de revinculación con las familias y la comunidad.

---

<sup>56</sup> La Terapia Electro Convulsiva (TEC) representa un trato cruento, invasivo y degradante a la integridad personal, una práctica que aún permanece en hospitales privados y están siendo objeto de control para la erradicación, a través de los órganos de control creados por la Ley Nacional.



En el año 1997 se cambia de denominación y se crea el Centro de Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental Dr. Ramón Carrillo y las prácticas son variadas, pero se refuerza la internación y la atención individualizada.

Desde el año 2000 se vuelven a retornar prácticas vinculadas con la apertura institucional, las visitas domiciliarias, el acompañamiento en procesos de externación, actividades que se relacionan con los profesionales que pertenecen al Programa Nacional RISaM (Residencia Interdisciplinaria en salud mental).

Con las reuniones interprovinciales gestionadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones para el tratamiento de la Ley de Salud Mental, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones considera relevante generar un espacio específico en el ámbito ministerial; por ello, en agosto de 2010 se crea la Dirección Provincial de Salud Mental dependiente de la Subsecretaría de Salud, con el Decreto Provincial N° 2296/11. (López, Carlos. 2014.53: 58).

#### **4.1. El Programa de Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental**

En el año 1973 se habilita en la sede del Hospital Dr. Ramón Carrillo, la residencia en psiquiatría, convocando a médicos recién graduados que ingresaban por concurso y rendían el examen de ingreso en sede de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), Corrientes.

Los residentes conviven en el hospital con el director, con la finalidad de formarse y prestar sus servicios profesionales en la institución. Siendo la residencia exclusivamente médica.

La Residencia Interdisciplinaria dependiente de la Unidad Coordinadora y Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud Pública de la Nación y constituye un programa de formación integral, ejercitándose en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente se orienta a formar profesionales con capacidad de promocionar el desarrollo humano y social, usar las ciencias de la salud y sociales para la investigación y el servicio a la comunidad, atender las necesidades de la realidad



psico-biosocial de la región. El modelo que orienta el trabajo es el servicio de salud comunitaria, y la Atención Primaria de la Salud (APS).

La formación de la residencia tiene una duración de 3 años, distribuidos en diferentes programas acordes a la disciplina, y el título que se adquiere es y quienes acceden son los médicos psiquiatras a pesar que participan otras disciplinas del campo de la salud mental<sup>57</sup>.

Desde el año 2010 y con la vigencia de la Ley, la jefatura de la residencia puede ocupar otro profesional del campo de la salud mental como trabajadores sociales, psicólogos, etc. un cargo que históricamente fue ocupado por médicos psiquiatras (López, Carlos. 2014.59: 62).

#### Fundamentos Generales del Programa

La característica fundamental de la RISaM fue desde el inicio su modalidad de trabajo interdisciplinario, entendida como la permanente puesta en relación de diferentes saberes disciplinares para la construcción e implementación de estrategias de abordaje integrales y concebidas de modo complejo en el área de salud mental y adicciones, en consonancia con lo que establece la Ley Nacional de salud mental 26.657/10.

El propósito de implementar una RISaM estuvo inscripto en la necesidad de formar profesionales en salud mental desde una mirada integral de la salud, constituida por factores sociales, subjetivos, económicos, culturales, entre otros. Un proceso complejo que, lejos de reduccionismos, requiere del análisis e intervención singularizada y contextualizada, con profesionales de diferentes disciplinas y abordado desde distintos dispositivos.

---

<sup>57</sup> Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental | Argentina.gob.ar; Portal Graduados (uba.ar)



El Programa General de RISaM, siguiendo lo establecido en el Reglamento Básico General para el Sistema nacional de Residencias del Equipo de salud Resol. 1993/2015, y el Marco de referencia para la formación del Equipo de Salud de RISaM, pretende profundizar el recorrido iniciado en el 2013 en materia de formación de posgrado de profesionales de la salud, de dedicación exclusiva, de tres años de duración, destinado a profesionales de las disciplinas de Medicina, Enfermería, Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social y la incorporación de Musicoterapia desde el año 2021.

El marco normativo vigente, comprendido por la Ley Nacional de Salud Mental N°. 26.657, la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N°. 26.529, la Ley de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM) N°. 25.421, son la base en que se inscribe el programa de formación. Asimismo, incluye el plexo normativo vigente relativo a los derechos de niñas, niños y adolescentes; a la protección de las mujeres y erradicación de discriminación y violencia; al derecho a la identidad de género Ley N°. 26.743; y el Código Civil y Comercial de la Nación Ley N°. 26.994, especialmente en los puntos de convergencia con las leyes arriba citadas, con la Convención de Personas con Discapacidad y siempre en respeto de los derechos humanos. Equidad, accesibilidad y calidad son los ejes centrales de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, la cual es transversal a todo el sistema sanitario siendo parte constitutiva del desarrollo integral del programa de formación en servicio.

Fuente: [PROGRAMA GENERAL RISaM 2021-2024 final.docx \(argentina.gob.ar\)](#)

## Hospital Dr. Ramón Carrillo en registros fotográficos

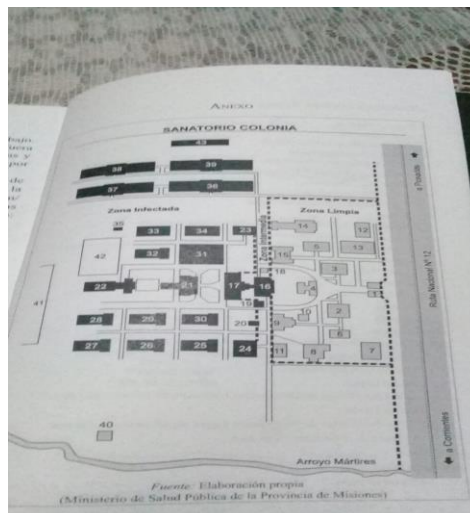
Figura 3: Hospital Colonia de Crónicos (actual Hospital Baliña) en el año 1933.

HOSPITAL COLONIA DE CRÓNICOS, PABELLONES 1933 HOY HOSPITAL BALIÑA- Arroyo Martires al fondo.  
Documento perteneciente al archivo del Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública –CeDIAP- del CDI del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas”.



Nota: Registro en Archivo del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas de la provincia de Misiones.

Figura 4: Distribución de espacios del Hospital Colonia de Crónicos. Plano elaborado por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.



Nota: Registro en Archivo del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas de la provincia de Misiones.

Figura 5: Imagen frontal del Hospital Psiquiátrico Dr. Ramón Carrillo.



Nota: Imagen extraída de la Página de Facebook " Posadas del ayer"

#### 4.2. Los Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad. SAMIC

El Poder Ejecutivo Nacional generó la reforma del régimen de constitución, funcionamiento y manejo, vigente en los organismos asistenciales o sanitarios dependientes de la Secretaría de Estado de Salud Pública, con el objeto de proponer a su mayor rendimiento, la mejor y más amplia prestación de servicios y al incremento de recursos para el desarrollo de sus programas; todo ello mediante la participación y aporte de entidades oficiales o privadas que promuevan a esos efectos la intervención activa de la comunidad. Estas premisas se sustentan en base a lo establecido en la Ley ASA-0648 -Antes Ley 17102<sup>58</sup>.

El **Hospital Escuela Nivel III SAMIC** de Eldorado, en el 2024 cumple 53 años de creación. Brinda atención a más de 600 pacientes diarios y más de 1000 personas transitan periódicamente por sus instalaciones anualmente.

El Hospital cuenta con 310 camas de internación y asiste con compromiso y responsabilidad al 40% de la población de la zona Norte de Misiones.

La atención hospitalaria comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, además de las de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel.

---

<sup>58</sup> [Microsoft Word - LEY C 017102\\_1966\\_12\\_30-59306-106.doc \(msal.gov.ar\)](#)

Figura 6: Imagen frontal del ingreso al Hospital Público de Nivel II S.A.M.I.C. de la localidad de Eldorado, Misiones.



Nota: Imagen tomada de Google.

El Hospital SAMIC (NIVEL III) en Eldorado, cuenta con los siguientes servicios:

- Servicio de Emergencias médicas
- Servicios de Internación
- Servicios de Clínica médica
- Servicios de Traumatología
- Servicios de Nutrición
- Kinesiología
- Fonoaudiología
- Servicio de Psicología (ambulatorio)
- Servicio de Cardiología
- Servicios de Hemoterapia
- Servicios de Rayos imágenes
- Servicios de Ecografía general
- Servicios de Pediatría
- Servicios de Farmacia,
- Urología

- Servicios de Cirugía
- Servicios de Vacunación
- Servicios de Laboratorio
- Servicios de Ginecología
- Servicios de Obstetricia
- Servicio de Neonatología
- Servicios de Oncología
- Servicio de anatomía Patológica
- Servicio de Neurología
- Servicios de rehabilitación
- Servicio Social
- Servicio de Salud Mental

En el mencionado hospital, las actividades de promoción comunitaria de la salud mental las realiza un equipo de profesionales vinculados a la mencionada institución.

Figura 7: Fotografía tomada al equipo de profesionales que trabajan en acciones preventivas de salud mentas, desde el Hospital SAMIC de Eldorado.



Nota: Elaboración propia.



Figura 8: Imagen de volantes de promoción de las actividades que realiza el Equipo de Salud Mental del Hospital SAMIC de Eldorado.



*Nota: Obtenido de la página de Facebook.*

Figura 9: Imágenes de talleres que realiza el equipo de Salud Mental del Hospital SAMIC de Eldorado, en articulación con profesionales de otras instituciones.



Nota: Obtenidas de la página de Facebook del hospital.



### Servicio de Salud Mental del Hospital SAMIC de Oberá

Hospital Nivel III- es un Hospital Público de Autogestión, de alta complejidad, polivalente, que depende del Ministerio de Salud Pública Provincial, está incluido dentro de la Zona Centro Uruguay (una de las seis zonas sanitarias).

Ubicado a 90 km de la ciudad Capital, con un área de influencia de 350.000 habitantes pertenecientes a la zona centro de la Provincia.

El hospital abarca una superficie total de 20387m<sup>2</sup>, en la planta baja se ubica el sector de diagnóstico por Imágenes (Rayos X, Tomografía Axial, Resonancia Magnética), Emergencias y Urgencias (Pediátrica y de Adultos), Hemoterapia, Oncología, Administración y Buffet Público. El subsuelo contempla los sectores de Diálisis, Laboratorio, Anatomía Patológica, Centro de Esterilización y Morgue.

Figura 10: Imagen frontal del ingreso al "nuevo" edificio del Hospital SAMIC de Oberá.



Nota: Obtenida de imágenes de Google.

En el primer piso el Centro Quirúrgico, Terapias Intensivas Pediátricas, Terapias Intensivas Adultos, Sector Administrativo, y Buffet de Médicos, y en el subsuelo el Sector de Esterilización. En el segundo Sector está el área Obstétrico (TPR, Puerperio, Quirófanos, etc.), Sector Neonatal (Terapias Intensivas, Cuidados Intermedios), Lactario, Gerencia.

El edificio se conecta al antiguo edificio por un pasillo de interconexión ubicado en el subsuelo, donde una de las conexiones se encuentra el servicio de salud mental denominada "la casita de salud mental".

Figura 11: acciones de actores sociales referentes a las solicitudes en términos de políticas, para la solicitud de mejoras en infraestructura del área de psiquiatría del Hospital SAMIC de Oberá.



Nota: imagen obtenida de la página de Facebook.

Figura 12: Acciones desde el gobierno municipal de Oberá, con fines de realizar mejoras en el área de Salud Mental del Hospital SAMIC.

## Arreglos en el área de Salud Mental del Hospital Samic

📅 abril 20, 2023 💬 0 Comentarios

El Gobierno de Oberá continúa colaborando con instituciones intermedias. En esta ocasión, a través de una solicitud del Hospital Samic, trabajaron en el área de Salud Mental.

Instalaron nuevos bancos y mesas; realizaron trabajos de pintura internos y externos al edificio; también el personal del Vivero Municipal realizó tareas de embellecimiento con plantaciones de flores y plantas ornamentales.

Se solicita a la comunidad en general cuidar de las nuevas instalaciones y no dañar, ni extraer las recientes plantaciones.



Nota: imagen obtenida de página de noticias locales de Oberá (OberaOnline)



## **PARTE 2**

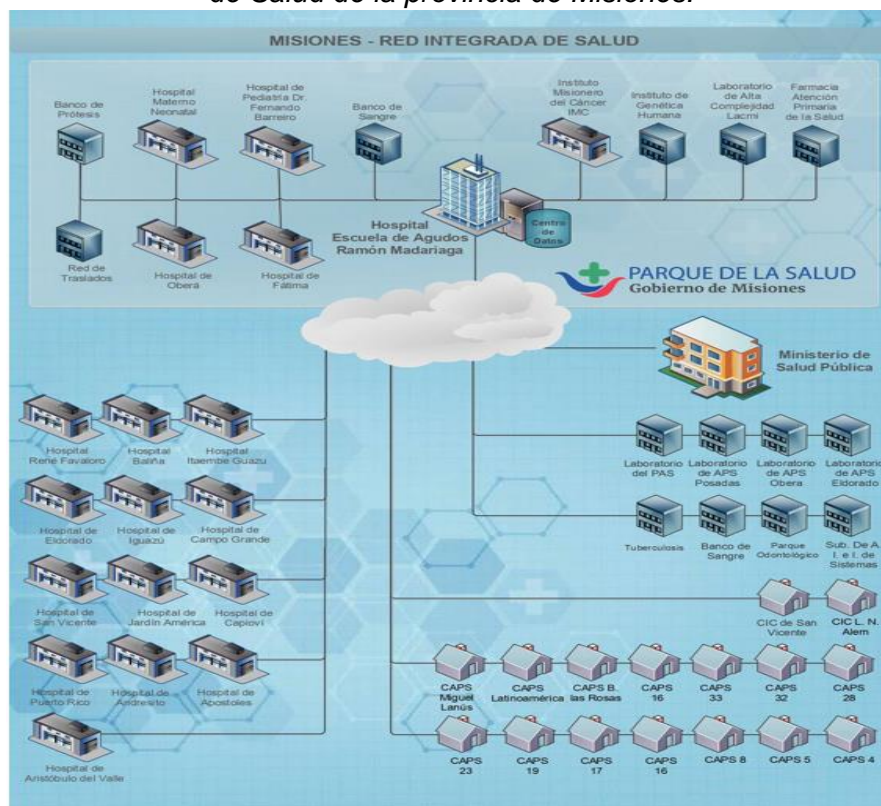
## La Metodología de trabajo de Investigación

### 1. Contexto de la investigación

En el ámbito de la Provincia de Misiones, en localidades donde se emplazan dispositivos estatales de atención a la salud (Figura 13) y aquellos que se abocan al abordaje de salud mental. Se consideran tres dispositivos actuales para este trabajo:

- Hospital de Nivel I de asistencia y rehabilitación en Salud Mental Dr. Ramón Carrillo y la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM).
- Hospital Nivel III- Servicio de Salud Mental del Hospital SAMIC de la localidad de Oberá.
- Hospital Nivel III SAMIC - Servicio de Salud Mental de la localidad de Eldorado, Misiones.

Figura 13: dispositivos de abordaje de salud y de salud mental, según el Sistema Integrado de Salud de la provincia de Misiones.



Nota: Este conjunto institucional es denominado por la entidad sanitaria provincial como Red Integrada de Salud. Infografía obtenida del Parque de la Salud.

## **2. Objetivo general**

Conocer, describir y analizar la modalidad de abordaje en el campo de la salud mental, en las instituciones públicas de la Provincia de Misiones, en el marco de la aplicación de la Ley Nacional N° 26.657/10 y Ley Provincial XVII- N° 102, en el periodo 2019-2023.

### Objetivos específicos

-Identificar y describir los diferentes dispositivos del ámbito de la Salud Pública de Misiones que se abocan al abordaje de la salud mental.

-Reconocer los principios que fundamentan las prácticas de salud mental que se realizan en estos dispositivos, acorde a las normativas vigentes y los referentes epistemológicos que las sustentan.

-Conocer las miradas y percepciones de los sujetos de derechos usuarios del servicio, respecto a los abordajes de salud mental

-Problematizar las experiencias de quienes se desempeñan profesionalmente en los diferentes dispositivos de salud mental para evidenciar de manera aproximada los desafíos que afrontan estas personas como agentes activos de la concreción de la política pública.

-Indagar y describir los aportes que realiza la Universidad Nacional de Misiones en el marco de los objetivos de formación instituidos en las normativas vigentes.

## **3. Diseño metodológico**

A fin de poder concretar los objetivos delineados, se propuso un diseño del tipo descriptivo, dado que se ha planteado como eje de indagación, identificar y describir las características que presenta la implantación de la política pública en salud mental y la modalidad de intervención desde los dispositivos estatales y, en relación a los

establecido por la Ley Nacional de Salud Mental N° Ley 26.657/10, y la Ley de Adhesión Provincial Ley XVII N° 102.

La perspectiva descriptiva, se vincula con la selección de variables definidas, pero sin observar que, existe la posibilidad de nuevas variables y dimensiones que se relacionen con las elegidas en este trabajo. Por otra parte, la información construida en términos de hallazgos no tiene una condición de universalidad, sino que hace referencia al contexto, los dispositivos y los actores vinculados con el proceso, en un tiempo y espacio determinado.

Souza Minayo (1997, 2012) sostiene que es necesario afirmar que el objeto de las Ciencias Sociales es esencialmente cualitativo y comprensivo.

La investigación cualitativa responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa, en las ciencias sociales, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. O sea, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. (2012, p. 18)

Por lo tanto, en esta propuesta de trabajo, elegir la investigación del tipo descriptiva se relaciona con el propósito de describir situaciones, hechos y sus manifestaciones, así como las propiedades más significativas de las personas, grupos o comunidades que constituyan el objeto de análisis.

Para una aproximación analítica de las descripciones realizadas se toman en cuenta los sustentos epistemológicos que dan cuenta de los diferentes matices que configuran las prácticas de abordaje de salud mental, en este sentido, con el buceo bibliográfico se propuso sentar algunas bases, sobre los dispositivos que se encuentran vigentes en la provincia, desde el análisis de los discursos escritos u orales, que en términos de Calsamiglia Blancafort y Tusón Valls (1999) implican “una relación dialéctica entre un evento discursivo particular y la situación, la institución y la estructura social que lo configuran” (p. 2), es decir, desde los marcos normativos

vigentes y las particularidades que revisten los dispositivos de salud mental, así como de las prácticas que se desarrollan en los mismos. En términos de Sautu (2005) ahondar en “la forma verbalizada descriptiva de ocurrencias o experiencias, relatos de sucesos del pasado, textos y narrativas, filmes o videos; y datos similares” (p. 36).

Este trabajo, en términos del objeto de estudio y el diseño metodológico que orienta esta práctica de investigación, es inédito en la provincia, aunque existen otros antecedentes que se relacionan con el campo de la salud mental, algunos de ellos constituyen los trabajos que se señalan a continuación:

- Trabajo de Tesis de Maestría en Políticas Sociales. “Descripción y análisis de las prácticas interdisciplinarias y comunitarias en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, en el Hospital Dr. Ramón Carrillo de la Ciudad de Posadas (Mnes), durante el período 2011-2013. Autor: López, Carlos; 2014. FHycS. UNaM
- Informe de Proyecto de Investigación<sup>59</sup>: “Los Equipos interdisciplinarios en el abordaje de la salud mental comunitaria. La experiencia en la Pcia de Misiones durante el periodo 2013-2014”. Dirección: Remedios Mercedes Escalada-Laura de Perini (Código de Identificación: 16 H 372)

### 3.1. El proceso de investigación.

Siguiendo la propuesta de Souza Minayo (2012), la investigación como una labor artesanal, acompañado por la creatividad; se sustentó en conceptos, proposiciones, métodos y técnicas, que se construyó como marco epistemológico-teórico para, posteriormente, operacionalizar en dimensiones, variables e indicadores; ese proceso o “ritmo” que Souza Minayo denomina como el *ciclo de la investigación*, un trabajo en espiral que comenzó con la problematización a través de la pregunta que se constituyó en el desencadenante de nuevos interrogantes.

---

<sup>59</sup> Participante en calidad de investigadora inicial del Equipo de Investigación. Secretaría de Investigación de la FHycS, UNaM

El proceso comienza con lo que denominamos *fase exploratoria de la investigación*, tiempo dedicado a interrogarnos preliminarmente sobre el objeto, a sus presupuestos, a las teorías pertinentes, a la metodología apropiada y a las cuestiones operacionales para llevar a cabo el trabajo de campo. Su foco fundamental es la construcción del proyecto de investigación. (2012, p. 30)

Durante el *trabajo de campo*, entendido como el recorte empírico de la construcción teórica elaborada se combinó técnicas de entrevistas, observaciones, recolección de material documental, bibliográfico, etc. Representó un momento relacional y práctico de fundamental importancia exploratoria, de confirmación o refutación de hipótesis y construcción de teorías.

En este momento, se materializó el encuentro con las distintas voces, situaciones, discursos, es la concreción de la interacción con los actores. Tal como lo sostiene Souza Minayo (2010) “las relaciones humanas son siempre significativas, pues el individuo construye la realidad dándole un sentido a partir de su contacto con el mundo” (p. 256).

Continuando con los sustentos de esta autora, se tuvo presente, que la:

Experiencia, vivencia, sentido común, acción social, intencionalidad y significado constituyen la superficie en la cual se llegue la posibilidad de la comprensión, actitud que es al mismo tiempo arte y ciencia de la investigación cualitativa. (Souza Minayo, 2010, p. 256)

Por último, con el material de trabajo recopilado en la tarea de campo se procedió al *tratamiento del material*, atravesando diferentes momentos: ordenación; clasificación y análisis propiamente dicho.

El tratamiento nos condujo a la teorización sobre los datos, produciendo un enfrentamiento entre el abordaje teórico anterior y lo que la investigación de campo aporta de singular como contribución. Como señala Souza Minayo (2012) “el ciclo nunca se cierra pues toda investigación produce conocimientos afirmativos y provoca más cuestiones para profundizar luego” (p. 31).

En cuanto al sentido ético-político en el trabajo de interpretación de los datos, configuró una tarea importante, porque, como señala Souza Minayo:

El investigador cualitativo es desafiado permanentemente a comprenderse como un ser en el mundo en que las cosas, las vivencias y las experiencias también son significativas, pero marcadas por la incompletitud de su conocimiento. (2010, p. 260)

El compromiso de abordar temas relacionados con prácticas sociales, interacciones, vínculos, etc. de manera comprensiva, no debe distanciarse del compromiso de una mirada desde una perspectiva crítica-comprensiva, socio histórico y complejo.

### 3.2. Universo y Muestra

Unidad de análisis

Profesional perteneciente a equipos de intervención en salud mental en dispositivos estatales seleccionados.

Universo se considera al conjunto de objetos sobre los que el concepto refiere, y estos incluyen a los objetos que poseyeron, poseen y poseerán las propiedades que el concepto les atribuye; desde un punto de vista metodológico a esto último se lo suele denominar **universo**. (Marradi, Piovani y Archenti, 2007, p. 88)

En esta investigación son todos los profesionales que conforman los equipos de intervención en salud mental pertenecientes a dispositivos estatales seleccionados, ubicados en distintas localidades de la provincia.

Muestra: es cualquier subconjunto, amplísimo o limitadísimo, de miembros de una población que se investiga con el fin de extender a toda la población las conclusiones resultantes del análisis de las informaciones relativas al subconjunto. (Marradi, Piovani, Archenti, 2007, p. 89)



Se trabajó con una muestra no aleatoria, considerada así porque la muestra fue direccionada en la selección y no se presentó probabilidades de que los miembros de la población de la que se extrae tengan la misma probabilidad de ser extraídos y entrar en la muestra.

Profesionales pertenecientes a Equipos que desarrollan actividades en dispositivos de salud mental de:

- Hospital Dr. Ramón Carrillo
- Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM)
- Servicio de Salud Mental SAMIC Oberá
- Servicio de Salud Mental SAMIC Eldorado

### **3.3. Fuentes de Información**

Fuentes Primarias:

Los profesionales y técnicos que integran los equipos de abordaje de la salud mental en los diferentes dispositivos estatales, pero, además, las voces de los sujetos que son usuarios de la atención; sujetos individuales o sujetos colectivos.

Fuentes Secundarias:

Trabajos de Investigación; Documentos de Postgrados; Informes de Intervención Profesional; informaciones periodísticas, etc.

### 3.4. Técnicas de recolección de datos.

En la acción interpretativa, el primer paso es oír los relatos de campo como narrativas en perspectiva y no como informaciones, mucho menos como verdades. (Minayo, 2010).

El conjunto de entrevistas o de cualquier material cualitativo debe ser comprendido como una interpretación de la realidad realizada. En este sentido, se sostuvo para esta investigación que:

La perspectiva biográfica, en tanto aproximación teórico-metodológica que permite comprender distintos problemas de la realidad social a partir de la reconstrucción y análisis de historias de vida que expresan la articulación de los condicionamientos objetivos con las representaciones, decisiones y acciones subjetivas a lo largo del tiempo, puede valerse de múltiples fuentes de información tales como: documentos personales, fotografías, periódicos, encuestas de calendario, entrevistas biográficas, etc. Esta última técnica aparece como un dispositivo muy enriquecedor ya que permite recuperar la vida de los actores sociales una vez que ya ha ocurrido, es decir, a posteriori. Representa una forma de estudio en la cual se trabaja al final del proceso y se interroga sobre el pasado. (Muñiz Terra, Frassa y Bidauri<sup>60</sup>)

### 3.5. Las dimensiones y las variables

- Los dispositivos. características generales y las particularidades del servicio de SM.
- Los equipos: composición - antigüedad - formación en SM.

---

<sup>60</sup> CLACSO. [www.jstor.org/stable/pdf/j.ctvn5tzjw.9.pdf?refreqid=fastly-default%3A804a460cc5aeeb8cd632cbdd33595776&ab\\_segments=&origin=&initiator=&acceptTC=1](http://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctvn5tzjw.9.pdf?refreqid=fastly-default%3A804a460cc5aeeb8cd632cbdd33595776&ab_segments=&origin=&initiator=&acceptTC=1)

Modalidad de trabajo a partir de la re-construcción de las prácticas:

- entrevistas de admisión y elaboración de la historia clínica. Artículo 18° de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- cumplimiento de Artículo 7° (Capítulo IV) de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 “Derechos de las personas con padecimiento mental”.
- consideraciones en torno al Artículo 14° (Capítulo VII) Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 “Internaciones”.
- interdisciplinariedad
- intersectorialidad
- participación comunitaria

Tabla 1: Registro de artículos de referencia según relevamiento realizado en base a conceptos claves de referencia.

Artículos	conceptos centrales de referencia
7	atención integral- humanizada- evaluación interdisciplinaria
12	confección de la ficha - orden cronológico- los intervinientes- foliadas
14	Internación como recurso terapéutico.
18	Internación voluntaria. Consentimiento informado. no más de 60 días- la intervención judicial
24	internación involuntaria

Nota: Puede evidenciarse una presencia fuerte de artículos que contienen la internación involuntaria como categoría de trabajo.

## **La no información en el proceso comunicacional: obstáculos y barrera durante las entrevistas**

Dada la falta de experticia temática y sin profundizar el campo de la comunicación social, se ha considerado “el silencio” y las diferentes “barreras u obstáculos en los encuentros comunicacionales” como una dimensión relevante en el proceso de interacción. Las entrevistas para esta investigación estuvieron atravesadas por múltiples modalidades de silencios, cancelaciones, las no respuestas, la ausencia de agendas para entrevistas, etc.

La reprogramación permanente de los encuentros entre entrevistados/das-entrevistadoras, constituyó una advertencia como información teniendo en cuenta que las personas emitimos continuamente mensajes; la interacción es intercambio y el silencio en ese intercambio es, un mensaje más. Surgen así aspectos que interpeló permanentemente el trabajo de campo:

- a) motivos de negación - no explícita- de los profesionales a comprometerse con el encuentro o la entrevista;
- b) las interminables excusas para cancelar los encuentros basados en: “habilitaciones institucionales”; “permisos para acceder la información”; “no encontrarse en condiciones laborales para ofrecer datos” (situación recurrente entre becarios y monotributistas);

Eva Da Porta citando a Peirce<sup>61</sup>, señala que “el verdadero espacio de producción de conocimiento se da en el marco de la comunidad de investigadores, pues la ciencia no es una tarea individual, el conocimiento es una tarea colectiva que requiere de debates, intercambios, retomar, diálogos” (2017, p. 47); la búsqueda de la construcción colectiva del conocimiento se dificulta cuando surgen diferentes obstáculos para entrar en diálogo.

---

<sup>61</sup> Charles Peirce (1839-1914) filósofo estadounidense considerado, el padre de la semiótica moderna.



## **PARTE 3**

## **Presentación de los Resultados**

En este apartado presentamos los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a profesionales pertenecientes a equipos de intervención en salud mental que en el momento de la investigación (período comprendido entre el 2019 y 2023) se desenvuelven profesionalmente en los dispositivos de la provincia de Misiones.

Consiste en una exposición de la información recabada y el análisis de esos datos, en función de los soportes teóricos, los que nos permitirá discutir el alcance de algunas categorías, las interpretaciones desde los planteos de algunos autores y las posiciones de algunos informantes, acorde a los mencionados soportes teóricos, que han sido construidos durante el proceso de esta investigación.

En el proceso de obtención y análisis de la información se buscó respetar y comprender los relatos de los entrevistados, utilizando la transcripción de aquellos párrafos de sus discursos que dan cuenta de las realidades transitadas o que transitan a partir de sus experiencias vividas. También, se considera importante detenerse y prestar atención detalladamente, en algunos aspectos que refieren a la complejidad en el acceso a la información en los efectores de salud y a la revisión de las actividades desarrolladas en los mismos.

A modo de tener una base aproximada sobre los dispositivos y sus particularidades para dar cuenta de los aspectos relevantes en las entrevistas realizadas, previamente se relevaron, desde diversas fuentes, los dispositivos del sistema de salud pública donde se describen sus áreas, direcciones y/o consultorios de salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario, y así reconocer los agentes/actores claves, para posteriormente iniciar los contactos y concretar los encuentros comunicacionales.

Se suministraron entrevistas semiestructuradas individuales a diferentes actores de los tres efectores de salud: trabajadores/as sociales, médicos/as, psicólogos/as, coordinadores, promotores/as de salud, enfermeras/os, referentes del campo de la salud mental, etc., y, en segundo lugar, entrevistas a las/los usuarios directos y sus familiares (indirectos) que asisten al servicio de salud mental, Dr. Ramón Carrillo.

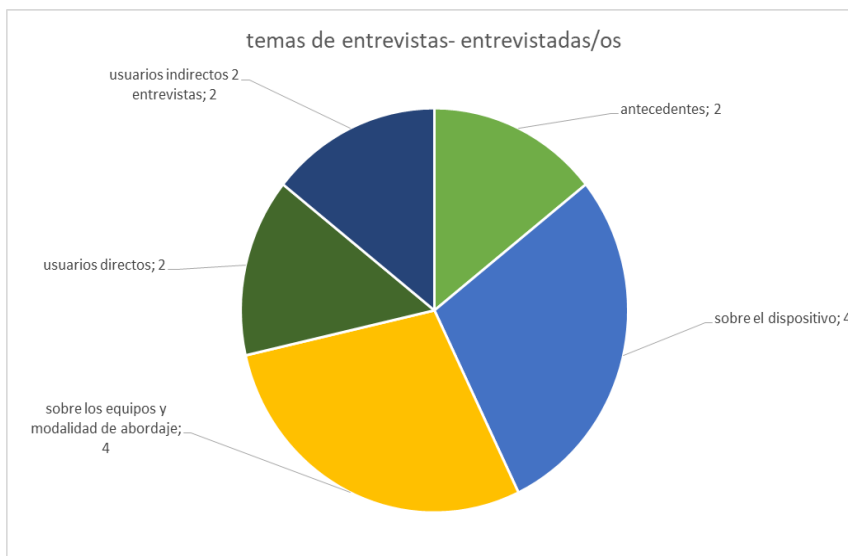


El objetivo de estas entrevistas, es por un lado conocer y describir y analizar la modalidad de abordaje en el campo de la salud mental, en las instituciones públicas de la Provincia de Misiones, en el marco de la aplicación de la Ley Nacional 26657/10 (LSM) y Ley Provincial XVII- Nº 102, en el periodo 2019-2023.

Por otro lado, dar cuenta a través del análisis de estas construcciones, de los posicionamientos manifiestos o no, en los discursos de estos agentes, a partir de las aproximaciones teóricas que se realizó sobre la salud mental, sus perspectivas y miradas. Además, y por último, acercarse desde estas manifestaciones a una problematización sobre el accionar de estos profesionales, según los marcos normativos y epistemológicos vigentes, así como la impronta institucional imperante que transversaliza en estos agentes, cuestiones que se consideran condicionantes, como la escasez o falta de recursos, las crecientes demandas de los servicios, las formas de relaciones laborales, entre otras cuestiones.

Dar cuenta de estas apreciaciones, hizo necesario establecer diferentes entrevistas, así como las temáticas a abordar en cada una (Figura 14), ya que construir una mirada holística sobre la situación de los dispositivos de abordaje de la salud mental en la provincia de Misiones, implica prestar atención como se dijo antes a sujetos directos o indirectos que se sirven del servicio, así como de las/los profesionales que dedican su accionar en dicho abordaje, acorde a las normativas vigentes y la impronta institucional circundante.

Figura 14: Distribución de las entrevistas y los temas/temáticas abordadas según el/la agente/sujeto objeto de análisis de esta investigación



Nota: Elaboración propia.

Como se advirtió más arriba, en un apartado adicional de esta sección, se trabajará la “no-información” como un dato que se ha obtenido de las entrevistas. En diferentes oportunidades, no solo se generaron una diversidad de obstáculos para acceder a los informantes sino que además, los encuentros estuvieron marcados por “cambio de temas”, “silencios”, etc., que para esta investigación constituye un dato relevante porque el silencio es una práctica que construye y funda una modalidad de actuación en el campo de la salud mental, sustentada en el disciplinamiento y el miedo, que en términos de Foucault (2006) se define a la disciplina como una acción, que aunque invisiblemente “centrada en el cuerpo, produce efectos individualizadores, manipula el cuerpo como foco de fuerzas que hay que hacer útiles y dóciles a la vez” (p. 225).

## 1. Los dispositivos: Ubicación y características generales

1.1 Hospital de Nivel I de asistencia y rehabilitación en Salud Mental Dr. Ramón Carrillo; Posadas Misiones (RISAM).

1.2 Hospital de Nivel I de asistencia y rehabilitación en Salud Mental Dr. Ramón Carrillo; Posadas Misiones (profesionales de planta).

1.3 Hospital Nivel III- Servicio de Salud Mental del Hospital SAMIC de la localidad de Oberá

#### 1.4 Hospital Nivel III SAMIC - Servicio de Salud Mental de la localidad de Eldorado, Misiones

Figura 15: Distribución de los dispositivos de abordaje de salud y salud mental en el territorio provincial.



*Nota: Elaboración propia en base a informaciones obtenidas del Servicio Provincial de Salud Pública.*

#### 1.1. Los dispositivos: características generales

Los dispositivos seleccionados constituyen, en su mayoría, espacios de asistencia a la salud mental como parte de la política pública provincial y, por lo tanto, integran el sistema provincial de salud, un dispositivo se caracteriza por integrar el presupuesto público nacional, pero, de atención en institución monovalente provincial. En este sentido se sostiene que:

La atención en salud mental en los Hospitales SAMIC (Oberá-Eldorado) adquiere relevancia con la implementación de la Ley Nacional N° 26.657 (LSM) y, en particular con el Programa Nacional que genera un presupuesto adicional para que los hospitales generales incorporen equipos interdisciplinarios<sup>62</sup>.

Los relatos de quienes, en sus roles de agentes profesionales en los dispositivos de abordaje de salud mental, retratan situaciones diferentes respecto a la configuración

<sup>62</sup> Programa Nacional de Salud Mental y Adicciones dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Nación periodo 2011-2015



de las funciones otorgadas a los mismos. En diferentes circunstancias las entrevistas arrojan las siguientes afirmaciones:

En este hospital, tanto los de planta y los residentes recibimos pacientes de toda la provincia, creo no hay localidad que no se haya registrado en atenciones a pacientes, desde ya sus intendencias o por pedidos de CICs, CPS, etc. (*Profesional de planta del Hospital Dr. R. Carrillo*)

Recibimos pedidos y derivaciones de todas las zonas de salud, desde San Pedro a San Javier, luego cambiaron algunas zonas, y actualmente, se está trabajando de otra forma, es decir, se procura atender a los pacientes en los servicios más cercanos, sino se vincula directamente con el carrillo allá en Posadas. (*Profesional de Oberá*)

En el servicio existe un exceso de demanda en la atención, dado que toma toda la zona norte, y la zona noreste al no tener casi profesionales envían los casos graves al hospital Samic. Creo que eso se da por falta de profesionales en psiquiatría (*Profesional de Eldorado*)

La modalidad es de atención según los relatos se centran en la emergencia, atención ambulatoria para seguimiento y derivaciones al “psiquiátrico de Posadas (*Hospital monovalente Dr. R. Carrillo*)

Las áreas de internación hospitalaria, fueron siendo reemplazadas por diversos motivos; la mayoría es consecuencia de la estigmatización, la difusión de prenociones tales como “*la peligrosidad de los pacientes*” y los diversos comentarios y/o presunciones acerca de la salud mental “*son violentos*”; “*provocan disturbios*”; “*están poseídos*”; “*molestan a otros pacientes*”; entre otros, que permanece en los entornos institucionales e incluso son reproducidos por los mismos agentes de salud; constituyen algunos de los motivos, por los cuales actualmente, los dos hospitales tienen sede “fuera” del hospital general. Un “lugar” “espacio” en el que se presume

En los relatos sobre la historia del dispositivo, surge en reiteradas ocasiones el concepto de “*enfermo mental*” - “*enfermedad mental*” para hacer referencia al sujeto con padecimiento de la salud mental (Artículo 1° Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657); la escucha -atención se resumen en “*recibimos*”, y, el sujeto de derecho se transforma en un objeto que se transporta, se traslada, se recluye, etc.

En el caso del servicio, en Oberá (...) hace un tiempo los consultorios eran compartidos con el resto de los profesionales médicos. y las internaciones de los pacientes del área de Salud Mental, se realizaban en una casa aparte del edificio del hospital SAMIC, aun así, sigue vigente, todo esto surge y se sigue con la idea del ‘loco’, ‘peligroso’ para el paciente y tercero.

El servicio de SM de Eldorado, hace unos años, se separó del hospital justamente por todo el estigma que se tenía y se sigue teniendo sobre la salud mental, estamos a un km aproximadamente del hospital, ubicado en Eldorado 3, kilómetro 10. Que según relatan el personal más antiguo, que las descompensaciones y situaciones que ocasionaban los pacientes con padecimiento mental en el hospital, hizo que se separara al servicio del hospital.

De acuerdo a los relatos de sus protagonistas, y de las observaciones realizadas en territorio para esta investigación, se detecta que, los dispositivos: Hospital Monovalente Carrillo y “Equipo RISAM” tienen la particularidad de estar en el mismo espacio físico, de acuerdo a los diferentes relatos, se logra una interacción entre profesionales y, además, son partícipes de decisiones sobre la permanencia de los usuarios en el dispositivo (internación). Actualmente cuentan entre 10 y 12 camas y/o plazas disponibles.

## **2. Los Equipos de Abordaje de la salud mental: antecedentes**

A través del Programa Nacional de Salud Mental, el Estado promovió en las distintas provincias, la conformación de equipos de abordaje en salud mental, sustentados en



la modalidad: interdisciplinar- intersectorial- comunitario. Para ello, convocó a la participación de profesionales vinculados con los diferentes dispositivos territoriales y, se incorporó los hospitales generales como parte de este programa.

En la Provincia de Misiones, desde el año 2011 se implementa el mencionado programa, creando desde entonces, dispositivos y formas de abordaje que incluyen intervenciones comunitarias desde y hacia las instituciones de salud.

Se conformaron en el mismo año de implementación del programa, un total de 27 (veintisiete) equipos interdisciplinarios en Centros Integradores Comunitarios (CICs) ubicados en diferentes localidades de la provincia y 3 (tres) equipos en hospitales generales de la capital (Posadas).

De acuerdo a la entrevista con un Referente Provincial del Programa<sup>63</sup>, el período de convocatoria para ingresar a trabajar en la modalidad que se ofrecía con el programa, estuvo determinado por una baja asistencia y presentación de Curriculum Vitae de profesionales interesados en el campo de la salud en las distintas localidades donde estaban habilitados los CICs.

No obstante, como el programa vigente mantenía una relación/vinculación con otros similares, entre ellos el Programa Nacional Médicos comunitarios; y el Programa Nacional Especialización en Abordaje Integral de las Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario, contribuyó desde esa interrelación, a una amplia postulación de trabajadores sociales y psicólogos, para los diferentes lugares/espacios. Es así que, según los registros revisados, de un total de 85 profesionales que ingresaron, 29 de ellos fueron del campo del Trabajo Social y 25 profesionales de la Psicología.

La distribución territorial de los equipos también fue una barrera, para la pensada aplicación del programa en todo el territorio provincial, dado que no se registró

---

<sup>63</sup> La Provincia de Misiones, a través de la Dirección Provincial de Salud Mental, coordinó el Programa Nacional hasta la cancelación en el año 2015.

disponibilidad de recursos en muchas de las localidades, para que sus profesionales puedan incorporarse al programa en tiempo completo o parcial. Es así que, se dio un alto porcentaje de incorporación de profesionales y técnicos radicados en la capital de la Provincia (Posadas), con el compromiso de trasladarse a las localidades asignadas para el desarrollo de las actividades.

Esta modalidad, contemplando las arbitrariedades que devienen del traslado parcial o permanente de estos profesionales, se presentó como dificultades para la coordinación y supervisión de los equipos a conformarse. En este sentido, se vio afectada la implementación de los tres ejes centrales del Programa (interdisciplinariedad- intersectorialidad- abordaje comunitario) dada la imposibilidad de dedicación de tiempo completo para las actividades designadas, así como la permanencia en el lugar para atención de emergencias; el fortalecimiento de las actividades comunitarias, etc.

Los equipos fueron conformados de acuerdo a las disciplinas y, en particular, de acuerdo a las posibilidades y límites de trasladarse al territorio. De acuerdo, al relevamiento realizado, solo el 37% de los equipos fueron integrados por 3 profesionales de distintos campos disciplinares.

En el año 2015, con el cambio de administración en la gestión nacional, el programa progresivamente se desfinanció hasta la cancelación total de los contratos profesionales, lo que derivó en el cierre de los espacios abiertos en los CIC's. Consecuentemente, se observó que en los Hospitales Generales se redujeron significativamente los equipos destinados al abordaje de salud mental.

Una situación particular, es la del RISAM, que, hasta el momento de esta investigación, permanece enmarcado en el programa nacional. Si bien, el presupuesto fue modificado (reducción)<sup>64</sup>, se sostiene que anualmente se realizan las convocatorias y los concursos de ingresos, para trabajar en esta institución.

---

<sup>64</sup> Según los registros oficiales y las informaciones obtenidas desde el sistema de salud, dada la configuración del escenario social a nivel nacional, se vieron afectadas diferentes políticas públicas,

De acuerdo a algunos relatos, la desfinanciación provocó la cancelación abrupta de los programas de abordaje comunitario y, las visitas domiciliarias dejaron de ser parte del abordaje sociofamiliar y comunitario de los usuarios del sistema de salud provincial. En este sentido, se ven truncados los propósitos de abordaje de salud mental que se suscriben en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, y que se configuran bajo la modalidad de la interdisciplinariedad y la intervención comunitaria, que, tal como lo sostienen Ardila y Galende (2010), se define como una oposición a la internación psiquiátrica de tipo asilar, y que asegura condiciones mínimas en la que el sujeto pueda permanecer integrado en su comunidad en el proceso de atención y rehabilitación.

Otro hallazgo, en el proceso de investigación, refiere a las instancias y procesos de formación y/o actualización profesional, de quienes dedican su labor en el campo de la salud mental. Dado los registros revisados, y los relatos recabados se concluye que, los equipos de abordaje de salud mental, en sus espacios de trabajos y acorde a lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental, participan de distintas instancias de formación, se promueven encuentros entre disciplinas para abordar diferentes problemáticas; la metodología de trabajo se basa en la modalidad de talleres pero, en las descripciones sobre las dinámicas, agentes profesionales entrevistados se refirieron a “*las miradas disciplinares*” y “*aportes disciplinares*”, desde las cuales se concreta la participación. Dada esta configuración, puede afirmarse que el abordaje “interdisciplinario” es reemplazado por la multidisciplinariedad, sin advertir de las diferencias conceptuales-operativas.

Sobre la dinámica de trabajo, pensada desde la modalidad talleres como un espacio de intercambios disciplinares, se han encontrado en los relatos de las/los entrevistadas/os algunos llamamientos que no se condicen con esa “idea pensada” del espacio de taller, en específico puede decirse que ningún entrevistado/a hace

---

entre ellas, la del Programa Nacional de Salud Mental, que ha sufrido en diversas circunstancias, reducciones significativas de las partidas presupuestarias derivadas del tesoro nacional.

mención a un trabajo orientado a superar las fronteras disciplinares y debatir acerca de la construcción de una metodología de abordaje interdisciplinar.

La multidisciplinariedad no es una condición excluyente pero, el sentido de la Ley Nacional de Salud Mental al proponer la interdisciplinariedad como modalidad de abordaje (Capítulo V), ante las evidencias encontradas, se ve tergiversado, ya que en los ya mencionados espacios no se permite abordar problemas o situaciones complejas desde la integralidad y multidimensionalidad del problema, evitando así las fragmentaciones y, la errónea comprensión de los factores intervinientes y la comprensión de particularidad de los sujetos padecientes que se encuentran determinados en los derechos y garantías establecidos por la normativa. Más bien, y aunque suene repetitivo, se concluye que aún perduran explícita o implícitamente las fronteras y/o limitaciones disciplinares, como una condición de supremacía o superioridad de unas sobre otras.

## **2.2. La interdisciplinariedad**

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657/10 ofrece el marco legal para la implementación de nuevas prácticas de salud mental con base en la atención de sujetos de derecho, con un abordaje interdisciplinario.

En las entrevistas, sobre los equipos profesionales, la categoría “interdisciplina” no se mencionó la modalidad de composición tal como lo establece la normativa en su Artículo 8°-Capítulo V: Modalidad de abordaje; sino que, que se habló acerca de: “*los profesionales*”, “*los que trabajan*”, “*los psicólogos*”, etc., individualizando o haciendo referencia a una composición grupal, pero, desde un alejamiento. En otras palabras, se alude a un “*nosotros y ellos*”, donde la categoría interdisciplina no es consciente o inconscientemente utilizada.

“En el hospital tenemos dos líneas de profesionales, tenemos el personal de planta que se encuentra hace varios años trabajando en el lugar, como ser enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, pero son más los psiquiatras que perduran en el trabajo, y los otros, son los residentes

de diferentes profesiones que van ingresando cada año, por medio de un concurso”. (*Entrevistada de la RISAM*)

“Actúo coordinadamente con los demás colegas médicos y otros profesionales como trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros para lograr una evolución viable”. (*Médica, Planta Permanente-Dr. R. Carrillo*).

“A veces se da la primera atención entre los profesionales médicos y psico, una vez que atienden al paciente, es ese el espacio de primera escucha, suman a los demás, por lo general al trabajador social para que se ocupe de lo que le incumbe “lo social (...)”. (*Entrevistada Psicóloga Eldorado*)

“Algunas veces, el médico es el que recibe al paciente, pero siempre la comunicación es en equipo, se decide cómo se va a trabajar con ese paciente, se establece un objetivo general, y después cada profesional dentro de lo que tenga que ver con sus incumbencias profesionales, va haciendo el abordaje pertinente, manteniendo siempre la comunicación con el colega (...)”. (*Entrevistada Trabajador Social Eldorado*)

“El trabajo puntualmente en la institución en términos de función es de asistencia en guardia y tratamiento psicoterapéutico en consultorio (...) También se realiza intervenciones acompañando a los Trabajadores Sociales cuando se solicita trabajar en equipo sobre un mismo caso”. (*Entrevistada Psicóloga, Oberá*).

Cuando se buscó profundizar en la entrevista sobre la modalidad de trabajo, surgió una descripción del tipo secuencial, etapista y cerrada de proceso; en la que linealmente, y en contraposición a lo establecido en la Modalidad de abordaje (Artículo 8°-Capítulo V-Ley Nacional de Salud Mental), se reduce un proceso “holístico e interdisciplinario” a prácticas tradicionales de los centros de salud, los que, para el caso de abordaje de salud mental, se ha evidenciado que quien recepciona la

demanda es un psiquiatra, la diagnóstica (mirada unidisciplinar), y define la secuencia de tratamiento y quienes participan o participarán del mismo.

Surge como una constante, uno de los principales obstáculos en las prácticas en el campo de la salud mental, que es la hegemonía de la medicina y el posicionamiento de subalternidad de las otras profesiones. Tradicionalmente, el médico psiquiatra es el que habilita la participación de otros profesionales, pero, a partir de “las directrices”; esta concepción biomédica, individualizada de la persona con padecimiento mental se encuentra presente por ello, en los relatos de quienes han sido entrevistados, surge este posicionamiento disciplinar puesto que constituye una particularidad de la hegemonía médica.

Si bien, desde las reiteradas manifestaciones en los diálogos con las/los entrevistados, éstos establecen que, los encuentros (talleres) son espacios configurados para que se permitan los intercambios, las posibilidades de análisis de casos, de evaluación de gestión, de organización de actividades, de estructuración de las guardias, los equipos, etc., alejándose desde los relatos, a una propuesta orientada a la construcción de un abordaje en el que participan cooperativamente los profesionales desde la especificidad disciplinar.

Aquí en el sentido de este hallazgo, se cree pertinente, traer a colación la propuesta de Elichiry (1987) sobre el enfoque interdisciplinario, como aquel que genera intercambios disciplinares que promueven conocimientos y cooperación entre los miembros del equipo, que proceden de disciplinas heterogéneas y se concretan en prácticas convergentes. Por lo tanto, teniendo en cuenta los aportes de los profesionales entrevistados, puede concluirse nuevamente, que se está en presencia de prácticas de intercambios disciplinares y las fronteras siguen presentes y, en algunos momentos se evidencia la presencia de la hegemonía médica tradicional. Es decir, en las prácticas no se ha logrado generar esa ruptura conceptual-operativa que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10.

### 2.3. La intersectorialidad

A partir de la reconstrucción de los diálogos, producto de las entrevistas realizadas, se detectó que el trabajo interinstitucional no se hizo evidente en ningún entrevistado/a. Asimismo, tampoco se mencionó la construcción de redes para un abordaje integral de las problemáticas (salud-educación-vivienda- asistencia social, etc.) sino que se mencionan vínculos personales o contactos de referencia (no institucionales) y del tipo lineal; “*se gestiona una entrevista para (...)*”; “*se solicita que le asistan en (...)*”; “*cuando se necesita resolver algo (...)*”; etc.

Lo que se logra realizar desde el hospital como prácticas interinstitucionales...Bueno, si es un paciente del interior, se articula o se procura articular con algún organismo cercano y demás, eso sí se hace, a través de profesionales que se encuentran trabajando en esos organismos. (*Profesional médica de planta- del Hospital Dr. R Carrillo*)

Básicamente son eso, es identificar una organización o institución, por ejemplo, defender la vida, los hospitales, los caps., inimputables muchas veces, como se dice, después también hacemos peñas o cositas así viste que para que vengan los familiares de los usuarios, se está queriendo pintar un muro, un mural, perdón, un mural, para poder también una actividad que mezcle a los usuarios crónicos y agudos y ambulatorios. (*Profesional de Trabajo Social-RISAM*)

Últimamente, se viene realizando reuniones y actividades en conjunto con la Dirección provincial de Salud Mental, acordando jornadas, ateneos, etc. (*Profesional de Psicología-RISAM*)

Se realizan talleres desde distintas instituciones para trabajar la promoción de la salud mental que consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables,

direccionado para toda la comunidad de Oberá que asiste al hospital.  
(*Profesional enfermera de Oberá*)

Trabajo articulado: depende del caso generalmente son solicitados en algunos casos por instituciones como Juzgados (por oficios), secretarías Municipales: de acción social y Secretaria de Niñez. CEPROMU (violencia) Línea 137. (*Profesional Psicología de Oberá*)

Durante todo el tratamiento desde el inicio de los tratamientos se busca realizar un trabajo interdisciplinario donde es atendido por los profesionales, acompañamiento familiar y comunitario en los casos graves. Se articula generalmente con el equipo de APS. Atención Primaria de la salud de la localidad y localidades aledañas correspondientes a la zona norte. (*Profesional Psicología de Eldorado*)

Hasta aquí, es posible resaltar situaciones como: *los contactos, las relaciones, entre nosotros, etc.*, que no se vinculan con redes entre dispositivos u otros organismos intervinientes (la justicia por ejemplo) y, además, la vinculación con otros dispositivos a través de *“la derivación al psiquiátrico”*; *“nos contactamos con Manantía”* (centro de atención de adicciones); aquí surge una contradicción dado que *“las adicciones”* - desde el relato- están escindidas de la problemática integral de la salud mental.

Teniendo presente los aportes de Alicia Stolkiner (2005), *“la interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina”* (p. 5) pero, en las experiencias relatadas las prácticas no logran integrar saberes y se ha retornado a las modalidades de la demarcación disciplinar que es una forma de comprensión de la realidad, pero no responde a los lineamientos establecidos por la Ley de Salud Mental, y los cambios que sostiene como necesarios en el abordaje de la salud mental para garantizar una mirada desde la complejidad.

La intersectorialidad como modelo de abordaje acorde al Artículo 9° de la normativa nacional, queda a la deriva, ante la permeabilidad que presentan las disciplinas y sus

campos que se materializan en el accionar de los agentes profesionales que transitan los espacios de abordaje de salud mental. A su vez, el abordaje debe también hacer frente a la idiosincrasia, a los formatos, a las ideologías, a la cultura propia de cada institución en las que la concepción de sujeto y de salud mental tiene sentidos y configuraciones propias. Estas barreras, condicionan el accionar intersectorial esperado dentro de la normativa nacional, haciendo posible la existencia de un “ellos y nosotros” “los de acá y los de allá” “los del hospital y los del manantial” “desde el hospital y desde el psiquiátrico”. Se configuran así un universo de conjunciones que evidencian los límites de las disciplinas, por un lado, y los propios de las instituciones que debieran estar abocadas al abordaje de la salud mental, resguardando el principio de intersectorialidad que se reglamenta en la Ley Nacional de Salud Mental.

#### **2.4. El abordaje comunitario**

El artículo 9° de la Ley N° 26.657, se establece que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario (...) se orientará al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales”. Aquí, se encuentra que la relación usuario- familia-comunidad adquiere relevancia no solo en la fase de tratamiento de la persona con padecimiento mental, sino en acciones relacionadas con información, prevención, promoción y contención.

De acuerdo a los relatos, el vínculo dispositivo-comunidad se circunscribe a “(...) *los abordajes posibles en el dispositivo (...)*”; “(...) *solo conocemos a las familias cuando éstas asisten para acompañar o porque le citamos para el tratamiento o internación (...)*”; “(...) *no hay recursos para actividades comunitarias (...)*”

En cuanto a abordajes comunitarios nosotros no tenemos más que algunos días que vamos sí...sí, hacemos intervenciones para con la comunidad, o sea, nuestras intervenciones comunitarias son con los usuarios ambulatorios, los que vienen cada 15 días, los que vienen cada dos meses, los que vienen cada dos meses o dependiendo la secuencia o el planteo. (*Profesional de Psicología de planta-Hospital Dr. R. Carrillo*)



No tenemos móvil propio, no tenemos muchas veces recursos básicos como agua o buenas condiciones edilicias o materiales de trabajo, si no tenemos RISMI, no tenemos un registro de historia clínica digital, no tenemos un teléfono. (*Profesional de Enfermería-RISAM*)

Como tal así, procesos de abordajes comunitarios no hay mucho. (*Profesional de Trabajo Social-RISAM*)

Después, bueno, en términos comunitarios, nosotros no salimos mucho a la comunidad a hacer intervenciones en un barrio. (*Profesional de Trabajo Social-RISAM*)

Por lo general, vamos organizando de acuerdo a los casos como te digo, cuando hay unos casos específicos, particularmente uno que está en un sector, uno identifica dónde está el domicilio, cuál es el centro de atención primaria que está a su área más cercana, cuál es la comisaría que está a su área más cercana y a través de zona capital con el móvil. (*Profesional Psicología de Oberá*)

Entonces el equipo que estaría conformado por un médico, trabajador social y un psiquiatra y un enfermero, asisten y ellos establecen cuál es el abordaje, entonces ahí se avisa a la coordinadora de zona capital que día va a hacer, se le avisa al paciente o al familiar responsable que se va a hacer esa articulación con la familia y a partir de allí, de acuerdo a cómo se ve el paciente en el domicilio, como se encuentra, de ahí se va estableciendo otra red, si hay tiempo, si hay disponibilidad, como que se acerca al CAPS, o si no, por teléfono". Eso básicamente sería lo más próximo a un abordaje comunitario que hacemos. (*Profesional Trabajo Social de Oberá*)

No realizamos muchos trabajos en terreno, al ser un solo equipo en el servicio, nos detenemos a la atención en el servicio, al ser muchas las demandas, no no dan los tiempos, vamos el equipo territorial a los



domicilios o a la comunidad, solo si es urgente o de gravedad, casos que ya venimos acompañando. (*Profesional Psicología de Eldorado*)

Sí tenemos participación en diferentes actividades, donde promocionamos el servicio, y trabajamos en conjunto con la comunidad la lucha contra el estigma, la discriminación y exclusión, sigue persistiendo “la peligrosidad” y el miedo hacia las personas que padecen algún problema de salud mental. (*Profesional de Trabajo Social de Eldorado*)

En general, y de acuerdo a los relatos de sus protagonistas, se concluye que, desde el año 2015, las actividades comunitarias dejaron de realizarse por falta de presupuesto y, después, canceladas con la pandemia. Post Pandemia, no se ha encontrado evidencia que permita constatar el replanteo el trabajo comunitario como eje de abordaje.

Al momento de realización de esta investigación, se detecta que la modalidad de abordaje, reviste ligeramente un acercamiento a prácticas tradicionales en las que la atención en los dispositivos y las acciones de información y prevención no se realizan de manera continua. De manera esporádica, algunos profesionales refieren como actividades de información relevantes, la participación en jornadas comunitarias (en Plazas de Posadas) para fechas relevantes como: 10/09 (día de prevención del suicidio) -10/10 (día de la salud mental).

De este modo, puede decirse que los servicios comunitarios que propuso la Ley no se lograron mantener en el tiempo, por ejemplo, las habilitaciones de camas en los hospitales generales, los hospitales de día, los hospitales de noche, las casas a medio camino, los centros de salud mental ambulatorios, los talleres protegidos y otras propuestas comunitarias.

Por otra parte, y con vinculación a las prácticas fuera de los dispositivos hay que tener presente, las condiciones laborales de los trabajadores del campo de la salud, desde las cuales se esperan generar estas acciones que no se dan en los dispositivos. En

este sentido, se hacen carne en los equipos territoriales, la existencia de la precarización laboral, la inestabilidad y las rotaciones, que constituyen situaciones que afectan las posibilidades de realizar actividades que impliquen compromiso territorial, desde los principios rectores de la Ley Nacional de Salud Mental.

Figura 16: Estrategias de lucha y resistencias de los equipos de salud mental en Misiones



Nota: Imagen obtenida de Facebook (cuenta oficial de CTA-Misiones).

Figura 17: Espacios de negociación de los equipos de salud mental de Misiones.



*Nota: Espacios de negociación se han abierto en numerosas circunstancias a partir de la demanda existente por parte de agentes de salud en toda la provincia en reclamo a mejores condiciones laborales.*

### **3. La secuencia en el abordaje de la salud mental: reconstruyendo la integralidad del abordaje**

De acuerdo a los registros revisados, así como la revisión documentada y los relatos de las entrevistas, puede decirse que el abordaje desde la interdisciplinariedad se inicia desde el primer contacto, donde el usuario debe ingresar a un espacio de contención y de escucha. A estos efectos, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, en su Capítulo IV “Derechos de las personas con padecimiento mental” (Artículo 7°), reconoce los derechos atribuibles a los usuarios del sistema de salud.

Dentro de los lineamientos establecidos, se considera que:

- a) cualquier trabajador de salud puede realizar intervenciones de contención y acompañamiento en el primer contacto, sin embargo, de los relatos se recupera que existen dos modalidades de atención:
  - cuando el usuario se presenta en estado de emergencia, es recepcionado por el enfermero quien contiene y orienta las acciones a seguir; o

- de consulta, es recibido para la atención por el psiquiatra en consultorio
- b) En el primer encuentro, la actitud debe ser receptiva y humanitaria, darse en un ambiente de privacidad y disponiendo del tiempo necesario para generar una relación de confianza. Las prácticas no pudieron conocerse dado que solo se realizan prácticas de consultorio (médico-paciente)
- c) El usuario no debe permanecer en ningún momento solo, debe estar acompañado por un referente vincular y/o por la presencia de un personal del dispositivo sanitario, sin embargo, los profesionales entrevistados, resaltan que la atención en los dispositivos es mayoritariamente individual, el encuentro se produce entre “el paciente” y “el psiquiatra”.

Las intervenciones integrales también se refieren a escuchar las voces de los diferentes actores: profesionales, usuarios, familias, amigos, etc. Matus Sepulveda (2002) habla de una polifonía, un abordaje a partir de la reconstrucción de saberes y prácticas, integrando lo físico-psíquico-social-cultural, que permita visibilizar

Sobre el primer contacto o la demanda concreta de atención, de acuerdo a los relatos:

Tabla 2: Tratamiento concreto de las demandas según relatos de sus protagonistas en los diferentes dispositivos de Misiones.

dispositivo	“relatos de referencia”
1	Algunas veces, el médico es el que recibe al paciente, pero siempre la comunicación es en equipo, se decide cómo se va a trabajar con ese paciente, se establece un objetivo general, y después cada profesional dentro de lo que tenga que ver con sus incumbencias profesionales, va haciendo el abordaje pertinente, manteniendo siempre la comunicación con el colega”.
2	“El primer contacto y el abordaje se da de acuerdo al paciente y a los casos. Cuando un paciente cae en la guardia...()...uno de los dispositivos del hospital es trabajar en la guardia, por lo general se da con un psiquiatra y psicólogo y alguna otra profesión”
3	En un tiempo no muy lejano, se atendía por consultorios por separado, no interdisciplinario al comienzo, cada uno por su lado, y si era necesario se

	pedía interconsultas con Psiquiatría o neurología, luego eso fue cambiando se comenzó a trabajar en equipo, cuando ingresan nuevos profesionales.
4	“Es evaluado por una psicóloga de guardia, se tiene en cuenta en función a esa evaluación si es para internación breve o para continuar el tratamiento en forma ambulatoria”

Nota: Elaboración propia.

Es relevante mencionar que, durante las entrevistas, no están presentes aspectos relevantes como:

- constitución de equipo para la entrevista inicial
- consentimiento informado
- confidencialidad
- el acompañamiento de un familiar o referente vincular en la entrevista inicial
- la evaluación médica inicial (exámen físico inicial)- control de sustancias, etc.

Durante la indagación se desconoce la constitución de equipos integrados por profesionales de diversas disciplinas, en conformidad con el Artículo 8° de la Ley Nacional de Salud Mental, donde se establece como “Modalidad de Abordaje” un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados, acreditados según la autoridad competente, que incluyen los campos de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional y otras disciplinas pertinentes.

No obstante, puede afirmarse que sí trabajan profesionales desde cada área, con roles y funciones específicas a las mismas. Se habla así, de “*el psicólogo que atiende en el hospital*”; “*la psiquiatra que trabaja con los padecientes*”; “*los enfermeros que realizan ese primer acercamiento con la persona*”, entre otros enunciados que aluden a un trabajo más individualizado desde las profesiones.

#### **4. Otras dimensiones de análisis vinculadas con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental**

##### **4.1. Órgano de Revisión- Artículo 40 del Decreto Reglamentario 603/2013**

Dentro de los compromisos provinciales para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, se proponía la creación del Órgano de Revisión, un equipo interdisciplinario e intersectorial responsable de velar por el cumplimiento de los DDHH de las personas con padecimiento de salud mental; supervisar los diferentes dispositivos y evaluar las modalidades de abordaje, analizar las situaciones judicializadas, solicitar la intervención de la justicia en casos que así lo requieran, etc.

En la Provincia de Misiones, se promulgó el 15 de junio de 2018 la Ley XVII- N°102 de Adhesión de la Provincia de Misiones a la Ley Nacional 26.657/10. En esta normativa, precisamente en el Artículo 2° se establece que la Autoridad de Aplicación de la ley en el territorio provincial, es el Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

De acuerdo a los registros revisados, puede decirse que, en el momento de realización de esta investigación, en la provincia aún falta la reglamentación de la adhesión a la Ley de Salud Mental Nacional. De este modo, no se deja institucionalmente establecido con claridad, las obligaciones de las partes, respecto a, primero los fondos provinciales que devienen de los nacionales, para dar cuenta de las finalidades de la normativa; segundo, de las funciones de los profesionales que actuarían en los equipos interdisciplinarios; y tercero, el grado de participación de las entidades, organizaciones e instituciones contemplados en el abordaje intersectorial que se propone desde el orden nacional, buscando garantizar el cumplimiento de los derechos humanos del sistema de salud mental.

En términos de la estructura, organización y funcionabilidad de la política pública en materia de salud mental, se considera que estos organismos son fundamentales porque sus funciones se centran en:

- Velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de esas sentencias.



- Solicitar información a las instituciones públicas para evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos,
- Supervisar las condiciones de internación por razones de salud mental, tanto en el ámbito público como en el privado, de oficio o por denuncia de particulares.
- Evaluar las internaciones involuntarias, que ellas no se produzcan más allá del tiempo mínimo necesario y poder denunciar irregularidades.
- Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario se realicen en aquellos casos en los que la persona cuente con mayor apoyo y contención social o familiar.

#### **4.2. Las políticas de salud mental a nivel nacional y provincial**

Respecto a las decisiones que aluden a las bases para la funcionabilidad de la salud como política pública, la Ley Nacional de Salud Mental, en su Capítulo IX-Artículo 32° establece que:

En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

En el año 2021, el Ministerio de Salud de la Nación expone un documento sobre el Plan de Salud Mental que surge en el contexto de la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 y la necesidad de fortalecer la Red de Servicios de Salud Mental Comunitaria.

Se promueve entonces, la apertura de servicios de internación de salud mental en los hospitales generales; fortaleciendo la salud mental en el Primer Nivel de Atención y arbitrando la creación de dispositivos intermedios como casas de medio camino,

viviendas asistidas, emprendimientos socioproductivos, centros de día y dispositivos sociocomunitarios.

No hay salud, sin salud mental y no hay salud mental, sin la comunidad. En base a este concepto, debemos seguir trabajando en las distintas acciones y con los distintos instrumentos que disponemos. Vale la pena recordar que este año el lema para lo que hace a la salud mental tiene que ver con la atención de la salud mental para todos y todas. Hacer de esto una realidad, es lo que nosotros tratamos de implementar<sup>65</sup>.

En la provincia no se explicita una política específica del campo, sino que el presupuesto de gestión operativa sigue sin considerar las acciones establecidas en la Ley, vinculadas con el reforzamiento de las actividades comunitarias y el progresivo cierre de los centros monovalentes.

Sobre el estado actual de las instituciones (públicas o privadas), conforme establece el Artículo 35° de la Ley Nacional de Salud Mental:

Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

Durante el proceso de realización de esta investigación en el campo de la Salud Mental, no se pudo acceder a información actualizada ni otra documentación que dé

---

<sup>65</sup> Expresiones del Subsecretario de Gestión de Servicios e Institutos, Alejandro Collia, en Nota del Ministerio de Salud de la Nación, sobre la presentación del Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-presento-el-plan-nacional-de-salud-mental-20212025>

cuenta sobre los centros, la modalidad de abordaje, evaluación de los usuarios, etc., acorde a lo suscripto en las normativas vigentes.

Los profesionales entrevistados y, que se encuentran en los distintos dispositivos, desconocen el proceso de formulación de la política y el presupuesto operativo en el campo de la salud mental, así también manifestaron desconocer los lineamientos generales en el campo y, el presupuesto destinado al área.

Como información general, los entrevistados reconocen las decisiones de orden nacional vinculadas con el desfinanciamiento en la política pública y en particular en la cancelación de programas y cese de las relaciones laborales.

#### **4.2.1. El presupuesto público en salud mental, a nivel nacional**

En el marco de la ampliación de políticas públicas para la salud mental desde la creación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26. 657 en el año 2010, y como se describió más arriba, se han visto diversos procesos que contribuyeron-en momentos históricos más y en otros menos-al crecimiento sostenido de estrategias para asegurar posibilidades de acceso a tal derecho, para quienes padecen alguna de las diferentes patologías reconocidas en la mencionada ley. Se pudo apreciar que puntualmente, en el año 2023 fue un periodo significativo para el campo de la salud mental a nivel nacional. En este sentido, la entonces Ministra de Salud de la Nación, sostiene que:

Cumplimos con el objetivo de llegar al 10 por ciento del presupuesto de salud, obviamente teniendo una mirada mucho más integral y amplia», informó el jefe de ministros durante el cierre del Primer Encuentro Nacional de Salud Mental, que se llevó a cabo esta semana en el predio de Tecnópolis, ubicado en el partido bonaerense de Vicente López.

(...) los componentes más importantes provienen fundamentalmente del propio Ministerio de Salud y la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación (SEDRONAR), junto a la participación de otros ministerios que tienen políticas que afectan directamente la problemática de salud mental”.



Durante el 2023, el Poder Ejecutivo invirtió 41.122 millones de pesos en partidas destinadas a la salud mental, lo que representa un 10,1 por ciento del total de la inversión en salud, según se informó en un comunicado de la Ministra de Salud de la Nación.<sup>66</sup>

#### **4.2.2. El presupuesto público en Misiones en el año 2023**

En términos de proyección presupuestaria para el área de salud a nivel provincial, puede decirse que se presentan diversos escenarios que contrastan proyección con realidad. No obstante, y basado en fuentes oficiales<sup>67</sup>, para la gestión de las políticas públicas en la provincia de Misiones, en el año 2023 se estimó en la presentación del Proyecto de Ley del Presupuesto Público (Tabla 3) un valor total de \$468.388.418.000 (conforme Ley) y, para la gestión de la salud pública, se considera un gasto de \$ 18.090.000.000 aproximadamente.

---

<sup>66</sup> Enunciados de Carla Vizzotti, Ministra de Salud de la Nación, en conjunto con Agustín Rossi, Jefe de Gabinete de Ministros de la Nación, en nota sobre el presupuesto nacional destinado a salud mental en septiembre del 2023. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/por-primera-vez-argentina-destino-la-salud-mental-el-10-por-ciento-del-presupuesto-en-salud>

<sup>67</sup> Según datos oficiales expuestos en la página web del Ministerio de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos de la provincia de Misiones. Disponible en: <https://hacienda.gob.ar/ubicacion/2023/>

Tabla 3: Distribución del Presupuesto de la provincia de Misiones, según el Proyecto de Presupuesto 2023 presentado por el Ministerio de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos.

FINALIDAD /FUNCIÓN	TOTAL	En Miles de Pesos	
		ADMINISTRACIÓN CENTRAL	ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS
ADM. Y CONTROL FISCAL	4.285.958,00	4.285.958,00	
LEGISLACIÓN, JUSTICIA Y CULTO	16.653.623,00	16.653.623,00	
APOYO A GOBIERNOS MUNICIPALES	33.185.169,00	33.185.169,00	
ADMIN. GRAL VARIOS	12.947.996,00	12.606.437,00	341.559,00
SEGURIDAD	32.736.007,00	32.608.099,00	127.908,00
SALUD	94.694.344,00	76.604.884,00	18.089.460,00
BIENESTAR SOCIAL	101.116.663,00	79.362.597,00	21.754.066,00
CULTURA Y EDUCACIÓN	118.675.637,00	26.273.685,00	92.401.952,00
CIENCIA Y TÉCNICA	1.704.247,00	755.219,00	949.028,00
DESARROLLO DE LA ECONOMÍA	50.514.114,00	27.999.815,00	22.514.299,00
DEUDA PÚBLICA	1.874.660,00	1.860.660,00	14.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>468.388.418,00</b>	<b>312.196.146,00</b>	<b>156.192.272,00</b>

Nota 1: Estimación presupuestaria según áreas específicas que componen la organización del Estado provincial. Obtenido de <https://hacienda.gob.ar/ubicacion/2023/>

Como puede apreciarse, en la proyección estimada por el organismo oficial de finanza de Misiones, en el apartado correspondiente a gastos en la salud pública, Jurisdicción 06 de organismos centralizados, no se encuentra presentado un programa presupuestario específicamente en el campo de la salud mental, tanto en hospitales generales como en el monovalente<sup>68</sup>.

Lo mismo sucede en el presupuesto aprobado para el ejercicio 2023 del gobierno de la provincia de Misiones, donde se observa una ligera diferencia numérica en relación al proyecto (Ver Tabla 4)<sup>69</sup>, habiéndose aprobado para el área de la Salud Pública provincial un total de \$ 144.063.841,00 respecto a los \$ 608.999.965,00 totales de los fondos provinciales.

<sup>68</sup> ver en anexo

<sup>69</sup> Montos tomados del Boletín Oficial de la Provincia de Misiones N° 15745, donde se publica la Ley VII N° 97 "Presupuesto General de la Administración Pública Provincial Ejercicio Financiero 2023".

Tabla 4: Distribución de la partida presupuestaria aprobada para el ejercicio 2023, de la administración pública de Misiones, según Ley VII N° 97.

<b>FINALIDAD /FUNCIÓN</b>	<b>TOTAL</b>	<b>ADMINISTRACIÓN CENTRAL</b>	<b>ORGANISMOS DESCENTRA- LIZADOS</b>
ADMINISTRACIÓN Y CONTROL FISCAL	4.285.958,00	4.285.958,00	
LEGISLACIÓN, JUSTICIA Y CULTO	16.653.623,00	16.653.623,00	
APOYO A GOBIERNOS MUNICIPALES	46.643.000,00	46.643.000,00	
ADMINISTRACIÓN GENERAL VARIOS	14.544.606,00	14.203.047,00	341.559,00
SEGURIDAD	47.755.807,00	47.627.899,00	127.908,00
SALUD	144.063.841,00	115.148.901,00	28.914.940,00
BIENESTAR SOCIAL	117.976.154,00	96.222.088,00	21.754.066,00
CULTURA Y EDUCACIÓN	157.289.164,00	29.744.712,00	127.544.452,00
CIENCIA Y TÉCNICA	1.770.076,00	821.048,00	949.028,00
DESARROLLO DE LA ECONOMÍA	56.143.076,00	29.740.771,00	26.402.305,00
DEUDA PÚBLICA	1.874.660,00	1.860.660,00	14.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>608.999.965,00</b>	<b>402.951.707,00</b>	<b>206.048.258,00</b>

Nota 2: Distribución de las erogaciones del tesoro provincial según área de interés para la administración pública provincial. Obtenido de Boletín Oficial N° 15.745.

Sin embargo, en la discriminación presupuestaria de la Jurisdicción, en tanto se trata del destino de los fondos públicos antes mencionados, se detecta que, para los servicios públicos regidos según los términos que fija la Ley Provincial VII- N°102, para el campo de la salud mental se destina un total de \$ 59.940, 00 (Tabla 5). Este contraste, entre la proyección general, la aprobación oficial presupuestaria para el ejercicio de la administración pública de Misiones en el área de Salud Pública, y luego su discriminación para la salud mental, representa para esta investigadora un porcentaje financiero insuficiente para dar cuenta de la creciente y compleja situación de las demandas territoriales que se presentan en los ya mencionados dispositivos de atención.

Tabla 5: Registro del monto destinado a salud mental para el ejercicio 2023, según las estimaciones de la administración pública provincial.

<b>CUENTA 19 - Salud Mental Ley XVII N° 102</b>			<b>59.940,0</b>
<b>FINALIDAD 3 - SALUD</b>			<b>59.940,0</b>
<b>FUNCIÓN 10 - ATENCIÓN MÉDICA</b>			<b>59.940,0</b>
<b>SECCIÓN 1 - EROGACIONES CORRIENTES</b>			59.940,0
<b>SECTOR 01 - OPERACIÓN</b>			59.940,0
<b>PARTIDA PRINCIPAL 012 - BIENES Y SERVICIOS NO PERSONALES</b>			<b>59.940,0</b>
Partida Parcial 01210 - Bienes de Consumo		23.976,0	
Partida Parcial 01220 - Servicios no Personales		35.964,0	

Nota 3: Distribución de las erogaciones del tesoro provincial. Obtenido de Boletín Oficial N° 15.745.

A partir de los relatos, de quienes se constituyen en actores de la administración pública provincial, durante el proceso de esta investigación, se pudo encontrar con diferentes contrastes que aluden a la composición y distribución del presupuesto público:

“En lo que respecta al presupuesto 2022-2023 se ve una ausencia casi total del sistema de apoyo para la temática en la provincia. En cambio, desde nación un porcentaje está destinado al SEDRONAR y casi el 50% se va en partidas destinadas a instituciones como el Hospital Carrillo especializados en Salud Mental, esto implica que más del 90% queda destinado a instituciones de salud mental que la LSM dispone que no deben existir” (*Referente de la salud mental en la provincia de Misiones*).

“En cuanto a la salud mental en la provincia, es necesario revisar y poner en discusión el financiamiento hacia esta problemática, a nivel infraestructura falta de inversión para adaptación de los Hospitales Generales para la incorporación de usuarios que requieren de internaciones de acuerdo a lo que se encuentran padeciendo” (*Referente de la salud mental en la provincia de Misiones*).

Estos planteamientos, dan cuenta de que, las condicionantes de acceso también están determinados por el presupuesto operativo de los dispositivos que deben asegurar accesibilidad.

Por otra parte, en el buceo periodístico se ha obtenido la siguiente información, que dan cuenta de los escenarios y sus configuraciones, desde los cuales agentes e instituciones de abordaje de salud mental presentan diversos rasgos respecto a las disputas y estrategias de acción en diferentes planos, respecto a la complejidad que revisten dichos escenarios:

Figura 18: Recorte periodístico Diario El Territorio

Se fue restaurando el servicio en algunos pabellones: Enfermería, Cocina y Guardia

## Suspendieron las internaciones en el Hospital Carrillo

Autoridades del hospital de salud mental confirmaron que atienden guardias, pero por ahora no se interna a pacientes agudos. Se rompió un caño hace semanas

Miércoles 22 de junio de 2022 | 6:05hs.

“Lo que está garantizado es la atención, entrega de medicación y asesoramiento ambulatorio. No se interna porque sería agravar más la situación”, sostuvo, en diálogo con El Territorio, Olga Acevedo, directora del nosocomio en reemplazo de la titular, Mirna Susana Corach, que se encuentra en uso de licencia.

“Dentro del Hospital Carrillo tenemos un tanque que es el que abastece el Hospital Pedro Baliña, la Red de Traslados, es como el punto central de abastecimiento, si algo pasa ahí, dificulta a todos los sectores. Los caños son de fibrocemento y tienen muchos años, hubo otras construcciones y aparentemente uno de esos caños se rompió. Se comenzó a hacer los trabajos para identificar la ruptura, pero aparentemente está partido en varias partes, se quería encontrar la parte rota y poner un tapón”, señaló Acevedo, al tiempo que aclaró: “Siempre tuvimos algunos inconvenientes con el agua, pero en esta oportunidad se extendieron más; hace una semana estamos sin agua en algunos sectores”.

El hospital actualmente cuenta con 29 pacientes crónicos, es decir, que viven allí desde hasta hace unos 30 años, y luego dos en el área de internaciones con pacientes agudos.

“Se decidió atender las guardias con medicaciones y el tratamiento e internación en los domicilios; se asegura la atención con asesoramiento, pero es una situación que nos excede”, aseveró.

*Nota: Artículo obtenido de página web: [El Territorio](#) con fecha de junio 2022.*

Figura 19: Recorte Periodístico Diario Primera Edición

## Con 41 internados, el Carrillo está sin agua hace más de siete días

En forma provisoria, se hace llegar el agua con manguera a los pabellones que tienen tanque. Pero el sector donde duermen los internados no cuenta ni siquiera con eso. Trabajadores se reunieron ayer en asamblea y denunciaron la precariedad del lugar.

23 junio, 2022

Nota: Artículo obtenido de la página web: [Primera Edición](#) con fecha de junio 2022

Figura 20: Recorte Periodístico Primera Edición II

## Ultiman detalles para traslado de inimputables a la Unidad de Salud del Carrillo

20 mayo, 2020

Nota: Artículo obtenido de la página web: [Primera Edición](#) con fecha de mayo 2020

Figura 21: Recorte Periodístico Diario Misiones Online

## Posadas | Buscan a un paciente del Hospital Carrillo que se fugó

Nota: Artículo obtenido de la página web: [Misiones Online](#) con fecha agosto 2023

Figura 22: Recorte Periodístico Misiones Cuatro

## Recapturaron a un joven que se fugó del Hospital Carrillo

El sujeto se había fugado el domingo, tras forzar los barrotes de la celda en el cual se hallaba custodiado.

Nota: Artículo obtenido de la página web: [Misiones Cuatro](#) con fecha diciembre 2023



Desde estos fragmentos, puede decirse hasta aquí, que en relación a la designación presupuestaria aludida más arriba y el contraste con la realidad social de la provincial, los dispositivos y los agentes que se abocan al abordaje de la salud mental, se ven interpelados desde diversas aristas, ya que como se puede apreciar, la política pública no se expresa sólo en los dispositivos habilitados sino cómo esos dispositivos funcionan; los espacios físicos destinados para atención - tratamientos; los profesionales que conforman los equipos y la accesibilidad de los usuarios y familias para garantizar el derecho a la salud mental.

Aquí no se analiza en profundidad la política pública en salud mental dado que no se trata del tema central en esta investigación, pero, en términos generales se puede afirmar que, el presupuesto asignado en la Provincia, es un presupuesto operativo mínimo y no incluye los cambios establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental y, además, los periodos de gestión pública condicionan la accesibilidad al servicio.

El periodo 2015-2019 fue de desmantelamiento, desfinanciamiento que provocaron un retroceso y cancelación de la modalidad de abordaje establecida en la mencionada normativa nacional, en términos de sus Artículos 8° y 9°, desde los cuales se desprenden los principios claves de acción en términos de derechos, y lo más relevante es que se retornó a la atención del tipo asilar, retornando a la perspectiva asociada a con “el riesgo - la peligrosidad”.

#### **4.3. Programa de conformación de Equipos Interdisciplinarios territoriales<sup>70</sup>**

En el año 2011, a partir de la aprobación de la Ley, la Dirección Nacional de Salud Mental implementó el Programa Nacional consistente en habilitación de Centros Comunitarios de Atención y Centros Hospitalarios (en hospitales generales) y un programa de formación en abordaje interdisciplinario, intersectorial y comunitario, articulado con diferentes centros de estudios dependientes de las Universidades Nacionales.

---

<sup>70</sup> Informe Proyecto Investigación 16H372 - Entrevista a Coordinador Provincial del Programa (2012-2015)



La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones dirige sus acciones hacia el abordaje territorial como herramienta primordial tanto para la planificación como para la puesta en marcha de políticas de salud integrales desde un Estado presente, promotor y participativo. Esta estrategia implica una mirada de las políticas de salud a partir de la dinámica territorial propia de cada municipio, provincia o región, y la acción coordinada entre el Estado nacional, provincial y municipal, las organizaciones sociales y las comunidades, recuperando los saberes de todos y todas para construir juntos estrategias de desarrollo local que profundicen la organización comunitaria y la capacidad local para gestionar<sup>71</sup>.

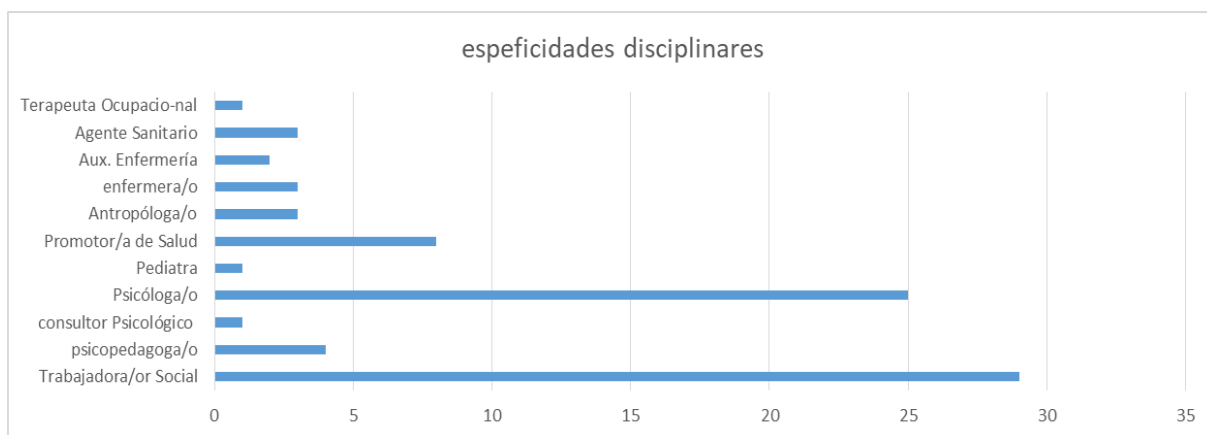
#### **a) Incorporación de profesionales y habilitación de Centros Comunitarios**

Desde la revisión de informes y otras documentaciones, se detecta que, en términos de incorporación de profesionales en base a programas nacionales para los Centros Comunitarios, se contabilizaron 165 profesionales de distintos campos disciplinares (Figura 23), que desde las bases establecidas en el Capítulo V-Artículo 8° de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 “que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario” asegura un cierto grado de concreción real de estos derechos adquiridos, mediante el desarrollo de políticas específicas para los mismos (Artículo 13°).

---

<sup>71</sup> Mensaje de la Directora en página institucional del Programa Nacional consistente en habilitación de Centros Comunitarios de Atención y Centros Hospitalarios.

Figura 23: Distribución de profesionales incorporados en equipos interdisciplinarios para el abordaje de salud mental



Nota: elaboración propia sobre documentos del proyecto de investigación 16H372, de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales-Universidad Nacional de Misiones.

En base a registros revisados hasta el momento de esta investigación, puede decirse que, en la ciudad de Posadas, se percibió en ese periodo de aplicación del Programa Nacional consistente en habilitación de Centros Comunitarios de Atención y Centros Hospitalarios la conformación de equipos interdisciplinarios en dispositivos emplazados en diversos puntos geográficos (Tabla 6), que permitieron garantizar el acceso al derecho a diferentes poblaciones.

Tabla 6: Distribución de equipos disciplinarios según centros de salud de diferentes puntos geográficos en Posadas.

Nivel de complejidad	Identificación
Nivel I	Hospital de Área Dr. René Favalaro
Nivel II	Hospital Nuestra Señora de Fátima
Nivel III	Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga

Nota: elaboración propia



**b) Localidades de apertura de Centros Comunitarios**

Dado el relevamiento organizado en el marco del Programa de Salud Mental de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, en su proyecto de investigación 16H372, se arribó a la conclusión que la política nacional dentro de los marcos de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10, propició un escenario de apertura de centros de abordaje de salud mental en municipios como: Santa Ana - San Vicente - San Pedro - San José - San Javier – Oberá - Jardín América – Iguazú- Puerto Libertad – Garuhapé – Esperanza - Eldorado – Pinares - El Alcázar - Puerto Rico - Campo Viera - Campo Grande - Bernardo de Irigoyen – Azara - Aristóbulo del Valle – Apóstoles - Alem - 25 de Mayo - 2 de Mayo.

Según datos relevados, con el cierre del Programa Nacional consistente en habilitación de Centros Comunitarios de Atención y Centros Hospitalarios en el año 2015, cesaron los contratos de los equipos profesionales y se fueron cerrando paulatinamente todos los centros comunitarios.

## **5. La Universidad Nacional de Misiones y su participación en la formación, capacitación y mesas de trabajo sobre la Salud Mental**

Tal como se referenció más arriba, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, en su Artículo 13° establece que los equipos interdisciplinarios, que incluyen profesionales en ejercicio (trabajadores capacitados) en el campo de la salud mental, en los ya descritos dispositivos de la órbita provincial, tienen derecho a la capacitación permanente. A estos efectos, se propone la articulación y vinculación intersectorial para la promoción de tales políticas, y en este marco, la creación de propuestas de formación desde los abordajes interdisciplinarios previstos en esta normativa.

A raíz de ello, y dada la revisión documentada realizada en esta investigación, a continuación, se describen algunas acciones que, desde la Universidad Nacional de Misiones, se han gestado para dar cuenta de tales demandas.

### **a) Programa de Formación de recursos humanos**

En el año 2012, se realizó un acuerdo interinstitucional entre la Dirección Provincial de Salud Mental y la Maestría en Políticas Sociales de la Secretaría de Investigación y Postgrado de la Universidad Nacional de Misiones, que permitió la implementación de:

2012-2013 Diplomado en Salud Mental y Derechos Humanos. Resol. HCD  
N°037/2012

2014-2015 Seminarios de Postgrado "Salud Mental Comunitaria". Resol HCD  
N°217/2013

2016. Curso Virtual "Estrategias de Intervención comunitaria, interdisciplinaria e intersectorial", Resolución H.C.D N°033/2016, con un total de 30 hs reloj, en el periodo comprendido de mayo de 2016 a agosto 2016.

Observación:

En el año 2014 se presenta a la CONEAU la propuesta de la Carrera de Especialización en Salud Mental Comunitaria (Resol HCS 090/14), la Evaluación en el año 2015 se recepciona con dos observaciones:



- sobre el enfoque comunitario
- la participación interdisciplinaria debía reemplazarse por la participación y gestión de profesionales idóneos del campo de la salud mental (psiquiatras)

El Equipo que realizó la presentación, rechaza los términos de la evaluación y resuelve no presentar los cambios solicitados, ya que tales sugerencias, no se condicen con los principios de trabajo del equipo, así como algunos de los elementos que devienen de la normativa nacional para los espacios de abordaje de salud mental.

**b) Otras actividades de la Universidad vinculadas con el campo de la salud mental**

- 2013      En el ámbito de la Secretaría de Extensión FHyCS, por Resol HCD N° 236/13 se aprueba el Proyecto Permanente Centro de Estudios, capacitación y formación: comunidad, salud y salud mental
- 2014      El Rector de la UNaM, designa a docentes-investigadores para participar de los encuentros nacionales sobre Lineamientos para adecuar la formación de profesionales a la Ley Nacional 26657/10 de Salud Mental. Secretaría de Políticas Universitarias y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Agosto -diciembre 2014
- 2020      Participación de Mgter Carlos López en la conformación de la Red de Atención Psicosocial, en el ámbito de la Universidad Nacional de Misiones, con el aporte profesional del Ministerio de Salud Pública de la Provincia. Resol. HCS N°018/2020 - Declarado de Interés Provincial. Dictamen N° 13-2020/21
- 2020      Participación de Mgter Carlos López en la conformación de la Red de Atención Psicosocial, en el ámbito de la Universidad Nacional de Misiones, con el aporte profesional del Ministerio de Salud Pública de la Provincia. Resol. HCS N°018/2020 - Declarado de Interés Provincial. Dictamen N° 13-2020/21



2022. Post pandemia y en función a los antecedentes sobre el abordaje en SM, el Decano de FHyCS (Disp.CUDAP N° 1918/2022) conforma el Programa Institucional Abordaje Interdisciplinario e Intersectorial de la salud mental

**c) La Formación de los profesionales de las disciplinas vinculadas con el abordaje de la salud mental integral**

La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país (Artículo 33°-Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10).

La Universidad Nacional de Misiones, a través de un docente-referente del campo (Mgter. Carlos López) participa de las distintas mesas de discusiones sobre la formulación de las bases que concluyen con la Aprobación de la Ley Nacional 26.657/10.

Posteriormente, el docente, participa de distintas reuniones de trabajo vinculadas con la implementación de esta normativa y la participación de los Centros Universitarios Nacionales en la formación de recursos humanos.

Desde el 2012 se incorpora como Seminario Optativo de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, el Taller denominado: Abordaje en Salud Mental Comunitaria, abierto para diferentes espacios de formación disciplinar.



En los años 2016-2017 participaron, de estas propuestas de formación, estudiantes de la Carrera de Profesorado en Ciencias Naturales de la Facultad de Ciencias Exactas Químicas y naturales (FCEQyN) y de la carrera de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Nacional de Misiones.

Otras acciones, de formación/actualización desde esta casa de estudios son:

2013-2014. Carrera 011- Seminario Optativo “Trabajo Social, salud y salud Mental”

2015 -2016. Carrera 011- Seminario Optativo del Plan de Estudios. “Trabajo Social y Salud Mental Comunitaria”. Docentes Dra. Laura de Perini – Mgter Rosana Benítez

2017-2018. Carrera 011- Seminario “Estrategias Comunitarias en Salud Mental”  
Docentes: Dra. Laura de Perini – Mgter Carlos López – Mgter Rosana Benítez-

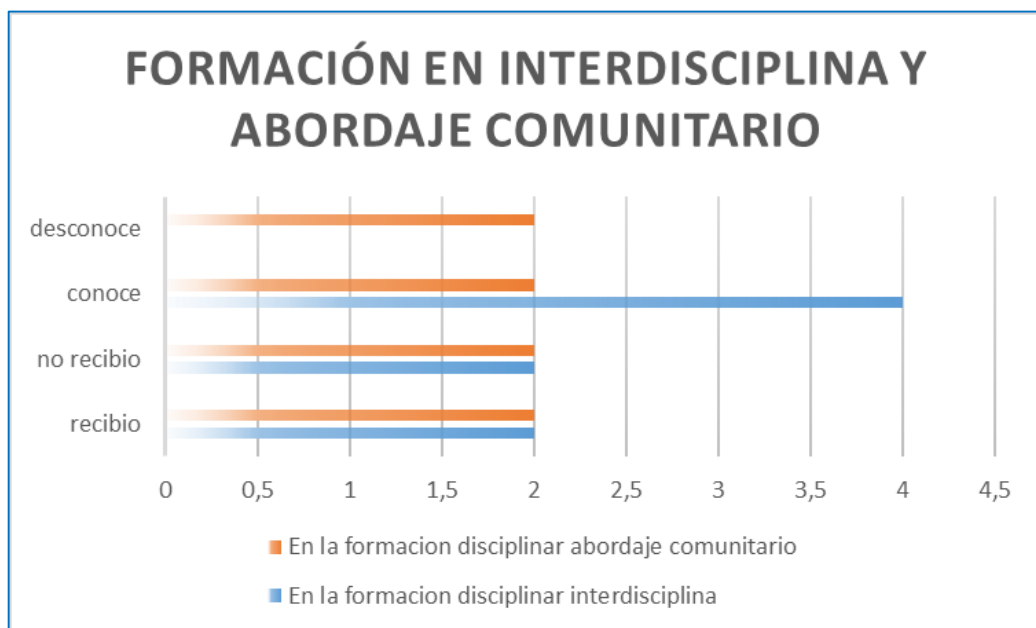
2023. Carrera 011- Seminario Salud Mental. Docente Mgter Carlos López.

## **6. La formación en interdisciplina y abordaje comunitario de los entrevistados y/o miembros de los equipos de atención**

Aquí se presentan datos obtenidos de las entrevistas realizadas a integrantes de un equipo de abordaje de salud mental, los hallazgos no son generalizadores respecto a los demás agentes, dado que la muestra no es sustantiva en términos numéricos, para dar cuenta de todos los profesionales que trabajan en los dispositivos de salud. Más bien, se propone un acercamiento aproximado a algunas cuestiones que, para esta investigación, resultan de relevancia analizarlas en el marco de las normativas vigentes, y de las ya descritas corrientes que de algún modo configuran los modos del hacer y del pensar de estos sujetos trabajadores.

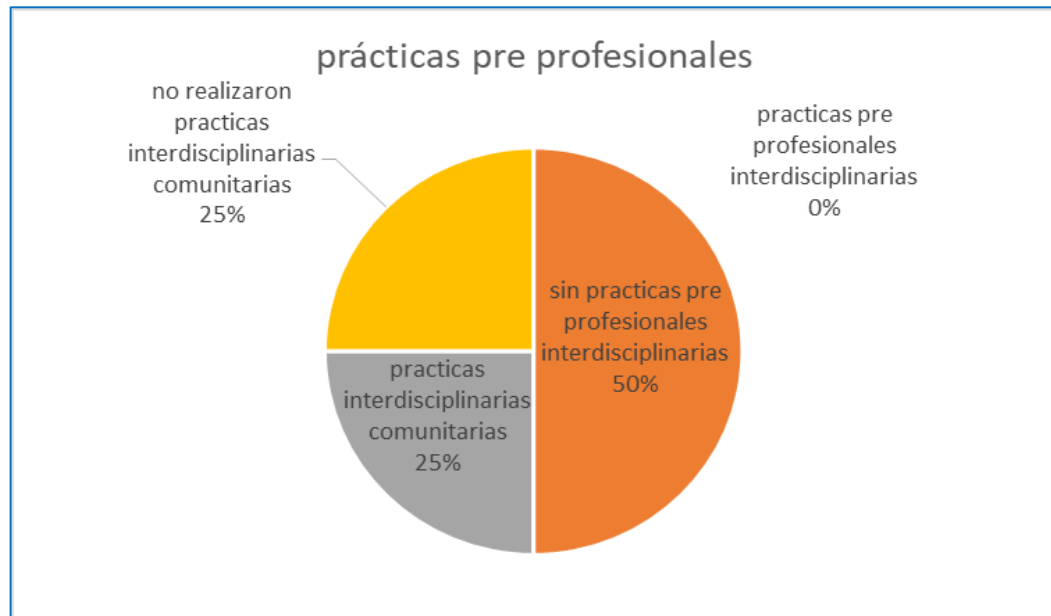
De este modo, puede decirse que, desde los relatos recabados por los entrevistados, acerca de la formación disciplinar en relación al abordaje interdisciplinario y comunitario; de los cuatro profesionales, el 50% desconoce lo referente a prácticas comunitarias y el 100% fue formado en trabajo interdisciplinario pero, vinculando con otra pregunta de testeo puede observarse que no se posee experiencia de pre-profesional sobre el tema.

Figura 24: Consulta sobre formación interdisciplinar y abordaje comunitario a agentes de los equipos de abordaje de salud mental.



Nota: elaboración propia, a partir del análisis de los datos de las entrevistas.

Figura 25: Consulta sobre prácticas pre-profesionales realizadas en los procesos de formación de agentes de equipos de abordaje de salud mental.



Nota: elaboración propia, a partir del análisis de los datos de las entrevistas.

El 50% ha tenido prácticas pre-profesionales en el abordaje comunitario mientras que el 100% de las prácticas no fueron interdisciplinarias sino disciplinarias. A pesar de los lineamientos nacionales sobre formación disciplinar en interdisciplinariedad-abordaje comunitario - intersectorialidad, las distintas unidades formativas (públicas y privadas) no han incorporado a sus planes de estudios.

El único caso es el profesional del Trabajo Social graduado FHyCS-UNaM tiene formación en abordaje comunitario y la opción de un seminario en salud mental comunitaria.

### **7. Un posicionamiento no expresado, prácticas que validan la continuidad del enfoque médico-hegemónico**

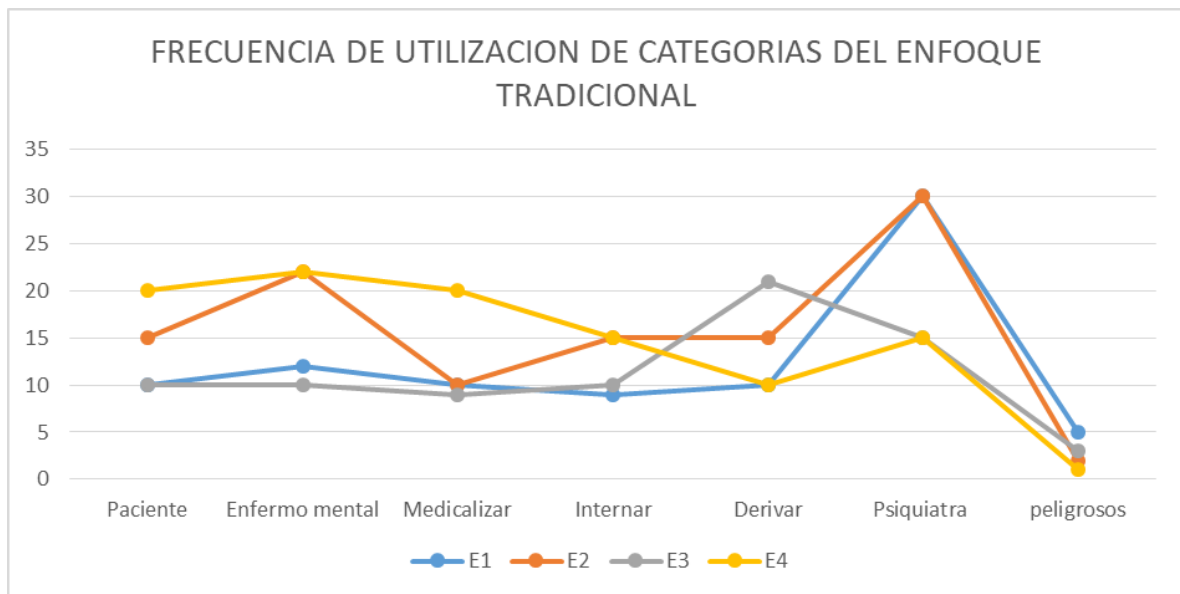
En este apartado - no previsto en la investigación- se presenta información que surge como una dimensión relevante que debe ser expresada en tanto dato construido.

En las instituciones, “hay cosas que han sido dichas una vez y que se conservan porque se sospecha que esconden algo como un secreto o una riqueza (Foucault, 2002, p. 26); “todo habla en las instituciones, en la medida en que lo sepamos

escuchar” (Kaminsky, 1989, p. 8), los dispositivos expresan los discursos y las prácticas de sus agentes, si bien se podría presumir que configuran espacios de repetición de normas o reglamentos, “son lo que son y lo que no son, lo que son y lo que creen ser, lo que son y lo que desean ser” (Kaminsky, 1989, p. 9).

A través de los relatos, se fue generando información que se considera una alerta para vincular con los cambios de paradigmas en el campo de la salud mental; en las entrevistas, se encontró con la siguiente frecuencia de utilización de categorías conceptuales (Figura 26), que sitúan los discursos sobre las enunciaciones vinculadas al modelo médico-hegemónico y, que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 propone provocar una ruptura.

Figura 26: Análisis de categorías discursivas de los entrevistados vinculables al enfoque tradicional hegemónico de abordaje de la salud mental



Nota: elaboración propia a partir de los datos y registros de entrevistas realizadas

Otro de los rasgos que arrojó el análisis de las entrevistas, refiere a la burocracia institucional, la cual se construye, pero, se percibe como si la institución se fundó en base a la misma, por ello puede decirse que, se repiten las tareas sin cuestionarlas ni interpelar las funciones propias a cada agente dentro de las actividades de sus áreas.

El dominio burocrático no está sólo vinculado con las Fichas o Expedientes, sino que está expresado en el acceso a turnos, el acceso a la medicalización, así aparece lo que Kaminsky (1989) denomina como “la maquinaria productivo-distributiva y circulatoria-consumidora de burocracia” porque instituye comportamientos que transforman las actividades en “cadenas de montaje de los tiempos modernos institucionales (Kaminsky, 1989, p. 13).

Cómo dispositivo, los espacios están definidos por lo instituido y lo instituyente<sup>72</sup>, si bien no es el propósito de la investigación indagar sobre las instituciones de salud mental, si se considera necesario poner en agenda de discusión y análisis para revisar las prácticas. Precisamente son necesarias revisar, para poder evidenciar cómo y aún, el saber y el hacer se “centran” en el conocimiento médico y cómo este poder atraviesa y define las fuerzas asimétricas intrainstitucionales.

A pesar de los avances que se han propiciado a partir de la sanción y aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, el modelo médico-hegemónico está enraizado, instituye y provoca un circuito de relaciones disciplinares basados en la subalternidad.

Cuando se hace referencia a prácticas instituidas, son aquellas que, hasta visiblemente, se advierten. Por ejemplo la vestimenta (ambos), la forma de denominar al usuario (paciente) y, en algunos casos se remiten a la utilización del código establecido por la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10° (CIE10<sup>73</sup>).

En los relatos se puede identificar algunos pasajes donde se sugiere una construcción de pertenencia utilizando la denominación de “nuestro equipo” pero, es más recurrente que el entrevistado/a haya usado “el equipo” (“cómo si fuera un espacio independiente a él”).

---

<sup>72</sup> Concepto desarrollado por C. Castoriadis, en el imaginario social instituyente, lo instituido como lo que se mantiene y permite la continuidad de la institución y lo instituyente como lo que modifica y altera discontinuamente.

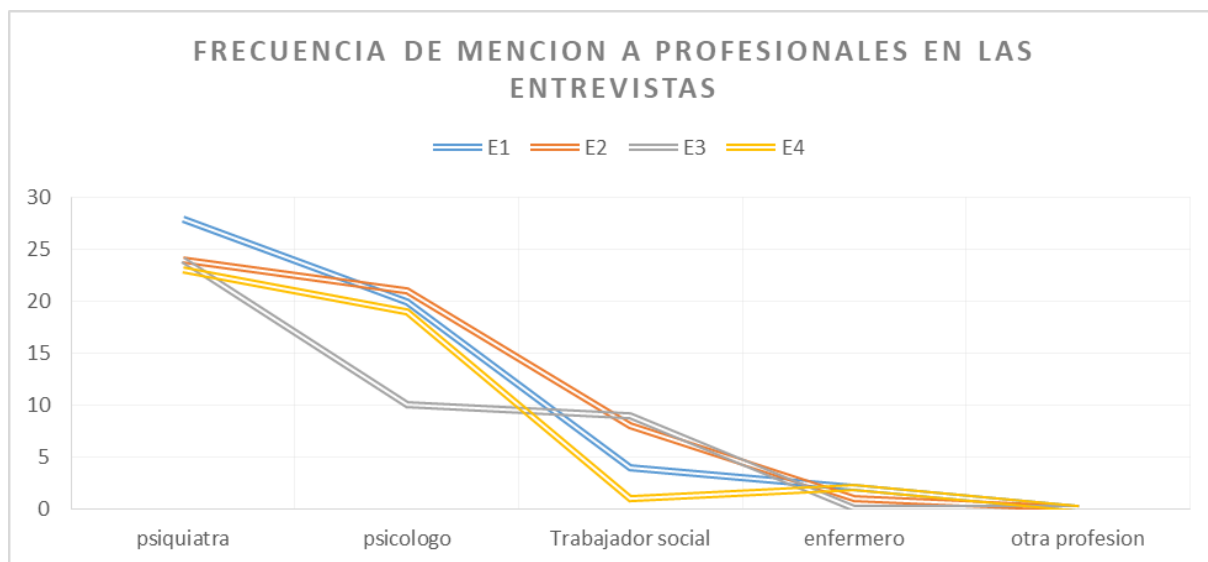
<sup>73</sup> Construcciones que se encuentran latentes o visibles en los dispositivos, que devienen del campo de la medicina tradicional y que permea las prácticas en los centros de abordaje de salud. Disponible en: [cie 10 revi.PDF \(sssaud.gob.ar\)](#)

También fue registrado que hay una ubicación institucional jerárquica- verticalista naturalizada, toda acción se inicia con quién habilita la intervención (psiquiatra) y el abordaje (tratamiento) está diseñado a partir de los lineamientos del psiquiatra.

En los relatos, analizando la frecuencia en la que son nombradas las disciplinas- profesiones (Figura 27), vemos que al reconstruir el proceso a través de “quienes participan”; la disciplina médico-psiquiátrica es la más mencionada y, en orden decreciente, el psicólogo/a. Cuando el relato es de un profesional de otro campo disciplinar, surge el Trabajo Social.

Es relevante señalar que, la mención del profesional del campo del Trabajo Social, se realiza en términos de quién es “responsable de lo social” en el abordaje otras profesiones se encuentran excluidas del relato: enfermeros/as- nutricionistas- terapistas- etc.

Figura 27: Análisis de categorías discursivas de los entrevistados vinculables al enfoque médico- hegemónico de abordaje de la salud mental



*Nota: elaboración propia a partir de los datos y registros de entrevistas realizadas*

Se pudo evidenciar jerarquías a pesar de hacer referencia a los espacios de intercambios (talleres- encuentros - foros). Sobre el discurso de una organización horizontal se fortalecen prácticas de una estructura cerrada verticalista.

La Ley Nacional de Salud Mental, a pesar de encontrarse vigente, no configura lo instituido sino que aparece en distintos momentos de las entrevistas - en “*off*”- como aquello que aún no se comprende, que se trata de una ley que hay que revisar porque es “la impulsora de eliminar los puestos de trabajo” (desmanicomialización - Artículo 27° Ley N° 26.657/10), aludiendo a los espacios que históricamente han sido concebidos como propios a la medicina.

Los entrevistados carecen de información argumentativa sobre el sentido de promover un proceso paulatino y continuo de desmanicomialización; a continuación, se transcriben los argumentos que sustentan lo establecido sobre dicho proceso en el Art. 27° de la ley nacional:

**Desmanicomializar no es:** cerrar el Hospital Público; no es dejar en la calle a las personas internadas; no es dejar a los trabajadores de la salud sin sus puestos de trabajo; no es privatizar la atención de la salud pública; no es sobre medicar; no es encerrar; no es segregar; no es ejercer violencia física, psíquica ni química; no es depositar a las personas; no es abandonar ni desamparar; no es judicializar la internación.

**Desmanicomializar es:** dignificar la atención de la salud mental; es transformar el vínculo entre el profesional y la persona internada; es implementar internaciones cortas en hospitales generales o centros de salud mental; es dignificar el trabajo de todos los trabajadores del hospital; es procurar la atención ambulatoria, domiciliaria; es recuperar los lazos familiares y sociales de los internados; es garantizar la vivienda (propia y/o familiar o a través de hogares sustitutos, casas de medio camino, cooperativas de viviendas u otras alternativas, etcétera); es garantizar el trabajo de los internados (mantenimiento de la relación laboral; creación de cooperativas, bolsas de trabajo, microemprendimientos y otros); es mejorar la utilización y distribución de los recursos económicos; es brindar más información, apoyo y contención a las familias; es convertir el “manicomio” en un hospital general

con un área de salud mental; es buscar nuevas alternativas de tratamiento; es ejercer el derecho a consensuar un tratamiento adecuado<sup>74</sup>.

La Ley Nacional de Salud Mental obliga a la sustitución progresiva y definitiva del abordaje manicomial, basado en la internación y segregación de las personas con discapacidad psicosocial en hospitales psiquiátricos, por uno de base comunitaria, conformado por una red de dispositivos de distinto tipo (servicios de inclusión social y laboral, apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, viviendas asistidas, cooperativas de trabajo, entre otros).

Por otra parte, los profesionales que fueron capacitados en el marco del Programa Nacional (2011-2015) no se encuentran en los actuales dispositivos y, la mayoría de los entrevistados/as no participaron de los espacios de formación, discusión y reflexión sobre la ya mencionada normativa nacional.

Se puso en evidencia que se desconocen principios rectores de esta ley, en los relatos omiten mencionar en el proceso de abordaje, los momentos fundantes de los derechos de los usuarios:

Abordaje interdisciplinario (Ley N° 26.657, Artículos 8° y 9°)

Confidencialidad (Ley N° 26.529 Artículo 2°; inc. y Art. 4°; Ley N° 17.132 Art. 11°)

Consentimiento informado (Ley N° 26.529, Art. 2°, inc. e - Ley N° 26.657, Art. 10°)

Derechos de los usuarios (Ley N°26.657- Artículo 1°)

Los profesionales que se encuentran en los distintos dispositivos no participan del diseño de la política en el campo de la salud mental, desconocen los lineamientos generales y, el presupuesto destinado al área.

---

<sup>74</sup> Información extraída de la página web del Instituto de Estudios en Salud de ATE Argentina. Disponible en: [Desmanicomialización | IDEP SALUD](#)

Desde información general, solo reconocen las decisiones de orden nacional vinculadas con el desfinanciamiento en la política pública y en particular en la cancelación de programas y cese de las relaciones laborales.

## **8. Dispositivos Intermedios**

Desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, los dispositivos intermedios se promueven como parte del abordaje y la transición hacia la desmanicomialización. Los dispositivos habitacionales transitorios o las denominadas “casas de medio camino” se fueron presentando como proyectos desde el 2012 desde la dirección provincial de salud mental, pero, no se concretaron.

En el periodo 2009-2011, el equipo de residentes (RISAM<sup>75</sup>) propuso dos proyectos de trabajo;

- a) la identidad de los pacientes crónicos y
- b) la propuesta de la casa de medio camino

Desde el 2015, se registra nuevamente, la permanencia prolongada de los usuarios que han sido “internados”, algunos por los diagnósticos crónicos y, otros, porque sus familiares no volvieron. Mediante el mencionado proyecto de trabajo, en el que se dan cuenta de procesos y articulaciones interinstitucionales para reconstruir la identidad de estos sujetos (Figura 28), como requisito para que sean reconocidos institucionalmente ante lo establecido en las reglamentaciones vigentes para resguardar sus derechos.

En cuanto a los dispositivos comunitarios de inclusión sociolaboral, las acciones iniciales entre 2011-2015 se fueron desarticulando, hoy surge propuestas intra muro como huertas comunitarias, talleres manuales, etc.

---

<sup>75</sup> Trabajos presentados en Maestría Políticas Sociales de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales-UNaM- por Mgter. Carlos López, 2014.

Figura 28: Recorte Periodístico Diario Misiones Online II

## Realizaron operativo de documentación con pacientes crónicos del hospital Carrillo

La doctora Susana Mirna Corach, directora del hospital se refirió a la importancia de la iniciativa al decir que: "los pacientes crónicos del área de larga permanencia van a tener la oportunidad de tener su identidad. Esto se viene trabajando hace varios años, cuando otros compañeros comenzaron con esta movida para que los pacientes NN, puedan tener su identidad,. Justamente para poder darles la calidad de vida que les corresponden. Hay pacientes que son parte de la institución desde hace más de 30 años, muchos de ellos no tienen ya familia. Así que el beneficio que hoy reciben es importante para ellos y para la institución también. Porque esto nos ayudaría a acceder a los otros servicios estatales, que muchas veces por cuestiones de identificación, no pueden acceder".

Sobre la importancia del operativo Soto indicó que "el derecho a la identidad, es el derecho más amplio, porque es el que te abre el abanico para el pleno ejercicio de todos los demás derechos. En este caso puntual de los internos, el problema que se les presentaba es que si bien estaban recibiendo la asistencia del estado en cuanto a internación, les cuesta muchísimo tener acceso a todo lo que tiene que ver con las prestaciones de salud, el trámite es muy engorroso sino tienen los documentos".

*Nota: Artículo obtenido de la página web: [Misiones Online](http://Misiones Online) con fecha octubre 2023*

### 8.1. Una decisión que instala el cambio en la modalidad de abordaje institucional

Como ya se hizo mención, las instituciones abocadas al abordaje de salud mental se constituye de la trama de relaciones sociales y sentidos, en cambio el/los espacios físicos remiten a los establecimientos en la que toma forma o se materializan las instituciones (Stolkiner, 2003). Es decir, la institución "hospital psiquiátrico", "manicomio", "psiquiátrico", "loquero" u otro nombre con el cual se lo menciona, expresa el sentido que la sociedad en su conjunto construye respecto a la relación salud y padecimiento mental. Esta construcción incluye el conjunto de prácticas profesionales que se concretan para "la curación" "el tratamiento" o "el abordaje" de estas cuestiones.

Como puede apreciarse en la Figura 29, en el año 2014, se procedió a realizar el cierre definitivo de la sala de aislamiento del Hospital Dr. Ramón Carrillo, aquí se materializa una reconfiguración de un conjunto de prácticas y sentidos respecto no solo a institución de salud mental, sino a las propias de los establecimientos en los que se hacen carne estas prácticas y sus sentidos.

Figura 29: Recorte Periodístico Diario Misiones Online III

## Histórico: Cerraron sala de aislamiento del hospital Carrillo

mabelbalanda@gmail.com 3 de September de 2014, 17:55



“Se trata de un día histórico por la Salud Pública”, manifestó el subsecretario de Salud, Germán Bezus y agregó que estos cambios que se producen en el nosocomio, buscan tener “los hospitales abiertos y no cerrados” y agregó que esto se replicará en cada uno de los efectores que tengan equipo de salud mental».

Precisamente . Germán Bezus encabezó el cierre de las salas de aislamiento en el emblemático Hospital Carrillo, en un acto que estuvo acompañado por el director de Salud Mental, Germán Britch; la directora del nosocomio, Mirna Susana Corach; directores de Zonas de Salud, Hospitales generales, representante de Derechos Humanos, de la UNAM, gremios de docentes, familiares de usuarios, entre otros profesionales.

Por su parte, el Dr. Britch abogó por “la continuidad del proceso de cambios que se observan en el campo de la salud mental en todo el territorio provincial, para que la calidad y la accesibilidad en la atención sea de la mejor calidad. Reconvirtiendo lugares y prácticas para que los usuarios tengan un mejor servicio”.

Destacó el trabajo de los grupos inter-disciplinarios, con profesionales capacitados para dar una respuesta integral en salud. Este proceso de readecuación se halla enmarcado conceptualmente en la Ley 26657 de Salud Mental y en el Plan Nacional de Salud Mental. A través de ello se promueve continuar trabajando en una concepción integral de la salud.



*Nota: Artículo obtenido de la página web: [Misiones Online](http://Misiones Online) con fecha septiembre 2014*

En las voces de los agentes/actores que transitan estos espacios y se desempeñan profesionalmente en los mismos, se ha evidenciado lo siguiente:

Esta decisión institucional de anular la sala de aislamiento significó un hecho importante en el hospital porque esos espacios nunca fueron de contención y

apoyo sino como su nombre lo indicaba, de aislamiento, soledad y de angustia.  
(*Trabajador Social del Programa RISAM*)

Era un espacio terrible (...) en realidad era la imagen de la desesperación (...) todos los casos con crisis terminaban o empezaban en ese lugar (...)  
(*Enfermera del Hospital*)

Esta práctica asilar del modelo médico-hegemónico fue institucionalizada después de que se eliminaran las sesiones de electroshock. El cierre, representó la decisión institucional de realizar abordajes interdisciplinarios basados en los derechos de los sujetos padecientes.

La atención de casos especiales (internaciones) no se deben omitir, la atención clínica y terapéutica debe ser en los términos recomendados por los consensos internacionales, no se puede dejar de reconocer, como expresa Leonardo Gorbacz (2011), décadas de políticas basadas en el individualismo y la reducción de la presencia del Estado en Argentina han atravesado todos los campos, incluyendo el campo de la salud mental por ello, los cambios constituyen un desafío permanente.

## **9. Los programas de rehabilitación**

Se advirtió anteriormente que “hacer conscientes ciertos mecanismos que hacen dolorosa e incluso intolerable la vida, no significa neutralizarlos; sacar a la luz las contradicciones no significa resolverlas” (Bourdieu, 1999, p. 557). En este interjuego instituciones, prácticas y sentidos (Stolkiner, 2003), que evidencian las maneras en que los abordajes de la salud mental, no solo son pensados, sino y también problematizados y rediseñados, en pos de proponer en términos de los propósitos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.567/10, un abordaje interdisciplinario e intersectorial (Artículo 9°-Capítulo V “Modalidad de Abordaje”), se presentan las siguientes evidencias.

Puede apreciarse en la Figura 29, instancias de trabajo en las que el equipo de profesionales que realizan la Residencia (RISAM) trabajan desde el año 2022 con una propuesta interna de rehabilitación, basada en una huerta comunitaria, una propuesta

que vincula al Equipo RISAM, la administración del Hospital, el Ministerio de Agricultura Familiar.

Figura 30: Recorte Diario Primera Edición III

## Hospital Carrillo inauguró su huerta: un proyecto de labor y terapia para los pacientes

Por iniciativa de los residentes. El espacio busca fomentar la reinserción social de las personas que habitan y transitan el nosocomio, y generar en ellos “un sentido de ocupación y pertenencia”.

11 noviembre, 2022

Fueron los residentes del Hospital Ramón Carrillo quienes propusieron la idea de inaugurar una huerta terapéutica como proyecto para mejorar, al menos en un aspecto, la calidad de vida de los pacientes y usuarios del nosocomio especializado en Salud Mental.

Con rúcula, cebollita de verdeo, pepinos, zanahorias y otros vegetales, los residentes pensaron que, aparte de ser una fuente de alimentos saludables, la huerta podía aprovechar el predio verde que estaba libre dentro del Hospital, además de convertirse en una labor y una rutina para los pacientes.

## Crean una huerta terapéutica para los pacientes del Carrillo

Los residentes del nosocomio impulsaron el proyecto como un espacio de contención y recreación para quienes realizan sus tratamientos temporales

Lunes 14 de noviembre de 2022 | 0:05hs.



Nota: Artículo obtenido de la página web: [Primera Edición](#) con fecha de noviembre 2022



Entre los relatos de quienes trabajaron con la mencionada propuesta, se pudo dar cuenta de la importancia del espacio, como una estrategia que se sale o se irrumpe con el abordaje más tradicional, pensado solo desde y en el establecimiento.

Es un espacio propicio para fortalecer los vínculos entre pares, compartiendo responsabilidades al momento de distribuir y asignar las tareas “entendiendo que todos forman parte del proceso de cuidado, siembra y cosecha en la huerta”. Teniendo en cuenta que se trata de una población estigmatizada y con problemas en cuanto a la inserción social, el taller se enfoca en la aprehensión de reglas de convivencia y colaboración.

Nosotros trabajamos con un grupo de pacientes que están provisoriamente bajo tratamiento. Por ejemplo, uno de ellos que se llama Nazareno, que trabajó mucho con nosotros en la huerta y tuvo una buena adhesión como acompañamiento terapéutico. Cuando dejamos inaugurado el sistema de riego ya no estaba porque le habían dado el alta y se fue a su casa.

Los profesionales no sólo trabajan íntegramente con el paciente sino que también brindan consejería, apoyo y contención a las familias porque los buenos resultados del tratamiento están vinculados a las relaciones primarias del paciente con su entorno. (*Profesionales RISAM*)

Las semillas fueron aportadas por la cartera de Agricultura Familiar y se trabajó con asociación de cultivos, con la intención de promover y optimizar la captación de nutrientes, el control de plagas y la polinización, así como mejorar la productividad, subrayó Maidana. En el cultivo no se utilizaron agroquímicos y las hortalizas sembradas fueron: acelga lechuga, repollo, cebollita de verdeo y perejil, dejando un cantero vacío, en el que después se pusieron zanahorias, rabanitos, pepinos y porotos. (*Profesionales RISAM*)

## 10. Las miradas de los usuarios de los servicios de salud mental

A efectos de dar cuenta de los sentidos/significados sobre las instituciones y sus prácticas a los que alude (Stolkiner, 2003), en este apartado, se realiza la presentación de distintos párrafos de las entrevistas realizadas a usuarios directos e indirectos (familiares) que asisten al servicio de salud mental, en el Hospital Dr. Ramón Carrillo. Para ello, se identifican primeramente las personas que han cedido en relatos sus experiencias desde el rol de usuario directo o indirecto; y también se presentan estos relatos en cuatro grandes categorías/dimensiones, a saber: el acceso al servicio; la atención en el Hospital Dr. R, Carrillo; la entrevista con el equipo; y familia- comunidad- grupos sociales, etc., como parte del abordaje.

- Entrevistado 1- usuario directo- 25 años- estudiante universitario
- Entrevistado 2- usuario directo - 30 años - trabajador independiente
- Entrevistado 3- usuario indirecto (familiar)- 30 años
- Entrevistado 4- usuario indirecto (familiar) - 67 años

### a) El Acceso al servicio

De acuerdo a los entrevistados, el acceso al “turnero” (conseguir un turno para la atención) es complejo, la posibilidad de acceder inmediatamente a la atención es a través de una derivación:

(...) vine muchas veces pero no pude conseguir turnos (...) después me enviaron directamente del Programa de la facu y me atendieron (...) cuando entro me identifican con “el de la facultad (...) *Entrevistado 1*

(...) yo vengo siempre a pedir turno porque mi hijx trabaja (...), a veces vengo muy temprano tipo 5 de la mañana y espero hasta casi las 12 (...) es muy difícil conseguir, acá también hay gente que viene del interior y espera todo el día (...) cuando estaban sin agua casi un mes vine todos los lunes y viernes (...) nadie te dice nada (...) *Entrevistado 4*

b) la atención en el Hospital Dr. Ramón, Carrillo los relatos concretan que:

(...) vine directamente desde el programa de salud mental de la facultad (...) en el Madariaga - Hospital General- no me atendían (...) ahí te dicen directamente que vengas acá pero el problema es el turno (...) allá te dicen que no tratan temas psiquiátricos. Entrevista 1

(...) primero fui al hospital porque en la sala me diagnosticaron pánico pero en el hospital te mandan al Carrillo (...) dicen que no es tema de salud general (...) en la guardia directamente ni te atienden (...) Entrevistado 2

En términos generales, y acorde a los relatos, puede decirse que los hospitales generales aún están vinculados con prácticas centradas en la locura y la peligrosidad, no han podido trabajar como un espacio para transitar, contener, acompañar, para promover la inclusión, para vincular a la persona usuaria con su entorno afectivo, a partir de sus propios recursos.

Los hospitales generales, a pesar de la vigencia de la ley desde el año 2010, no han adecuado la infraestructura y distribución de servicios para la atención en la salud mental. Este punto fue central en la discusión realizada en el Primer Encuentro Federal de Salud Mental. Allí:

Se resaltó la importancia de des-complejizar las intervenciones para hacer un primer abordaje y, cuando eso no es suficiente, recurrir a la especificidad de salud mental, a través de guardias pasivas y activas, módulos de atención programada y líneas telefónicas<sup>76</sup>. (Ministerio de Salud de la Nación 2023)

c) La entrevista con el equipo:

(...) vengo a acompañar a mi hermanx, nunca entré (...) a veces venimos y pido para entrar pero me dicen que no es necesario (...) ellx siempre pide que le acompañe pero acá no te escuchan (...) Entrevistado 3

---

<sup>76</sup> Fragmento del documento resumen del Encuentro Nacional de Salud Mental en Perspectiva Federal e Intersectorial 2023. Disponible en [Ministerio de Salud](#) de la Nación.

(...) no te dejan entrar (...) a mí me dijo la psicóloga del hospital que tengo que acompañar y escuchar (...) hace un año que vengo y solo una vez entré, todas las veces me dicen espere afuera (...) *Entrevistado 4*

(...) la entrevista es con el psiquiatra, no hay otros (...) a veces cambian de psiquiatra pero todas las veces es un psiquiatra que te atiende y también te da la receta (...) *Entrevistado 1*

(...) es consultorio con el psiquiatra a cargo, a veces cambian, de acuerdo a los turnos (...) tienen las carpetas o las fichas de cada uno para atender (...) *Entrevistado 2*

Surge de los relatos que la atención es individualizada, los familiares no participan del proceso. Los entrevistados hacen referencia a “acompañar” pero esta acción se limita a estar antes y después de la atención y no durante la escucha. La mayoría desconoce los diagnósticos y no poseen información sobre la ley, los derechos de los usuarios y, en particular, cómo acompañar a sus familiares en el proceso.

d) familia- comunidad- grupos sociales, etc. como parte del abordaje

(...) la atención es solo para mí (...) no viene mi familia a las entrevistas, me acompañan pero no entran (...) no saben nada en mi barrio (...) *Entrevistado 1*

(...) vengo porque me dijeron que es importante acompañar pero nadie más sabe (...) en nuestro barrio, en la salita tampoco informan (...) *Entrevistado 3*

Acerca de la importancia de incrementar y continuar acciones de gestión y actividades específicas para disminuir las barreras en la detección, prevención, atención, continuidad de cuidados y acompañamiento de problemáticas de salud mental vinculando la intersectorialidad y lo comunitario, no surge como información o como prácticas desde los equipos de atención del Hospital. No se han modificado las prácticas de atención desde dispositivos intermedios: hospitales generales, CAPS, Agentes Sanitarios.

En síntesis, los relatos de los usuarios y familias, dan cuenta de un abordaje del tipo individualizado, asistencial y unidisciplinar. La información previa y el consentimiento informado no se registran como una instancia que los entrevistados presentan en sus relatos, referentes a las prácticas de la institución en la que asisten.

### **11. De las negativas de concretar los encuentros comunicacionales**

Tal como se mencionó en apartados más arriba, los encuentros comunicacionales se desarrollaron en distintos momentos, con diferentes dinámicas y, un aspecto central de los momentos está marcado por los silencios, pero, en otras ocasiones, las cancelaciones de las entrevistas o los cambios sucesivos de fechas, hasta invalidar los encuentros. Por ello, se considera que constituye una información que debe ser analizada.

El mayor porcentaje de entrevistados/as, en los momentos vinculados con la historia de los dispositivos utilizaron pausas o silencios de reorganización de las secuencias de los hechos, pero en otros momentos, los silencios u omisiones se acentuaron con interrogantes vinculados con las políticas públicas vigentes y las modalidades de abordaje.

Cuando la información que se construye no se vincula con la experticia del investigador, se transforma en un interrogante y por lo tanto, una línea de trabajo para investigar, ensamblando otro campo de conocimiento como la comunicación social, la lingüística, etc., pero, en este caso particular, no puede omitirse el dato, dado que está vinculado a acciones que se relacionan con modelos en disputas, perspectivas sobre el campo de la salud mental, prácticas y saberes deslegitimados que se van reconfigurando y sosteniendo a lo largo del tiempo; es decir, la vigencia del modelo médico-hegemónico con prácticas individualizadas, de medicalización, estigmatizantes (peligrosidad) y asilar (internación).

El dato central, más allá de los silencios en las entrevistas sobre tópicos relevantes, está en la cancelación de los encuentros; más aún si se trata de entrevistados/as vinculados/as con la implementación de las políticas públicas, la constitución y

fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios y, en particular, el cumplimiento de los Artículos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 sensibles como derechos de los usuarios, la no judicialización, la política de desinstitucionalización, el abordaje interdisciplinario, la familia como eje del tratamiento, el consentimiento informado, etc.

Como explica Bourdieu (1997):

las estrategias de los agentes y de las instituciones inscriptos en las luchas (...) estas estrategias, a través de los envites de la lucha entre los dominantes y los aspirantes, las cuestiones a propósito de las cuales se enfrentan, dependen también del estado de la problemática legítima, es decir del espacio de las posibilidades heredadas de las luchas anteriores que tiende a definir el espacio de las tomas de posición posibles y a orientar de este modo la búsqueda de las soluciones y, por consiguiente, la evolución de la producción. (pp., 63-64)

Atendiendo a lo mencionado anteriormente, es necesario trabajar en la problematización de la “no información” y el “silencio” como “dato construido”, interpelar el por qué la práctica del *silencio* dado que, cada sujeto es un ser socio-histórico, que vive en un espacio social en el que se vincula a través de la práctica social que es el vínculo que el sujeto- con el otro- los otros y, en tanto acción constituye una red de relaciones que expresa *el habitus*, lo aprendido- lo adquirido; estructuras estructurantes - estructuras-estructuradas, extendido en el tiempo pero no inamovible (Bourdieu, 1989), además, considera que las acciones tienen como sentido el principio el sentido práctico, un objetivo intencional, para Bourdieu (1989) las acciones no son puramente reactivas, los agentes no actúan sin razón, pueden ser razonables sin ser racionales porque están expresando una tensión, una lucha entre lo heredado y el deber ser (Ley de Salud Mental); acciones vinculadas con lo posible- lo deseado- lo esperado.

En términos generales, la información construida a través de los relatos de diferentes profesionales que integran los equipos de abordaje de salud mental en los dispositivos provinciales elegidos, nos demuestran que las políticas públicas no se agotan en la



apertura de dispositivos sino que es fundamental generar asignaciones presupuestarias para garantizar el espacio físico, las condiciones laborales de los profesionales, la accesibilidad a los usuarios y, fundamentalmente, trabajar para modificar la modalidad de abordaje conforme establecen los principios de la Ley Nacional de Salud Mental.

Por otra parte, es importante considerar el proyecto político vigente porque, genera o anula, las condiciones socio-económicas que determinan las posibilidades de inclusión social de las personas, la concreción de los derechos.

En un Estado Capitalista, los dispositivos se centran en el aislamiento, encierro, peligrosidad, medicalización y estigma mientras que, un Estado Social, promueve el paradigma de salud mental comunitaria con dispositivos monovalentes (psiquiátricos) abiertos a la comunidad, con inserción territorial, educación en derecho y salud mental. Promueve el desplazamiento de la atención biomédica al abordaje interdisciplinario, desde la complejidad y desde la multidimensionalidad de la vida de las personas padecientes, para que se abandone la idea de “pacientes”, de pasividad, de dependencia y de peligrosidad.

Por otra parte, instituciones democratizantes de los vínculos garantizan las distintas voces (polifonía), reconocen la multiplicidad de saberes y prácticas, integran, circulan, etc. no es eludir ni negar las tensiones y los conflictos sino es identificar, enfrentar, desde una perspectiva estratégica.



## **PARTE 4**

## CONCLUSIONES GENERALES

Aquí presentaremos reflexiones acerca de los datos construidos y del análisis realizado sobre la modalidad de abordaje en el campo de la salud mental, en las instituciones públicas de la Provincia de Misiones, vinculado a los lineamientos establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10 y la Adhesión Provincial Ley VII-N° 102. Se consideran los siguientes puntos centrales: a) los derechos de los sujetos padecientes de salud mental y b) la modalidad de abordaje para asegurar el cumplimiento de los derechos y, c) las normativas vigentes.

### **a) Con respecto al objetivo de asegurar el derecho a la protección de la salud mental**

Teniendo en cuenta el Art.1° de la Ley Nacional de Salud Mental, así como los principios rectores que fundan una nueva perspectiva en el abordaje de la salud mental y, analizando la modalidad de atención vigente que está centrada en la entrevista individualizada y del tipo clínica- consultorio, de individualización de la relación entre el profesional y el usuario, nos indica que no se ha superado la modalidad de atención del modelo médico hegemónico.

Los programas de formación, capacitación y desarrollo de competencias, fue dirigido a un grupo de profesionales y técnicos que fueron expulsados del campo (2015-2019) y aquellos, que por diferentes motivos continúan, retomaron las prácticas del modelo médico-hegemónico, retomando el concepto de salud desde una perspectiva tradicional asistencial donde el Estado no financia el servicio, convirtiéndose en una responsabilidad individual el acceso.

De los relatos de los usuarios, surge que los derechos que se enuncian como centrales en la normativa nacional, no son ejercidos, como tampoco hay difusión-información que permita demandar como usuarios, el cumplimiento. La secuencialidad de abordaje es la tradicional; ingreso - diagnóstico- derivación- tratamiento- seguimiento; es del tipo multidisciplinar y, cada caso - desde la perspectiva del médico tratante- se

determina qué profesional participa del proceso: psicólogo, enfermero o trabajador social.

De las/los entrevistadas/os se pudo establecer que la atención es individualizada, “paciente-médico” y, solo participa un profesional de la enfermería en el ingreso para asegurar las condiciones biofísicas; tanto al ingreso como durante el proceso, la familia o quienes acompañan no participan, no tienen acceso a la información y, la mayoría de las atenciones en centros SAMIC concluyen con derivaciones al Hospital Dr. Ramón Carrillo mientras que, en las atenciones dentro de los consultorios del Hospital pueden ser ambulatorias o de internación momentánea durante una crisis.

**b) Con referencia a la modalidad de abordaje: interdisciplinaria-intersectorial- comunitaria**

Las prácticas interdisciplinarias son prácticas multidisciplinares, los equipos en su mayoría tienen una composición centrada en psiquiatras y psicólogos como “expertos” en el campo, además se evidencia una asimetría decisional respecto a las decisiones sobre diagnóstico y tratamiento.

Si bien, en los relatos, la mayoría hace referencia “al equipo”, no surge equipo interdisciplinario como modalidad referencial metodológica.

Los entrevistados tienen un punto de encuentro en el relato, cuando se hace mención a la participación de los profesionales, se describe la intervención bajo la modalidad multidisciplinar, se relata la secuencia en momentos cerrados: psiquiatra - psicólogo- trabajador social-.

En los relatos se presenta una asimetría decisional respecto al abordaje (supremacía del saber médico); por otra parte, se ha detectado en las entrevistas que existen profesiones “ubicadas y asumidas” como subalternas<sup>77</sup> y otra invisibilizada en tanto

---

<sup>77</sup>los profesionales del Trabajo Social se ubican es ese espacio en el que se asume responsabilidad de “lo social” y se les asigna tareas asistenciales y/o tramitaciones del tipo legal.

igualdad que debe darse en el espacio interdisciplinar (Art. 8° de la Ley Nacional de Salud Mental) como la enfermería.

De los resultados de las entrevistas, se puede afirmar que, compartir, comparar, vincular, sumar diferentes saberes, experiencias y enfoques en los procesos de planificación, diagnóstico, tratamiento y evaluación de acciones, no se ha logrado y sin embargo, se fortalecen las individualidades disciplinares y, se incrementa la participación subalternizada de disciplinas como el trabajo social, la enfermería, etc.

Las intervenciones son fragmentadas y parciales, la complejidad y diseñar un abordaje desde la multidimensionalidad de las situaciones que determinan la vida cotidiana de los sujetos - familias - comunidad aún constituye desafíos para la política sanitaria en general y para que se cumpla la modalidad de abordaje establecida por la ley nacional.

La articulación de los distintos dispositivos de salud con otros dispositivos de la política social no se concreta desde la intersectorialidad sino que constituyen vínculos personales-individuales que, una vez, que el profesional no se encuentra en el espacio, desaparecen.

El territorio como espacio de actuación en salud mental, en el marco de la normativa nacional de salud mental ha sido fundamental, construir las demandas desde la vida cotidiana de los usuarios y espacio social inmediato (la comunidad) ha impulsado la intervención comunitarias desde los dispositivos identificados como Centros Integradores Comunitarios (CICs) -actualmente no están en funcionamiento-.así, las redes sanitarias de tipo horizontales entre diversos dispositivos territoriales fueron desarticulados. Hoy, los mecanismos más utilizados son las “derivaciones al hospital monovalente”.

### **c) Con respecto a las normativas vigentes**

Si bien se encuentran vigentes a nivel nacional la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, el Decreto Reglamentario (603/2013) de esta normativa, y la Ley Provincial (XVII-102), puede afirmarse que, aún no se ha podido realizar las modificaciones en cuanto a enfoque o perspectiva de abordaje en la salud mental.

Con respecto al financiamiento para el área o campo de salud mental, a nivel nacional el Poder Ejecutivo invirtió 41.122 millones de pesos en partidas destinadas a la salud mental, lo que representa un 10,1 por ciento del total de la inversión en salud.

Las políticas públicas, en particular las políticas de salud definen el “lugar que la problemática tiene en la agenda gubernamental”, implica cómo define la salud-enfermedad como problema público y cómo el Estado decide intervenir.

En el año 2010, con la sanción de la ley de salud mental, se marca un hito normativo pero además de acción estatal; los programas de actuación territorial combinaron formación de los RRHH, apertura de dispositivos y asignación de recursos para la implementación.

El sistema de salud presentó una gestión territorial entre diferentes actores: nacionales-provinciales-municipales y las organizaciones de base; el financiamiento fue compartido y, la asignación de recursos públicos en octubre de 2022 alcanzó un incremento del 100%, al aumentar de 3.700 millones de pesos a 7.000 millones de pesos<sup>78</sup>.

En el momento que se va realizando el cierre de esta investigación (2024), el proyecto político vigente materializado en un “capitalismo salvaje”, con modificaciones que se traducen en la minimización de las acciones del Estado, el desfinanciamiento de las políticas públicas, el despido de profesionales, técnicos y empleados públicos vinculados con programas de acción comunitaria y, con una acción estatal centrada en la relación de libertad-obediencia, generando una nueva modalidad de relación social; esta nueva dinámica estatal se orienta a fortalecer el individualismo y, promueve mecanismos de desintegración de los lazos solidarios y la demonización de las organizaciones comunitarias.

---

<sup>78</sup>Palabras de la Ministra de Salud de la Nación Carla Vizzotti, en nota del Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones-Abril 2022. Disponible en página web del [Ministerio de Salud](#).

A nivel provincial, las políticas en salud mental no son y, de acuerdo a los registros en el presupuesto público (2010-2023) no tuvieron centralidad, así como tampoco autonomía de gestión a partir del periodo 2015-2019 cuando se cancelaron los programas nacionales con énfasis en el abordaje comunitario, interdisciplinario e intersectorial.

Considerando los aportes de Bourdieu (1997) sobre la función estratégica del Estado, como reguladora de prácticas a través de la producción de disposiciones durables que permiten una permanencia en el tiempo para garantizar y legitimar una práctica determinada, en este sentido, el Estado Provincial no ha implementado en los diferentes dispositivos una política clara de fortalecimiento del modelo de atención centrado en los derechos de los usuarios sino que, a partir de la cancelación de la participación de los organismos nacionales en el financiamiento de los equipos en los hospitales generales y diversos dispositivos, éstos fueron desapareciendo paulatinamente hasta reducirse en espacios donde la atención se centra en el abordaje en consultorio de psicólogos y, derivaciones para “lo social” a los trabajadores sociales; lo disciplinario retoma las fronteras y la multidisciplina es el abordaje validado en los diferentes dispositivos, inclusive en el “hospital monovalente”.

Con respecto al enfoque, las prácticas institucionales tienen la particularidad de relatarse -en la mayoría de los casos- desde el discurso contrahegemónico de la salud mental. Sin embargo, las actuaciones en el campo están atravesadas por “la locura”, “el paciente”, “la peligrosidad”, “la medicalización”, “la internación”, etc.

#### **d) Un aspecto relevante en la investigación: los obstáculos para concretar las entrevistas**

Aquí, consideramos para analizar las barreras comunicacionales, los aportes de Bourdieu (1997), quien expresó que nuestras acciones tienen más a menudo como principio el sentido práctico que el cálculo racional, y, en general, los comportamientos son una expresión no reflexiva de disposiciones; en este sentido, cuando empiezan a suceder una serie de cancelación de agenda para “no exponerse”, “evitar conflictos”,



“carecer de habilitación de la palabra”, etc. Se considera que constituyen modos diferentes de expresarse ante los miedos, las sujeciones, los diferentes mecanismos de dominación que impone el Estado y que, de alguna manera, impone las acciones del agente para permanecer y no dejar de pertenecer al espacio, garantizar en el tiempo el puesto de trabajo.

Las relaciones de fuerza entre los “conservadores” y los “innovadores”, los antiguos y los “nuevos”, expresa un estado de lucha constante, tensiones; conflictos y a la vez sanciones que el Estado impone a través de traslados, despidos, cese de contratos, etc.

## Reflexiones Finales

Vinculando con los objetivos delineados en la investigación, podemos afirmar que, a 14 años de la Ley Nacional de Salud Mental, los principios rectores que sustentan un cambio de paradigma estuvieron y están siendo vulnerados; los centros comunitarios se fueron cerrando paulatinamente, expulsión contractual de los profesionales formados para generarse un recambio de los recursos humanos que ya no se especializan en el tema. La omisión de un abordaje interdisciplinario, intersectorial y comunitario basado en el principio de integralidad y complejidad en la atención en el campo de la salud mental.

La gestión de la política pública no considera la asignación presupuestaria establecida y, sin monitoreo y evaluaciones de los centros de atención, se van cristalizando los centros monovalentes y el abordaje está retornando al modelo médico hegemónico: individualizado, asistencial y asilar, pero, con un discurso opuesto basado en “interdisciplinariedad”, “intercambios”, “complejidad”, etc.

En relación a los obstáculos que surgieron en el trabajo de campo y, en particular, en las entrevistas a los profesionales del campo de la salud mental – por lo observado y analizado de los relatos- surge la imposibilidad de romper con las jerarquías entre los integrantes (ya sea formal como informal; explícita como implícita) para empezar a respetar la pluralidad.

Los profesionales de los diferentes dispositivos trabajan en compartimentos estancos, no se producen intercambios de saberes y prácticas. La actuación de los equipos de salud en los dispositivos, se fortalece en la atención disciplinar psiquiátrica y, en algunos casos, se logran realizar actividades bajo la modalidad multidisciplinar; y, ante el reconocimiento de incumplimiento de los principios fundamentales de la Ley, optan por no acceder a entrevistas o vincularse con investigaciones.

En conclusión, considerando el proceso de consulta - diagnóstico - tratamiento y rehabilitación, no se ha logrado, aún, alcanzar el objetivo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental, Capítulo V, Artículos 8º y 9º.



Un tema que circuló en las entrevistas es la ausencia del “cuidado de los cuidadores”; los equipos profesionales atraviesan momentos de extrema vulnerabilidad institucional, laboral y de tema de abordaje (violaciones, abusos, maltratos, estigmatizaciones, exclusiones sociales, adicciones, etc.) que genera desgaste profesional y que no son considerados en los entornos institucionales.

El “cansancio físico - emocional” es evidente desde la mirada del investigador pero, no desde los profesionales entrevistados. La combinación de la precarización, la inestabilidad laboral, la ausencia de recursos para la intervención, etcétera, van impactando en la vida de los sujetos profesionales; los entrevistados, la mayoría, están vinculados a la categoría de “monotributistas” y otros con “becas de estudios”; por lo tanto, en lo referente a las condiciones laborales, están atravesando a diario inseguridad que no implica solo imprevisibilidad de la continuidad del ingreso económico, sino también, por la misma razón, en las probabilidades de asegurar su propia reproducción y la de su familia.

La salud mental como política pública no es la vigencia de dispositivos sino de las condiciones de los dispositivos para garantizar los derechos de las personas con padecimiento de la salud mental, sus familias y la comunidad.

El cambio de paradigma, sigue siendo una propuesta inconclusa.



## Referencias Bibliográficas

- Allegro, F. y otros. (2007). Ubicado en Propuesta para la formación de equipo interdisciplinario (studylib.es) Propuesta para la formación de equipos interdisciplinarios en Salud: facilidades e inconvenientes. En *Boletín Científico de la Asociación de Médicos Municipales de la CBA*. Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud, Año 12 - N° 56 octubre 2007
- Amico, L. D. C. (2005). La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención. Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Ardila y Galende (2010). Salud mental comunitaria. En Revista electrónica Salud mental y comunidad de la Universidad Nacional de Lanús. Disponible en <http://www.uPs2lanob2015ndbre5-20nla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad.p>
- Augé, M. (2000). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*, Gedisa, Barcelona.
- Bang C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Universidad de Buenos Aires; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.
- Baranger, D. (1999). *Construcción y análisis de datos. Introducción al uso de técnicas cuantitativas en la investigación social*. Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones. Posadas.
- Barreto, M., y Camacho, J. M. (1997). ¿La institución de la locura o la locura de la institución? disponible en <https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo13.pdf>
- Bráncoli, J. (2016) La comunidad: nostalgia, promesa y refugio. Perspectivas desde la teoría social; su tradición en el Trabajo Social y sus derivaciones instrumentales y metodológicas. *Revista Sociedad* N° 33, pp. 155-177.



Calsamiglia Blancafort, H., y Tusón

Valls, A. (1999) *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Editorial Ariel. Buenos Aires.

Carballeda, A. (2015) *El territorio como relato. Una aproximación conceptual*. Revista Margen, N° 76

Carballeda, A. (2002) *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Editorial Paidós, serie tramas sociales.

Castoriadis C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*, Tusquets, Barcelona.

Centro de Estudios Legales y Sociales –CELS- (2007). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en la Argentina.

Carvajal Escobar, Y. (2010). Interdisciplinariedad: desafío para la educación superior y la investigación. *Revista Digital Luna Azul de la Universidad de Caldas*, México. Disponible en <http://lunazul.ucaldas.edu.co/index.php?option=content&task=view&id=576ARVAJAL>

Cetrángolo, O., y Devoto, F. (2002). *Organización de la Salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Documento presentado en el Taller: “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002.

Cohen, H. (2009) *Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales*. 1a ed. - Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud - OPS.

CLACSO. Chapter Title: *Hacia un encuentro de reflexividades: la entrevista biográfica como interludio del proceso de investigación social* Chapter Author(s): Leticia Muñoz Terra, Juliana Frassa and María de la Paz Bidauri Book Title: *¿Condenados a la reflexividad?* Book Subtitle: *apuntes para repensar el*



proceso de investigación social

Published by: CLACSO Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctvn5tzjw.9>

Chiara M. (2015) *Gestión territorial integrada para el sector salud* / Magdalena Chiara. [et.al.] ; compilado por Magdalena Chiara. - 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2015. E-Book. ISBN 978-987-630-198-5

Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. En: *Revista Argentina de clínica psicológica*, n° 17, pp. 173-182, Buenos Aires, Fundación AIGLÉ.

Dagfal, A. (2015). *El pasaje de la higiene mental a la salud mental en la Argentina, 1920-1960. El caso de Enrique Pichon-Rivière Trashumante*. Revista Americana de Historia Social, núm. 5, enero-junio, 2015, pp. 10-37 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Cuajimalpa Distrito Federal, México.

Desviat, M. (2020). *Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria*. Educación Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 17-45.

De Lellis, M. El movimiento de salud mental: Una aproximación histórica y crítica En [sm\\_aprox\\_historica\\_critica.pdf\(uba.ar\)](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/sm_aprox_historica_critica.pdf). Documento en [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/065\\_salud1/material/archivos/fichas/sm\\_aprox\\_historica\\_critica.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/sm_aprox_historica_critica.pdf)

Esping Andersen, G. (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press. Versión española: *Fundamentos sociales de la economía postindustrial*, Ariel, Sociología, Barcelona, 2000, (trad.: Francisco Ramos).

Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia, Ediciones Alfons El Magnanim.

Ferrari, H. (1970) *¿Qué es la Salud Mental? Una experiencia en Medicina*. E. Mumfor From Students to Physicians. Disponible en <http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/proaps/14.pdf>



- Foucault, M. (2006). Defender la sociedad. Traducción de Horacio Pons. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002) *Vigilar y castigar. El surgimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores. 1° reimpresión.
- Foucault, M. (2002). El orden del discurso. Traducción de Alberto González Troyano Tusquets Editores, Buenos Aires
- Foucault, M. (1982). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI editores S.A. México
- Foucault, M. (1977) Saber y Poder. Capítulo *El juego de Michel Foucault*, entrevista 1977. Traducción Álvarez Uría, Ediciones La Piqueta (Págs. 127-162)
- Foucault, M. (1991). Las redes del poder, Bs. As., Almagesto
- Foucault, M. (1969). La arqueología del saber. Decimonovena edición. Traducida al castellano por Amelio Garzón del Camino. Siglo XXI editores S.A. México.
- Galende, E. (2020) *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Galende, E. (1990) Psicoanálisis y Salud Mental. Editorial Paidós. Buenos Aires. Acceso: [Galende - Psicoanálisis y Salud Mental - Free Download PDF \(kupdf.net\)](#)
- Galende, E. (2008) "Desmanicomialización institucional y subjetiva" en Psicoanálisis - Vol. XXX - Nº 2/3 - 2008 - pp. 395-427
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires. 1° edición, 3° reimpresión.
- Hamilton, G. (2002) Exclusión de la protección social en salud en Argentina: tres enfoques metodológicos. En libro: Jornadas Gino Germani. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. p. 37. Disponible en la World Wide Web: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/hamilton.rtf>



- Ingenieros, J. (1987). *La locura en Argentina*, Elmer editor. Bs. As
- Le Blanc, G. (2007). *Vidas ordinarias, Vidas Precarias. Sobre la exclusión social*. Serie Cultura y Sociedad. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión. Traducción de Heber Cardoso.
- Lechner, N. (2002). *Las sombras del mañana: La dimensión subjetiva de la política*. Santiago de Chile. Editorial Lom.
- Lobos, N. (2016) Disciplinas, interdisciplina y transdisciplina. Lo científico de las ciencias sociales: entre los universales y la producción de lo concreto. Actas de las I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo. PP- 1-10. ISBN 978-987-575-164-4. Disponible en:  
[https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/9531/lobos-nicols.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/9531/lobos-nicols.pdf) -
- Marradi, A., Archenti, N., y Piovani, J. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Emecé Editores. Buenos Aires.
- Martinez, F. R., y Saur, D. (2017). *La cocina de la investigación: reflexiones teórico metodológicas*. 1a ed . - Villa María, Eduvim
- Marquiegui, D. N. (2012) *El Lugar de la locura. Una lectura a partir de los registros internos de la Colonia Nacional de Alienados Dr. Domingo Cabred de Open Door a principios del siglo XX*. PONENCIA. VI Jornadas Nacionales Espacio, Memoria e Identidad. Rosario, Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de:  
<http://ri.unlu.edu.ar/xmlui/handle/rediunlu/413>
- Matus Sepulveda, T. (2002). *Propuestas contemporáneas en Trabajo social. Hacia una intervención polifónica*. Editorial Espacio.
- Minujin, A y Kessler, G. (1995). "Empobrecimiento y salud". En *La nueva pobreza en Argentina*. Editorial Planeta.
- Morin E. (s/d) "Sobre la Interdisciplinariedad". Disponible en *Introducción al Pensamiento Complejo (Edgar Morin).pdf* - Google Drive  
[www.pensamientocomplejo.com.ar](http://www.pensamientocomplejo.com.ar).



- Morin E. (2004). "La epistemología de la complejidad". CNRS, París. Disponible en Gazeta de Antropología N° 20, 2004 Texto 20-02 [http://www.ugr.es/~pwlac/G20\\_02Edgar\\_Morin.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html)
- Morin, E. (1999). La cabeza bien puesta. Repensar la reforma - Reformar el pensamiento. Buenos Aires, Nueva Visión.
- O' Donnell, G. (1996). El Estado Burocrático Autoritario. Triunfos, Derrotas y Crisis. Editorial de Belgrano, BsAs
- Oszlak, O. (2006). Los miedos de los argentinos. Ensayos sociopolíticos y culturales. Buenos Aires. CEDES-Editorial Espacio. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3958>
- Oszlak, O. (1999). Quemar las naves (o cómo lograr reformas estatales irreversibles). Trabajo presentado en el IV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública, México, 19 al 22 de octubre de 1999.
- Parisi, E. R.; Flores, J. M., y Banci Ch. (2006) Bienestar Psicológico Comunitario. Revista Electrónica de Psicología Política. Año 4 N°12. Año 2006.
- Pizarro Agullar, R. (1981). Los Equipos Interdisciplinarios. Artículo tomado de la tesis La Necesidad del Trabajo Interdisciplinario en las Instituciones de Seguridad Social en Costa Rica de: Pizarra, Roxana A – Ramírez, Lorena y Serrano Vargas, Daisy.
- Repetto, F. (2009). "El marco institucional de las políticas sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social". En Chiara y Di Virgilio. Gestión de la política social: conceptos y herramientas. Pp.141-198.
- Repetto, F. (1998). "La administración pública en el escenario actual, estudios y perspectivas recientes. Ejes para una agenda de investigación". Documento de Trabajo N°12. Fundación Gobierno y Sociedad.
- Repetto, F. y Chudnovsky, M. (2009). "Las políticas Sociales en la Argentina reciente. Avances y desafíos desde una perspectiva progresista". Documento del Consenso progresista: Las políticas sociales de los gobiernos progresistas del Cono Sur. Compiladores: Quiroga Yesko, Canzani Agustín y Ensignia, Jaime.



Centro de Estudios Políticos, Económicos y Sociales (CEPES) disponible en <http://www.cepes.org.ar/>

Rose, N. (1996) ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno1  
Nikolas Rose BIOS, London School of Economics and Political Science  
Universidad de Londres. Economy and Society, Vol. 25, N° 3, agosto de 1996,  
pp. 327-356. © Routledge, 1996. Traducción: Ana Grondona, UBA, Becaria  
CONICET, y Silvia M. Grinberg, UNSAM-CONICET, UNPA.

Rosendo, E. (s/d) Desafíos en la implementación de la Ley Derecho a la Protección  
de la salud Mental (Ley N° 26.657). Instituto de Investigaciones Gino Germani

Sautu, R. (2005) Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación. Buenos Aires,  
Ediciones Lumiere.

Sojo, C. (2002) La noción de ciudadanía en el debate latinoamericano. Chile. Revista  
de la CEPAL N° 76.

Souza Minayo, M. C. (Organizadora). (2012). Investigación Social. Teoría, método y  
creatividad. 2da edición revisada y ampliada. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Souza Minayo, M. C. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación  
cualitativa. Revista Salud Colectiva, Págs. 251-261. Disponible en  
[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/  
assets/scol/v6n3/v6n3a02.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v6n3/v6n3a02.pdf)

Souza Minayo, M. C. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires:  
Lugar Editorial.

Stolkiner, A. (2020). Prácticas en Salud Mental. Buenos Aires, Editorial Novedades  
Educativas.

Stolkiner, A. (2005) Interdisciplinar y Salud Mental. Ponencia presentada en IX  
Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología.  
Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7  
y 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina



- Stolkiner, A. (1994). "Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental" en O. Saidón y P. Troianovski Comps. Políticas en Salud Mental, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. Publicado en: Elichiry, Nora (Comp) (1987) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315)
- Svampa, M. (2005). La Sociedad Excluyente. Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Editorial Taurus. Bs. As.
- Thwaites Rey, M., y López, A. M. (2005). "Entre Tecnócratas Globalizados y Políticos clientelistas. El derrotero del ajuste neoliberal en el Estado Argentino". Editorial: Buenos Aires, Prometeo. Versión Electrónica de la Sección Primera del libro, Capítulo I – El Estado: Notas sobre su significado (s).
- Thwaites Rey, M. (2001). "Tecnócratas vs Punteros. Nueva falacia de una vieja dicotomía: política vs administración". Publicado en Revista Encrucijada N°6. UBA, Buenos Aires.
- Torrado, S. (2004). La herencia del ajuste. Cambios en la sociedad y la familia. Buenos Aires, Claves para todos. Colección dirigida por José Nun. Capital Intelectual.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la Familia en la Argentina Moderna (1870-2000)*. Buenos Aires, Editorial de la Flor.
- Weinstein, L. (2011). El desarrollo de la salud y la salud del desarrollo. Disponible en [www.saludypobreza.cl/wp-content/uploads/2011/10/Luis-Weinstein-El-desarrollo-de-la-salud-y-la-salud-del-desarrollo.pdf](http://www.saludypobreza.cl/wp-content/uploads/2011/10/Luis-Weinstein-El-desarrollo-de-la-salud-y-la-salud-del-desarrollo.pdf)
- Wilner, A. y Stolkiner, A. (2007). "Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur. Red ISSS" Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Disponible en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/wilner\\_\\_alejandro\\_y\\_stolkiner\\_alicia\\_\\_2007\\_.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/wilner__alejandro_y_stolkiner_alicia__2007_.pdf)
- Vainer, A. (2000) El residente y la comunidad terapéutica. Memorias para el futuro 8. TOPÍA: un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. Obtenido de:



<https://www.topia.com.ar/articulos/el-residente-y-la-comunidad-terap%C3%A9utica>

Vainer, A. (2014) Psicoanálisis y Salud Mental. Definiciones, experiencias y perspectivas. TOPÍA: un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. Obtenido de: <https://www.topia.com.ar/articulos/psicoan%C3%A1lisis-y-salud-mental>

Valverde, L. A. y otros. El Trabajo en equipo y su operatividad. Documento en El trabajo en equipo y su operatividad | Acta Académica (uaca.ac.cr).

Ventureira A. "El cambio de paradigma en Salud Mental: análisis y problematización con respecto a la política sustitutiva y sus dispositivos". Lic. Trabajo Social- Universidad Nacional de Rosario. Disponible en [content \(unr.edu.ar\)](http://content.unr.edu.ar)

Vezzetti, H. (1985). La locura en Argentina. Editorial Paidós, Buenos Aires.

#### **Marco Jurídico:**

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/10

Ley Provincial de Adhesión a la Ley 26657/10

Alma Ata [Alma-Ata | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

#### **Informes de Investigaciones y/o documentos de trabajo**

Centro de Estudios Legales y Sociales. Disponible en <http://www.cels.org.ar/home/index.php>

Informe. Buenas Prácticas en La Comunicación Pública. Disponible en [http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2011/09/INFORME\\_SALUD\\_MENTAL.pdf](http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2011/09/INFORME_SALUD_MENTAL.pdf)

Informe Final Investigación 16H-372. Secretaria de Investigación y Postgrado FHyCS, UNaM

Informe Mundial sobre salud mental. [9789240051966-spa.pdf \(un.org\)](#)



### **Otros textos**

Revista Historia de las prisiones. <https://www.revistadeprisiones.com/wp-content/uploads/2015/11/Rese%C3%B1a1.pdf>

Revista Salud Mental y Comunidad. [Centro de Salud Mental Comunitaria - Salud Mental y Comunidad Nro. 16 \(unla.edu.ar\)](#)

Revista Soberanía Sanitaria

[Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental – Revista Soberanía Sanitaria \(revistasoberaniasanitaria.com.ar\)](#)

Revista Topia. <https://www.topia.com.ar/>

Asociación Argentina Salud Mental [AASM | Capítulos | Historia De La Salud Mental En Argentina.](#)

### **Páginas de matutinos consultadas**

<https://www.elterritorio.com.ar/noticias/2004/08/01/12117-en-obera-los-enfermos-mentales-viven-hacinados-en-una-sala>

<https://reddemediosmisiones.com.ar/contenido/46524/obera-el-servicio-de-salud-mental-dicto-un-taller-de-prevencion-en-el-instituto->

<https://misionesonline.net/2007/06/26/equipo-de-salud-mental-funciona-en-el-samic-de-obera/>



# ANEXOS

### Normativas vinculadas a la Ley Nacional de Salud Mental

- Ley Nacional Nº 26.657 – Derecho a la Protección de la Salud Mental.
- Decreto Reglamentario Nº 603/2013.

### 5.2 Normativa y documentos internacionales de referencia (por orden cronológico)

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Ley 23.313)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Ley 23.313)
- Convención Interamericana sobre Derechos Humanos (Ley 23.054)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Ley 23.179)
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Ley 23.338)
- Convención sobre los Derechos del Niño (Ley 23.849)
- Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley 27.360)
- Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud de noviembre de 1990 - Para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.
- Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 de la Asamblea General de la ONU - Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) (1994)
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Ley 25.280)
- Marco de Acción de Hyogo – Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres (2005)
- Conferencia Regional para la reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años Después de Caracas, del mes de noviembre de 2005 – Principios de Brasilia: Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas.
- Reglas de Brasilia de Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad (2006)
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26.378)
- Resolución CD49.R17. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.
- Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá los días 7 y 8 de octubre del 2010, Consenso de Panamá - Estrategia y plan de acción sobre Salud Mental.
- Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, Sendai, Naciones Unidas (2015).

### 5.3 Otras Leyes Nacionales (por orden cronológico):

- Ley Nacional Nº 22.431 – Sistema de Protección Integral de los Discapacitados.
- Ley Nacional Nº 23.592 – Medidas contra Actos Discriminatorios.
- Ley Nacional Nº 24.788 - Lucha Contra el Alcoholismo. Decreto Reglamentario Nº 149/2009.
- Ley Nacional Nº 24.901 – Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.
- Ley Nacional Nº 25.421 – Programa de Asistencia Primaria de la Salud Mental.
- Ley Nacional Nº 26.061 - Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Decreto Reglamentario Nº 415/06.
- Ley Nacional Nº 26.485 – De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ley Nacional Nº 26.522 – Servicios de Comunicación Audiovisual. Decreto Reglamentario 1.225/2010.
- Ley Nacional Nº 26.529 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Decreto Reglamentario Nº 1.089/2012.
- Ley Nacional Nº 26.687 - Regulación de la Publicidad, Promoción y Consumo de Productos Elaborados con Tabaco. Decreto Reglamentario Nº 602/2013.
- Ley Nacional Nº 26.743 – De identidad de Género.
- Ley Nacional Nº 26.842 – Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a las Víctimas

Fuente: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/385000-389999/389694/res1997ms.pdf>



- Ley Nacional N° 26.934 –Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos.
- Ley Nacional N° 26.959 – Día Nacional de la Salud Mental.
- Ley Nacional N° 26.994 – Código Civil y Comercial de la Nación.
- Ley Nacional N° 27.043 – Trastornos del Espectro Autista. Decreto Reglamentario N° 777/19.
- Ley Nacional N° 27.130 - De Prevención del Suicidio. Decreto Reglamentario N° 603/2021
- Ley Nacional N° 27.287 - Sistema Nacional para la Gestión Integral del Riesgo y la Protección Civil
- Ley Nacional N° 27.499 - Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado.
- Ley Nacional N° 27.611 – Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia.

El paradigma, consolidado como política pública nacional desde 2010, implicó una concepción de la Salud Mental que fuese competencia de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, en ese contexto se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Todo ello no habría sido posible sin la decisión política oficial, la activa participación y el compromiso de organismos de Derechos Humanos; asociaciones de personas usuarias y familiares; asociaciones de profesionales; trabajadoras y trabajadores; organizaciones sociales y comunitarias; organizaciones no gubernamentales.

Tres años más tarde, el 28 de mayo de 2013, a través del Decreto N° 603/2013, se reglamentó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Fue la cristalización de una ardua tarea de consultas y redacción en conjunto con las jurisdicciones, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría Legal y Técnica de la Presidencia de la Nación.

En el Decreto N° 603/2013 fueron precisados y desagregados los contenidos de la Ley necesarios de reglamentación. También fue dada mayor visibilidad a sus ejes centrales en tanto marco para las futuras políticas de Salud Mental, fijándose imperativos y compromisos de cumplimiento imprescindible.

Cabe mencionar la formulación del Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018, a instancias de la publicación del decreto reglamentario 603/2013. El mismo fue aprobado por Resolución 2177/13 del Ministerio de Salud de la Nación y presentaba una serie de problemas que se configuraban como línea de base para el desarrollo de sus objetivos y acciones. Entre los mismos, se señalaba a la estigmatización y discriminación de la población con padecimiento mental, con el concomitante impacto que ello tiene en términos de accesibilidad al sistema y reforzamiento de la condición de vulnerabilidad; en relación a la red de Salud/Salud Mental, se la caracterizaba como inadecuada y, en

### Organización del sistema de Salud en la Provincia de Misiones, según zonas programáticas

**Zona Capital I.** Área Programática 1, que comprende Posadas (35 CAPS, 4 Hospitales Nivel I y 3 Hospitales Nivel III) y Garupá (4 CAPS y 1 Hospital Nivel II). **Zona Sur II.** Área Programática 2, abarca los municipios de Concepción de la Sierra (4 CAPS y 1 Hospital Nivel I) y Santa María (5 CAPS). Área Programática 3. Apóstoles (6 CAPS y 1 Hospital Nivel II), San José (1 CAPS y 1 Hospital Nivel I), Azara (2 CAPS) y Tres Capones (1 CAPS). Área Programática 4: San Javier (6 CAPS y 1 Hospital Nivel I), Florentino Ameghino (3 CAPS) e Itacaruaré (1 CAPS), Mojon Grande. Área programática 5: Leandro N. Alem (5 CAPS y 1 Hospital Nivel II), Bonpland (2 CAPS), Almafuerte (1CAPS), Arroyo del Medio (1CAPS), Caa Yari (1 CAPS), Dos Arroyos (5 CAPS), Gobernador López (1 CAPS), Olegario V. Andrade (1 CAPS) y Cerro Azul (Hospital Nivel I).



**Zona Centro Paraná III.** Área Programática 6: Candelaria (3 CAPS y 1 Hospital Nivel I), Cerro Corá (2 CAPS), Profundidad (2 CAPS) y Fachinal (1 CAPS). Área Programática 7: San Ignacio (6 CAPS y 1 Hospital Nivel I), Loreto (1 CAPS), Santa Ana (2 CAPS), Corpus (Hospital Nivel I), Gobernador Roca (1 CAPS y 1 Hospital Nivel I) y Santo Pipó (3 CAPS). Área Programática 8: Jardín América (8 CAPS y 1 Hospital Nivel II), Hipólito Irigoyen (2 CAPS), Colonia Polana (2 CAPS), General Urquiza (2 CAPS) y Puerto Leoni (2 CAPS); y Área Programática 9: Puerto Rico (5 CAPS y 1 Hospital Nivel II), Capioví (4 CAPS y 1 Hospital Nivel I), Garuhapé (3 CAPS) y Ruiz de Montoya (2 CAPS).

**Zona Norte Paraná V.** Área Programática 13: Montecarlo (7 CAPS y 1 Hospital Nivel I), Caragatay (4 CAPS), El Alcázar (3 CAPS) y Eldorado (16 CAPS y Hospital Nivel III). Área Programática 14: Puerto Piray (3 CAPS y 1 Hospital Nivel I), Colonia Delicia (5 CAPS y 1 Hospital Nivel I), Colonia Victoria (2 CAPS), 9 de Julio (4 CAPS) y Santiago de Liniers (4 CAPS). Área Programática 15: Iguazú (10 CAPS y 1 Hospital Nivel II). Área Programática 16: Esperanza (8 CAPS y 1 Hospital Nivel I), Colonia Wanda (6 CAPS) y Puerto Libertad (1 CAPS y 1 Hospital Nivel I).

**Zona Noreste VI.** Área Programática 17: Bernardo de Irigoyen (8 CAPS y 1 Hospital Nivel I), San Antonio (5 CAPS y 1 Hospital Nivel I) y Andresito (6 CAPS y 1 Hospital Nivel I). Área Programática 18: San Pedro (11 CAPS y 1 Hospital Nivel I); y Área Programática 19: El Soberbio (5 CAPS y 1 Hospital Nivel I) y San Vicente (9 CAPS y 1 Hospital Nivel II).

fuentes: [Zonas Sanitarias \(misiones.gob.ar\)](http://zonas-sanitarias.misiones.gob.ar)



**La red sanitaria de la Provincia se conforma de 48 hospitales operativos**

**LO MEJOR DEL DOCE**

**HOSPITAL CAPIOVÍ**  
"HERMANA LUITPOLD S.E.S." NIVEL I

*Sobresalen los equipamiento de última generación y atención en distintas especialidades. Se inauguraron siete desde marzo del 2020. Son 34 centros de atención de Nivel I; 4 de Nivel II y 11 hospitales son de Nivel II. También hay 365 CAPS.*

FUENTE: [La red sanitaria de la Provincia se conforma de 48 hospitales operativos - Canal Doce Misiones \(canal12misiones.com\)](http://canal12misiones.com)

## Hospitales

### Categorización de Hospitales

Los niveles se clasifican según riesgo:

#### NIVEL I

- **Bajo Riesgo:** Constituye, en la mayoría de los casos, la puerta de entrada a la red de servicios del Ministerio. Aborda acciones de promoción y protección de la salud, control y detección temprana de enfermedades e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo.
- **Cuenta con:** área de admisión y egresos, sector de estar para usuarios, consultorios con amoblamiento, office de enfermería con instalación, comunicación y transporte, instrumental adecuado para acciones programadas (cirugía menor, traumatología de bajo riesgo, y/o derivación) y Guardia de Emergencia.

#### NIVEL II

- **Mediano Riesgo:** Estos hospitales brindan un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo.
- **Cuentan con:** sector de cuidados especiales (unidad de reanimación, aislamiento, etc.), guardia pasiva o activa de 24 horas, en cirugía y obstetricia, organización de atención por Servicios, médicos con especialidades complementarias, auxiliares de la Salud y programación a corto y mediano plazo.

#### NIVEL III

- **Alto Riesgo:** En este nivel incluyen acciones de bajo, mediano y alto riesgo. Se deben dar las condiciones para resolver los procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución.
- **Cuentan con:** servicio de cuidados intensivos, adultos y pediátricos controlados permanentemente, intervención de equipos de profesionales, investigación y docencia extensiva a otros niveles, control de infecciones hospitalarias, comité de bioética, médicos con sub-especialidades y asignación de áreas de responsabilidad.

Fuente: [Hospitales \(misiones.gob.ar\)](http://Hospitales(misiones.gob.ar))

## PRESUPUESTO PÚBLICO MISIONES



Fuente: [Presupuesto Abierto - Provincia de Misiones \(hacienda.gob.ar\)](http://Presupuesto Abierto - Provincia de Misiones (hacienda.gob.ar))

	<b>Jurisdicción 06</b> <b>Ministerio de Salud Pública</b>
<b>Unidades de Organización</b>	
01 - Unidad Superior 02 - Subsecretaría de Apoyo y Logística 04 - Hospital Público Provincial de Pediatría "Dr. Fernando Barreyro" de Autogestión 06 - Hospital Público S.A.M.I.C. Eldorado de Autogestión 08 - Hospital Público S.A.M.I.C. L.N.Alem de Autogestión 09 - Hospital Público S.A.M.I.C. Iguazú de Autogestión 10 - Hospital Público San Vicente de Autogestión 11 - Hospital Público Apóstoles de Autogestión 12 - Hospital Público Jardín América de Autogestión 13 - Hospital Público Bernardo de Irigoyen de Autogestión 14 - Unidad de Gestión del Seguro Materno Infantil Provincial 16 - Dirección del Banco de Sangre, Tejidos y Biológicos de la Provincia de Misiones 17 - Subsecretaría de Atención Primaria	

Importes en Miles de Pesos.

CONCEPTO	TOTAL	01 Unidad Superior	02 Subs. apoyo logist.	04 Hosp.Pub. Pediatría	06 H.P.SAMIC Eldorado	08 H.P.SAMIC L.N.Alem	09 H.P.SAMIC Iguazu	10 Hosp.Pub. S.Vicente	11 Hosp.Pub. Apóstoles	12 Hosp.Pub. J.America	13 Hosp.Pub. B.Irigoyen	14 U.de Gest.del Seg.Materno Inf.Prov.	16 D.del B.de S.T.y B.de la P.de Mnes.	17 Subs. Atención Prim.
<b>TOTAL</b>	<b>28.539.886,0</b>	<b>26.256.702,0</b>	<b>298.308,0</b>	<b>170.613,0</b>	<b>320.306,0</b>	<b>37.951,0</b>	<b>138.154,0</b>	<b>35.179,0</b>	<b>20.797,0</b>	<b>21.886,0</b>	<b>20.534,0</b>	<b>1.069.020,0</b>	<b>121.576,0</b>	<b>28.860,0</b>
<b>3. SALUD</b>	<b>28.358.488,0</b>	<b>26.075.304,0</b>	<b>298.308,0</b>	<b>170.613,0</b>	<b>320.306,0</b>	<b>37.951,0</b>	<b>138.154,0</b>	<b>35.179,0</b>	<b>20.797,0</b>	<b>21.886,0</b>	<b>20.534,0</b>	<b>1.069.020,0</b>	<b>121.576,0</b>	<b>28.860,0</b>
10. ATENCIÓN MÉDICA	27.172.280,0	25.958.116,0	298.308,0	170.613,0	320.306,0	37.951,0	138.154,0	35.179,0	20.797,0	21.886,0	20.534,0		121.576,0	28.860,0
90. SALUD - VARIOS	1.186.208,0	117.188,0										1.069.020,0		
<b>4. BIENESTAR SOCIAL</b>	<b>181.398,0</b>	<b>181.398,0</b>												
50. PROMOCIÓN SOCIAL	181.398,0	181.398,0												

FINANCIACION 0: EROGACIONES A ATENDER CON RECURSOS DE ADMINISTRACION CENTRAL SIN AFECTACION ESPECIAL  
FINANCIACION 2: EROGACIONES A ATENDER CON RECURSOS DE CUENTAS ESPECIALES

FUENTE:

<https://www.bing.com/search?q=PRESUPUESTO+PUBLICO+DE+MISIONES&cvid=a3ea6b39c2d7438b819bccbd25bc829&aqs=edge..69i57j0l8.4823j0j4&FORM=ANAB01&PC=U531>

DECRETO N° 2266

POSADAS, 08 de Noviembre de 2.022.-

VISTO: El Expte. N° 6302-312-22, Registro del Ministerio de Salud Pública, iniciado el 09.09.2022 por el DIRECCIÓN DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA - Caratulado: "RECTIFICACIÓN NOMBRES DE EFECTORES SERVICIOS TERCERIZADOS"; y

CONSIDERANDO:

QUE, por un error involuntario se ha consignado de manera incorrecta la denominación del CAPS Azara, haciendo necesario rectificar los Decretos N° 855/22, 1151/22, 1295/22 y 1368/22;

QUE, a fs. 02 el Subsecretario de Salud establece la correcta denominación del efector es CAPS Azara;

QUE, dicha rectificación debe ser dispuesta por Decreto del Sr. Gobernador, sin que existan objeciones que formular;

QUE, a fs. 17 obra dictamen de la Dirección de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud Pública coincidente con lo que por este acto se decide;

POR ELLO:

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE MISIONES

D E C R E T A:

ARTÍCULO 1°.- RECTIFÍCASE el Artículo 1° del Decreto N° 855/22, conforme los considerandos del presente, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 1°.- RECONÓCESE el gasto desde el 1° de Abril de 2022 y hasta la fecha del presente Decreto y APRUÉBASE y AUTORIZÁSE a la Dirección del Servicio Administrativo de Salud Pública, Prevención de Adicciones y Control de Drogas a efectuar desde la fecha del presente Decreto y hasta el 31 de Julio del corriente una CONTRATACIÓN DIRECTA con la firma "S.I.N.A. S.R.L" para la prestación del Servicio de Seguridad y Vigilancia, destinado a los efectores y por los montos que se detallan a continuación, durante el período comprendido entre los meses de Abril a Julio de 2.022, de conformidad a la propuesta de fs. 02 y los Pliegos de Cláusulas Particulares obrantes a fs. 05/15, encuadrando el procedimiento en los Arts. 44° y 85° apartado 3, inciso d) y su último párrafo, de la Ley VII - N° 11 (antes Ley N° 2303):

Efectores	Monto Mensual	Monto Cuatrimestral Hospital
Monoclínico de Geriatria	\$ 1.046.864,25	\$ 4.187.457,00
Hospital Concepción de la Sierra	\$ 697.909,50	\$ 2.791.638,00
CAPS Azara	\$ 348.954,75	\$ 1.395.819,00
Hospital San José	\$ 348.954,75	\$ 1.395.819,00
Hospital San Javier	\$ 348.954,75	\$ 1.395.819,00
Hospital Leandro N. Alem de Autogestión	\$ 3.024.274,50	\$ 12.097.098,00
Hospital Jardín América	\$ 2.962.694,25	\$ 11.850.777,00
Hospital Puerto Rico	\$ 697.909,50	\$ 2.791.638,00
Hospital Capióví	\$ 348.954,75	\$ 1.395.819,00
Hospital Colonia Delicia	\$ 348.954,75	\$ 1.395.819,00
TOTAL	\$ 10.174.425,75	\$ 40.697.703,00

MONTO TOTAL: PESOS CUARENTA MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS TRES CON 00/100 (\$ 40.697.703,00)."

ARTÍCULO 2°.- RECTIFÍCASE el Artículo 1° del Decreto N° 1151/22, conforme los considerandos del presente, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 1°.- RECONÓCESE el gasto desde el 1° de Abril de 2022 y hasta la fecha del presente Decreto y APRUÉBASE Y AUTORIZÁSE a la Dirección del Servicio Administrativo de Salud Pública, Prevención de Adicciones y Control de Drogas a efectuar una CONTRATACIÓN DIRECTA a partir de la fecha del presente Decreto y hasta el 31 de Julio de 2022, con la firma "SEGEN S.R.L", para la provisión del Servicio de Limpieza Integral, destinado a los siguientes efectores y por los montos detallados a continuación por el período comprendido entre los meses de Abril a Julio del corriente, de conformidad con la propuesta de fs. 02 y Cláusulas Particulares de fs. 05/34, encuadrando el procedimiento en los Arts. 44° y 85°, apartado 3, Inc. d) y su último párrafo, de la Ley VII - N° 11 (antes Ley 2.303):

## Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657/10.

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010- Promulgada: Diciembre 2 de 2010

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.  
sancionan con fuerza de Ley:

### Capítulo I

#### *Derechos y garantías*

ARTÍCULO 1° — 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.

ARTÍCULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

### Capítulo II

#### *Definición*

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

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.

ARTÍCULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

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.

### 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.

### Capítulo IV

*Derechos de las personas con padecimiento  
mental*

ARTÍCULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- 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;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V

*Modalidad de abordaje*

ARTÍCULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

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

ARTÍCULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTÍCULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias;

servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTÍCULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administra exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

#### Capítulo VI

##### *Del equipo interdisciplinario*

ARTÍCULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

#### Capítulo VII

##### *Internaciones*

ARTÍCULO 14. — 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.

ARTÍCULO 15. — 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.

ARTÍCULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTÍCULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

**ARTÍCULO 18.** — 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.

**ARTÍCULO 19.** — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

**ARTÍCULO 20.** — 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.

**ARTÍCULO 21.** — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

**ARTÍCULO 22.** — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

**ARTÍCULO 23.** — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

**ARTÍCULO 24.** — 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.

ARTÍCULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTÍCULO 27. — 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.

ARTÍCULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTÍCULO 29. — 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 implica 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 releva 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.

#### Capítulo VIII

##### *Derivaciones*

ARTÍCULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

#### Capítulo IX

##### *Autoridad de Aplicación*

ARTÍCULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTÍCULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un

incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTÍCULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de

estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTÍCULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTÍCULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

#### Capítulo X

#### *Órgano de Revisión*

ARTÍCULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTÍCULO 39. — El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTÍCULO 40. — Son funciones del Órgano de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;

- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
  - h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
  - i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
  - j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
  - k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

#### Capítulo XI

##### *Convenios de cooperación con las provincias*

ARTÍCULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

#### Capítulo XII

##### Disposiciones complementarias

ARTÍCULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTÍCULO 43. — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTÍCULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTÍCULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTÍCULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.657 —



## Ley Provincial de Adhesión a la Ley Nacional de Salud Mental

### **LEY XVII – N.º 102**

ARTÍCULO 1.- Adhiérese la Provincia de Misiones a la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y su Decreto Reglamentario N.º 603/2013, que como Anexos I y II respectivamente, forman parte integrante de la presente Ley.

ARTÍCULO 2.- Es Autoridad de Aplicación de la presente Ley el Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

ARTÍCULO 3.- La Autoridad de Aplicación debe llevar adelante actividades con el objeto de prevenir, concientizar, capacitar y difundir en los medios de comunicación sobre los alcances de la presente Ley.

ARTÍCULO 4.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

fuelle: [1688642661 Ley XVII - N 102 Texto Definitivo.pdf \(digestomisiones.gob.ar\)](https://www.digestomisiones.gob.ar/1688642661-Ley-XVII-N-102-Texto-Definitivo.pdf)

6 junio, 2022 - 11:52 am

## Comunicado de la Dirección Salud Mental



Desde la Dirección de Salud Mental perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones, nos pronunciamos a favor de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, a la cual la Provincia se adhiere en el año 2018, mediante la Ley XVII-102. Remarcando así, la importancia de sostener su vigencia en los términos originales de su redacción, ya que garantiza y asume un compromiso ético, técnico y político para defender a las personas con padecimientos mentales como sujetos de derechos.

Exponemos la necesidad de avanzar en políticas públicas que acompañen y fortalezcan su adecuada implementación, ejecución y monitoreo a través de una diversidad de propuestas para su abordaje Integral y eficaz.

Para contribuir a superar y dejar atrás definitivamente al viejo paradigma y los consecuentes estereotipos que estigmatizan las personas con padecimientos mentales es fundamental el rol de los medios de comunicación, siendo su obligación la difusión responsable de información adecuada que no genere confusión en la sociedad civil y en los protagonistas reales de las situaciones.



## **ANEXO INFORMES PERIODÍSTICOS**



## #EfeméridesPosadeñas

22 DE AGOSTO 1916

El Doctor Domingo Cabred coloca la piedra fundamental del Hospital Regional de Posadas, (ACTUAL MADARIAGA) del que fue creador.



Fuente: [Posadas del ayer, \(DECLARADO DE INTERES, MUNICIPAL Y PROVINCIAL\) | Facebook](#)

## Así se vivía hace 20 años en el hospital Carrillo

1 septiembre, 2016



El hospital psiquiátrico Ramón Carrillo es el sitio en el que los enfermos mentales de nuestra sociedad son alojados para intentar una rehabilitación que los inserte nuevamente en la vida cotidiana; pero tal vez le resulte muy difícil al personal del nosocomio lograr esos objetivos, ya que el estado material del lugar es bastante inapropiado. Los problemas empiezan desde el corazón mismo de los pabellones en los que duermen los internos. Las paredes de ladrillos mal terminadas dejan colar susurros del viento helado entre algunos resquicios de los muros que son testigos mudos de los padecimientos de los internos. Pero ojalá todo quedase allí, porque da pena verlos acostados sobre un delgado colchón y abrigados por una -si tienen suerte dos- frazadas finitas que no pueden protegerlos del todo. Las ventanas del Pabellón Femenino intentan simular protección con unos tablones de madera que obviamente "no son vidrio" y por lo tanto no cumplen con la misma función que aquél. Inclusive uno de los pabellones que se quemó hace un tiempo atrás tiene una parte del techo que todavía no se reconstruyó, y así está mostrando el cielo a esos ojos que no encuentran la esperanza. Las habitaciones que muestran a su paso dos hileras de diez o doce camas cada una poseen en sus costados transversales una suerte de galerías donde los "dementes" que se "descontrolan" son "encerrados" para que se calmen sin dañar a nadie; pero tales pasillos "hospedan" a los que corresponda a veces con colchón y, "si no hay", tienen que acostarse en el suelo. Uno de los ambientes más sombríos es la denominada "sala de contención", donde los enfermos mentales que están en un estado realmente crítico y pueden dañarse a ellos mismos tanto como a los demás son internados hasta que se les pase la crisis. Esa sala que tendría que ser sumamente segura y confortable, tal vez sea todo lo contrario; allí las ventanas no tienen siquiera maderas que impidan el paso del frío y, aunque es la indicada para dejar a los internos críticos en determinadas ocasiones, las paredes no

cuentan con ningún tipo de acolchado para evitar posibles golpes. Otro aspecto "peligroso" son las rejas superiores a la puerta del salón, que alguna vez le sirvieron

a un internado para ahorcarse. La vida, que ya de por sí no les resulta fácil, parece no querer darle la oportunidad siquiera de estar vestidos "dignamente": los enfermos se pasean de aquí para allá mostrando sin querer la vergüenza de no tener calzados (aunque no todos, porque algunos privilegiados tienen chinelas u otro tipo de zapatos). La vestimenta parece no tener importancia tampoco: camisones de tela muy delgada, saquitos de hilo, sweaters que ya pasaron sus mejores épocas, reflejan una realidad muy dura. Convivir con animales Los internos del Carrillo tienen que convivir diariamente con gatos y perros que, ignorando a quiénes atacan, se abalanzan con sus dientes y colmillos sobre la humanidad de los "dueños del lugar", que pasean por las instalaciones cada uno en su propio universo. También están los que comparten sus días con esos animalitos que les sirven de consuelo y compañía, al punto de que duermen con ellos para contagiarse del calor de otro cuerpo. "Este gatito habla, es mi novio", dijo una señora que reposaba en la cama de la sala de contención, y cuyo rostro se mostró orgulloso al exhibir a su compañero. Finalmente, cuando el proyecto parece encontrar su fin, cuando hay pacientes que tienen la posibilidad de externación -o sea, de tener el alta- no logran la posibilidad de volver a sus hogares (si viven en el interior de la provincia) por falta de fondos para pagarle un micro de regreso o porque la ambulancia no tiene nafta y "no hay plata" o -en el peor de los casos- simplemente porque su ¿familia? lo deja abandonado de por vida en ese lugar. Enfrentar las carencias con apoyo de la comunidad Respecto de todas esas cuestiones, el director del psiquiátrico, Arturo Claudio Escalada, no esquivó ninguno de los temas abordados y explicó que el estado actual del nosocomio se debe a que "las cuestiones económicas y financieras en la provincia están bastante deplorables". Expresó que el "sector salud es uno de los más castigados" ya que no tiene "el respaldo económico que debería tener en este momento", por lo que requirió una suerte de respaldo económico "a todos lados", inclusive a los medios de difusión para que expandan el pedido de necesidad de ropas, calzados, y abrigos varios. Ante lo referente a la indumentaria, están viendo la posibilidad de contar con el "padrinazgo" de cooperadoras o entidades para trabajar juntos. En realidad, "los pacientes aquí no tienen nada", argumentó Escalada, y lo que "menos tienen es medicación" porque "no hay dinero". Desde hace dos meses asumió en la gestión y "lo primero que hice fue ocuparme de estas problemáticas". Por eso están trabajando con un grupo de gente del Hospital "haciendo cosas para comprar lo necesario", como por ejemplo bailes. Escalada informó que recibieron frazadas para abrigar a los "discapacitados mentales" del Ministerio de la Mujer y esperan recibir otra tanda de Bienestar Social; aunque aseguró que "no es lo mismo un paciente del Psiquiátrico que uno del Madariaga" porque las patologías que se tratan son distintas y al enfermo mental "si bien se le provee de ropa y calzado", existe "una falta de medicamentos mediante la que el paciente se descompensa" y "el terna de la temperatura" no hace mella en él. El director rescató que el "paciente canjea su ropa por alcohol, la vende, la regala, la cambia, la tira o la rompe" y "ese es el eterno problema". Dijo que la falta de vidrios en las ventanas y puertas también es consecuencia de la situación económica, y que se necesitan vidrios especiales porque si no resultan peligrosos para los internos. Destacó que en la sala de contención el paciente se queda los mínimos indispensables y no desmintió las carencias de la misma, aunque confirmó que "antes



que nada, tratamos de conseguir ropas y medicamentos" y "luego iremos a la infraestructura". En cuanto a la limpieza, que está concesionada, no basta para higienizar todos aquellos sectores en que los "locos", sin ningún tipo de inhibición, plasman impertérritos sus desechos orgánicos. En lo referente a los animales que muerden a los enfermos, el director asintió la problemática como cierta, por eso pidió la colaboración a las instituciones pertinentes para erradicarlos del sitio; y agregó que encima hay víboras de coral y yararás (que todavía no atacaron a nadie) y se "previenen" cortando el pasto. "Menos hacerse cargo de pacientes ajenos "El doctor explicó que la mayoría de los pacientes del lugar viven allí desde "hace unas décadas" porque es imposible su externación y "no deberían estar aquí", sino que desde lo social "se debería implementar alguna alternativa de camino intermedio". "Aquí hay una colonia más amplia de oligofrénicos que de patologías mentales" y las crónicas "ya están deterioradas", porque si alguien tiene la posibilidad de reintegrarse a su vida social y eso se demora por cuestiones monetarias o sencillamente desidia, el paciente vuelve a su estado primitivo. En cuanto a soluciones posibles, Escalada rescató que le llegó medicación y con eso "estoy bastante contento". "Apenas uno se puede hacer cargo de los viejos de la casa" y "menos se puede hacer cargo de los pacientes que no le corresponden", reflexiona Escalada. A pesar de las carencias expuestas, un familiar de una persona que está internada en el Hospital aseguró que la labor y atención que los médicos, asistentes sociales, enfermeras y residentes brindan a los internados es "realmente impagable". La asistencia, según señaló, es continua y personalizada, ningún detalle queda librado a la buena de Dios; ya que todo el personal puja por otorgarle al paciente lo mejor de sí mismo para hacerle su carga aunque sea un poco más liviana.

FUENTE: [Así se vivía hace 20 años en el hospital Carrillo - Primera Edición \(primeraedicion.com.ar\)](http://primeraedicion.com.ar)

## La vida en el hospital psiquiátrico

El hospital Carrillo de Posadas tiene 27 pacientes crónicos, es decir, que residen allí desde hace 30 años en muchos casos. La familia no puede atenderlos y sus vidas son contenidas por un equipo interdisciplinario. Además, el nosocomio atiende 3.000 consultas mensuales entre guardia de agudos y consultorios externos

Domingo 24 de julio de 2022 | 6:08hs.



Por Griselda Acuña



Sentada, mira lejos, sin establecer diálogo con nadie. La mayoría de los internos está en otro pabellón.

Recostados por una pared, o en la escalera esperan la hora asignada. Alrededor de las 11 saben que está próximo el horario del almuerzo y se van acercando, como pueden, como les sale en ese momento. Algunos a paso lento, muy lento.

Pasan los minutos y ella, de unos 40 años, sigue ahí, sentada. Pareciera que no se percata del espacio ni del tiempo. De repente, se pone de rodillas, ve una puerta entreabierta y comienza a gatear. Entró gateando a otro pabellón, a pocos metros del comedor, donde igualmente más tarde irían a buscarla para cumplir la rutina de comidas, aseo y demás. Muy importante la higiene por estos días, dado que no hace mucho hubo un operativo de eliminación de piojos.

Ella padece retraso madurativo severo, vive desde hace años en el Hospital Dr. Ramón Carrillo de Posadas, ubicado por ruta 12, un nosocomio que atiende enfermedades psiquiátricas y que en la actualidad cuenta con 27 pacientes crónicos; la mayoría reside allí desde hace 30 años.

Son personas que ingresaron con diferentes cuadros: desde brote psicótico, demencia, epilepsia, o bien dolencias propias de una edad avanzada; personas que no lograron su externación pese al esfuerzo del recurso humano que allí se desempeña.

No pudieron ser externadas aún tras los cambios impuestos en la ley de salud mental en el año 2010. No tienen adonde ir. No hay hogar para ellos. La familia, la sociedad, el sistema - la legislación lejos está de cumplirse al pie de la letra - les da la espalda. Son los olvidados.

FUENTE: [La vida en el hospital psiquiátrico | El Territorio](#)

## No tienen casa, ni familia y viven hace más de 15 años en el Hospital Carrillo

Esa es la situación de los 27 pacientes crónicos que habitan el nosocomio hace décadas. Algunos de ellos no recuerdan ni su edad ni su nombre.

4 diciembre, 2022



**“Invertir en ellos no es rentable, porque no votan pero están a cargo de un personal que sí lo hace”,** es la reflexión que hizo **Cristina Permuy Rivadavia, administradora del Hospital Carrillo,** en referencia a los **27 pacientes crónicos,** que están hace más de 15 años **“depositados”** en el Hospital de Salud Mental Ramón Carrillo, y que son testimonio vivo de lo que significa abandono y vulnerabilidad.

En su mayoría adultos mayores, **muchos de ellos pasaron años internados sin identidad:** únicamente identificados como “NN Marita”, “NN Estelita”, “NN Eldorado” y otros nombres asignados por el personal. Todo porque, **a su llegada, décadas atrás, muchos no recordaban quiénes eran o se veían imposibilitados de comunicarlo** por sus mismos trastornos de comunicación. (...)

Fuente: [No tienen casa, ni familia y viven hace más de 15 años en el Hospital Carrillo - Primera Edición \(primeraedicion.com.ar\)](http://primeraedicion.com.ar)

La Ministra de Salud de la Nación, Carla Vizzotti, visitó en la mañana de este lunes el Centro Provincial de Prevención y Asistencia Integral para el Control de las Adicciones próximo a inaugurarse, donde destacó las obras y el trabajo coordinado entre el Ministerio de Prevención de Adicciones y Control de Drogas y el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.

El Ministro Mgtr. Esteban Samuel López recibió a la funcionaria nacional, junto a su equipo interdisciplinario, el Ministro de Salud Pública de la Provincia, Dr. Oscar Alarcón y el grupo de trabajo de las distintas áreas para desarrollar el abordaje integral para los casos de consumos problemáticos y adicciones.

El Centro, ubicado sobre la avenida Quaranta casi avenida 147, se encuentra en su etapa final de edificación.

Dentro del predio también está la casa de "Medio Camino", que funcionará en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, tiene que ver con un proceso de desprendimiento de independizar a las personas en situación de consumo.

El Centro, en cuanto a la prevención, estará abierto a la comunidad, se brindarán distintos tipos de talleres lo cual generará un dinamismo interno, integrado al centro y a la vez independiente; como la atención ambulatoria profesional y la parte residencial y de internación.

El sector de internación dispondrá de un total de 30 camas, número permitido en el marco de la Ley. Los pacientes contarán con un tratamiento, un plan de abordaje distinto en cuanto al tiempo, incluso algunos pueden incluir una internación para deshabitación de 20 días o de seis meses, según el caso.



Fuente: [La Ministra de Salud de Nación destacó las obras del Centro de Prevención y Asistencia Integral de las Adicciones y el trabajo articulado que se realiza](http://misiones.gob.ar) (misiones.gob.ar)

## “Ni un pibe menos por la droga”, será la premisa del nuevo centro de contención en Posadas

📅 14/09/2023



En primer lugar, el Padre Daniel Pesce agradeció a *Radio TupaMbaé* la posibilidad de ser el primer medio en dar a conocer la buena noticia. En este sentido indicó: “Gracias por recibirme hoy, en esta radio tan importante no sólo para la ciudad de Posadas y para la provincia, sino también para la feligresía católica y para nuestra diócesis”.

Seguidamente anunció como primicia en *“La Creíble”*, que **“este 28 de septiembre a las 9 de la mañana, será la inauguración de la nueva Casita “San Miguel” en el Hospital Dr. Ramón Carrillo de la capital provincial**. La idea en un principio y luego de haber hablado con el equipo y con la producción de TupaMbaé, fue socializarlo desde acá en nuestra radio y de ahí que nazca la información para los demás medios”.

Fuente: [“Ni un pibe menos por la droga”, será la premisa del nuevo centro de contención en Posadas - Radio Tupambé \(radiotupambae.com.ar\)](https://radiotupambae.com.ar)

## Inauguraron una huerta terapéutica en el Hospital de Rehabilitación en Salud Mental Dr. Ramón Carrillo

BY ELDOPOLIS 11 DE NOVIEMBRE DE 2022 0 COMMENTS 0 VIEWS



Se inauguró una huerta terapéutica pensada en la atención integral y de autocuidado de los pacientes del Hospital Nivel I de Rehabilitación en Salud Mental Dr. Ramón Carrillo, la misma está compuesta por cultivos orgánicos y se destinarán a la cocina del instituto.

Este trabajo responde al nuevo paradigma de salud mental, donde se considera a la salud mental como una cuestión integral y también como un proceso dinámico, que contempla acciones que no tienen que ver únicamente con los tratamientos convencionales.

La idea general de armar talleres de huertas en el Carrillo, es para que los pacientes crónicos que residen en el lugar y los de tratamientos ambulatorios tengan otra opción. Además, de sus tratamientos, generando otros espacios de inclusión, donde van a tener no solo la actividad terapéutica de hacer el taller, trabajar la tierra y cultivar sus alimentos, sino que a su vez se crea una futura inserción laboral.



Fuente: [Inauguraron una huerta terapéutica en el Hospital de Rehabilitación en Salud Mental Dr. Ramón Carrillo - Eldopolis](#)

## En Oberá los enfermos mentales viven hacinados en una sala

Domingo 01 de agosto de 2004 | 2:00hs.

La sala de Salud Mental del Hospital Samic de esta localidad tiene nueve camas disponibles para internación, pero en la actualidad residen allí quince pacientes. Aunque en otras épocas llegaron a alojarse hasta 21 personas. La superpoblación en el pabellón hace que los enfermos se arreglen como pueden, los que no tienen camas duermen sobre colchones en el suelo.

El servicio comenzó a funcionar en 1982 y fue creado para atender solamente enfermos mentales agudos, es decir aquellos que deben tener una internación no mayor a los siete días y ver si en ese lapso, trabajando con sus familiares, pueden recuperarse e insertarse en la sociedad o ser derivados a otros centros. Pero eso en realidad no se cumple, debido a que muchos de los enfermos que están en ese sector soportan el abandono de sus familiares. Hay algunos que se encuentran allí desde hace más de ocho años, ya no recuerdan su verdadero hogar porque la sala de salud mental es el único sitio que los cobijó.

"Este hospital no está preparado porque no es psiquiátrico, tiene un pabellón para atender a pacientes agudos, o sea que es para aquel que tiene una crisis, se lo medica y después regresa a su casa. El Samic Oberá no está preparado para darle contención a pacientes crónicos, éstos son para un hospital psiquiátrico", precisó tiempo atrás el director del nosocomio, Ricardo Pereyra.

Asimismo, reconoció que tienen un sector de psiquiatría que está superpoblado y acotó que varios de los afectados llegan por una resolución judicial que determina que los deben internar.

El responsable del Samic local puntualizó que actualmente funcionan "con la buena voluntad de los psiquiatras que seleccionan a los pacientes que están medicados y tranquilos para que los podamos pasar a una sala común. Por algunos días están allí hasta que se desocupe una cama y vuelven al psiquiátrico o regresan a sus casas".

"Cada vez estamos peor"

El jefe del servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Samic Oberá, Rodolfo Wall explicó que "los enfermos crónicos son los que tienen una patología mental grave, no tienen contención familiar y ni los recursos económicos necesarios como para vivir solos y alguna institución tiene que hacerse cargo de ellos. Ahora están en nuestra sala". Insistió en que Misiones necesita una Dirección Provincial de Salud Mental que elabore estrategias para el área, "si esto se produce recién podríamos empezar a hablar de cómo encarar la rehabilitación de los enfermos mentales agudos y crónicos".

"Tenemos pacientes que deambulan por las calles de Oberá, ellos son el paradigma de la inexistencia de una política de salud mental. No pueden circular libremente por allí, si les pasa algo, quién se hace responsable. En realidad debería ser el Estado, pero está ausente", insistió.

Wall confesó que solicitó su retiro tras haber trabajado 28 años en el área y "vi cómo se fue deteriorando todo, cada vez estamos peor".



### **En Eldorado falta una sala para pacientes agudos**

**ELDORADO.** La psicóloga del área de Salud Mental del hospital Samic de esta localidad, Magdalena Awuad, consideró que este nosocomio de la zona Norte debería contar con un sector destinado a la internación de pacientes agudos. "Se trata la crisis del paciente y luego continúa el tratamiento ambulatorio, de esta forma se evita la desvinculación de su grupo familiar y social porque de lo contrario se producen dificultades después del retorno de la internación. La readaptación que tiene que hacer el paciente a su grupo familiar y social y, por eso se trata de evitar las internaciones", explicó.

Awuad aclaró que en Eldorado no debería haber una institución como la que existe en Posadas. "No tendría que haber es un centro parecido al doctor Ramón Carrillo. Existen muy pocas derivaciones a Posadas porque dentro del servicio de Salud Mental está funcionando un programa, a cargo de la doctora Eva Rodríguez, bajo el modelo de desmanicomialización que se aplica en Italia y que trata de evitar, en lo posible, la internación de los enfermos".

"Igualmente hay algunos casos en que no recurren a tiempo a la consulta o el paciente pasó largos períodos sin su medicación en la fase aguda y por ello se deriva a la persona hacia Posadas, al Centro de Salud Mental doctor Ramón Carrillo", precisó la psicóloga.

### **Servicio**

El servicio de salud mental del hospital Samic de Eldorado cuenta con un trabajador social, una psiquiatra, dos psicólogos de planta y otros dos que hacen concurrencia, una secretaria y un agente sanitario.

Por día se atiende en el área un promedio de 20 pacientes. "Es una cifra un poco alta. Las patologías son variadas, desde alteraciones mentales leves hasta graves que se transforman en crónicas. Existen cuadros de psicosis, trastornos de personalidad, de conducta en los niños, psicósomáticos, ansiedad, adaptativos, entre otros los más frecuentes".

La profesional sostuvo que se atiende no solamente la parte de consultorio externo si no también pacientes internados y emergencias. En tanto que las derivaciones vienen de diferentes ámbitos. Los pacientes internados en servicios del hospital Samic provienen de interconsultas del servicio de emergencia, ginecología, pediatría, alto riesgo, obstetricia, clínica médica, clínica quirúrgica y de terapia intensiva", precisó Awuad.

Fuente: [En Oberá los enfermos mentales viven hacinados en una sala | El Territorio](#)

INFORMACIÓN GENERAL SALUD

## Equipo de salud mental funciona en el Samic de Oberá

En el marco de las políticas de promoción de la salud que lleva adelante el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, el Hospital SAMIC de Oberá conformó un equipo de trabajo de salud mental con profesionales de distintas áreas que se ocupan de la recuperación de los pacientes crónicos que están internados en la Institución y de promover el contacto con las familias. «Con el objetivo de acercar el hospital a la gente y concientizar a la población sobre la importancia de que las familias estén cerca de los pacientes crónicos desde principio de junio se estableció el equipo de salud mental que viene trabajando muy satisfactoriamente», precisó Eduardo Sánchez, gerente asistencial del SAMIC de Oberá.

El grupo que está realizando un muy buen accionar con los doce pacientes que se encuentran actualmente internados en el SAMIC está a cargo del jefe de psiquiatría, el psiquiatra Carlos Rodolfo Wall y se completa con Rafael Márquez Dasilva y Enzo Rafael Zima, médicos psiquiatras; Viviana Benegas, psicóloga; Paula Andrea Golemba, psicopedagoga y Pamela Joves, licenciada en Trabajo Social.

Fuente: [Equipo de salud mental funciona en el Samic de Oberá - MisionesOnline](#)

## Oberá: El servicio de salud mental dictó un taller de prevención en el Instituto Carlos Linneo



Redaccion RMM 29 de noviembre de 2023

Alumnos del último año de secundaria del Instituto Carlos Linneo participaron ayer del taller que brindó el servicio de salud mental del Hospital de Nivel III de Oberá sobre prevención del suicidio.

En el encuentro los profesionales de la salud pudieron compartir con los alumnos tips en cuanto a las estrategias de abordaje para la prevención del suicidio y comportamientos autolesivos en adolescentes con el objetivo de generar espacios de debates para concientizar sobre la problemática.

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables.

Fuente: [Oberá: El servicio de salud mental dictó un taller de prevención en el Instituto Carlos Linneo \(reddemediosmisiones.com.ar\)](#)

## SALUD: PRESENTÓ EL PROGRAMA DE ACCIÓN GLOBAL PARA LA SALUD MENTAL

29 agosto, 2023



Se presentó el Programa de Acción Global para la Salud Mental (mhGAP) en Misiones. El objetivo del mismo es brindar las herramientas necesarias a los centros de atención del primer nivel para reducir la brecha existente en cuanto a patologías de salud mental. La presentación estuvo a cargo del Ministro de Salud Pública, Oscar Alarcón, el Subsecretario de Salud, Héctor Proeza, el Director de Salud Mental, Nicolás Aranda y la Consultora de Salud Mental de OPS y OMS Liliana Urbina, en el auditorium de la Escuela de Enfermería de la UNaM.

El programa fue relanzado en 2022 por el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Argentina. Posteriormente los equipos provinciales fueron capacitados para replicarlos en las provincias.

Misiones a través de la Dirección de la Salud Mental de la cartera sanitaria junto a Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Argentina, iniciarán el proceso de implementación la red sanitaria, desde la capacitación a los profesionales de la salud para garantizar que las personas puedan recibir la atención médica necesaria contribuyendo a superar las brechas en la salud mental desde los servicios no especializados. Allí a través de una guía práctica y la app mhGAP se brindará al personal de primer nivel de atención capacitaciones que se darán inicio con la zona capital centrando su abordaje en elaborar un plan para cada caso en los que se requiera una intervención.

En este sentido, se busca mejorar la accesibilidad de los servicios y garantizar la atención de las necesidades de las personas que padecen de alguna patología de salud mental.

"Hace un tiempo importante la provincia de Misiones viene teniendo como uno de sus objetivos principales la red de salud mental. Sabemos que los profesionales de la salud mental no abundan, entonces la provincia de Misiones ha hecho un plan estratégico muy importante utilizar todo el sistema sanitario para crear una red en la salud mental es así que vamos a trabajar con médicos, enfermeros y agentes sanitarios para tener el primer punto de atención del paciente", señaló el Ministro Alarcón.

**Fuente: Ministerio de Salud**



## DOCUMENTOS DE TRABAJO

El análisis de los recursos que el Estado Nacional destina a salud mental y la forma en que estos se distribuyen evidencian que a 10 años de la ley 26.657 la sustitución definitiva del sistema manicomial es una deuda pendiente. En estos años, el Estado no ha cumplido con la obligación legal de destinar el 10% del gasto total en salud a salud mental, y continúa invirtiendo una gran cantidad de fondos en instituciones monovalentes que, según nuestra normativa, deberían haberse cerrado.

Los objetivos propuestos en el Programa 42 del Ministerio de Salud, vinculados a sensibilizar a la comunidad, avanzar en procesos de desinstitutionalización e impulsar que los hospitales psiquiátricos adopten planes de adecuación a la ley no siempre se reflejan en partidas presupuestarias específicas, y los documentos presupuestarios carecen de desagregaciones relevantes y de indicadores que permitan monitorear los progresos y detectar incumplimientos. Lo mismo ocurre con los hospitales monovalentes de carácter nacional, en tanto su presupuesto 2021 no contiene un aumento en las metas de asistencia a las personas usuarias en sus procesos de externación, ni medidas tendientes a reducir la población internada en estas instituciones.

El panorama descrito no solo incumple la ley 26.657 sino también la sentencia judicial dictada en diciembre del año 2015 por la Justicia Nacional en la causa "S.A.F y otros c. Estado Nacional y otros", a través de la cual se condenó al Ministerio de Salud a proveer dispositivos comunitarios para garantizar la externación de las personas que se encuentran encerradas en hospitales psiquiátricos en condición de alta. Hasta la fecha, esta entidad no ha acreditado la creación de ningún dispositivo nuevo, y tampoco la reserva de partidas presupuestarias para esta finalidad.

FUENTE: [Informe presupuesto y salud mental 2021 \(acij.org.ar\)](https://www.acij.org.ar)

Los recursos destinados a esta actividad se mantuvieron relativamente constantes en el período 2012-2014, y a partir del año 2015 registraron una disminución alarmante. En la siguiente tabla, se puede observar la variación del presupuesto original, vigente y devengado<sup>6</sup> y los porcentajes de ejecución desde 2012 hasta diciembre de 2020, así como el presupuesto aprobado para el año 2021.

Año	Presupuesto			
	Original	Vigente	Devengado	% de ejecución
<b>2012</b>	551.023.849	605.833.126	429.991.657	70,98%
<b>2013</b>	634.654.989	678.603.767	473.981.183	69,85%
<b>2014</b>	525.543.939	613.028.129	661.733.411	107,95%
<b>2015</b>	536.765.919	344.052.891	333.932.493	97,06%
<b>2016</b>	430.297.155	82.622.030	48.770.498	59,03%
<b>2017</b>	224.235.950	224.235.950	73.044.917	32,58%
<b>2018</b>	163.700.897	140.483.980	75.705.058	53,89%
<b>2019</b>	79.555.967	109.858.364	89.044.458	81,05%
<b>2020</b>	71.429.366	35.533.066	19.157.839	53,92%
<b>2021</b>	134.010.645	-	-	-

Como puede observarse, **el presupuesto original de esta actividad entre 2014 y 2020 registró una reducción del 86,41%, y si tomamos los presupuestos vigentes esa disminución alcanza el 94,2%**. Si bien para el año 2021 el presupuesto original aumenta un 277,14% en relación con el presupuesto vigente de 2020, este está lejos de equiparar los valores del año 2014, pues aún es un 78,14% menor que el vigente de dicho año.

FUENTE: [Informe presupuesto y salud mental 2021 \(acij.org.ar\)](http://acij.org.ar)



## Se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027

El plan se constituye con el objetivo central de ser herramienta clave en el cumplimiento del carácter comunitario que promueve la Ley Nacional de Salud Mental. Durante el último encuentro de COFESA, las ministras y los ministros de Salud de todo el país acordaron avanzar de manera federal en su implementación.

12 de septiembre de 2023



Mediante Resolución 1997/2023, publicada hoy en el Boletín Oficial de la República Argentina, la ministra de Salud de la Nación, Carla Vizzotti, aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, que fue elaborado de forma participativa, intersectorial, interdisciplinaria y desde una perspectiva federal, en cumplimiento del artículo 31 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

El referido artículo indica que “El ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.”

Este plan se constituye con el objetivo central de ser herramienta clave en el cumplimiento del carácter comunitario que promueve la Ley Nacional de Salud Mental. Se basa en valores, preceptos y objetivos históricos del campo de la salud mental, que en nuestro país poseen fuerza de ley a instancias de la Ley Nacional 26.657 y su Decreto Reglamentario 603/2013.

La Dirección Nacional de Abordaje Integral de la Salud Mental y Consumos Problemáticos (DNAISMYCP) será el área ejecutora y responsable de su instrumentación y conducción.

Fruto de un trabajo de elaboración colectivo llevado adelante en 11 rondas consultivas realizadas desde noviembre de 2020 a marzo de 2021, este Plan Nacional se organiza en torno a 9 ejes de trabajo que se operacionalizan en objetivos específicos, con sus correspondientes indicadores y metas.

FUENTE: [Se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027 | Argentina.gov.ar](#)



La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 toma como eje rector los lineamientos de la **Atención Primaria de la Salud (APS)** tal como se desarrollan en bibliografía y normativa sanitaria internacional (OMS 2001). El Artículo 9 propone que "el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales", ampliando en el Decreto Reglamentario N° 603/2013 del citado Artículo, que la Autoridad de Aplicación "(...) promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de Salud Mental".

Asimismo, desde una perspectiva de **Abordaje Integral**, el componente participativo y comunitario en Salud Mental se plantea como necesario y vital ya que propone que las familias, las personas con padecimiento mental y la comunidad en general puedan implicarse tanto en la elaboración de las políticas públicas en materia de Salud Mental como en las decisiones en torno a los procesos de cuidados, asistencia y recuperación en Salud Mental. Siguiendo a la Ley Nacional de Salud Mental el "fortalecimiento de los lazos sociales" tiende a incorporar prácticas, vivencias, intercambios que incluyen una participación real y directa en la vida en comunidad.

Por su parte, la inclusión social y el acceso a derechos fundamentales deben ser considerados como el principal proceso para asegurar la igualdad de condiciones para el desarrollo de la vida de todas las personas. Ello implica, particularmente, la integración de las personas usuarias al sistema de Salud Mental y la restitución de los lazos comunitarios, favoreciendo su participación plena en la vida colectiva.

En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en su Artículo 1º, refiere "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". En su artículo 14º, considera a la internación como un "recurso terapéutico de carácter restrictivo", que 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, entorno afectivo y ámbito laboral, escolar y social, salvo en aquellos casos que por razones terapéuticas debidamente fundadas sea así establecido por el equipo interviniente. El artículo 15º, agrega que la internación debe ser lo más breve posible. Entendida de este modo, la internación en tanto recurso restrictivo, es afín a la consideración de que es en la vida comunitaria donde una persona puede desarrollarse de manera integral, siendo en ella donde deben construirse los resortes para una inclusión social plena.

FUENTE: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/385000-389999/389694/res1997ms.pdf>

## Reseña del libro “Praxis en Salud Mental. Abordajes y Procesos de Cuidado”, publicado en EDUNLA Editorial<sup>1</sup>

### WILNER, Alejandro.

Médico (UBA). Especialista en Planificación y Gerenciamiento en Salud (ENSP FiOCruz, Río de Janeiro, Brasil). Docente Titular concursado en la Universidad Nacional de Lanús. Docente de grado y posgrado en diferentes Universidades del país y en Organismos Internacionales. Director de la Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Co-Coordinador de la Diplomatura Universitaria Superior en Salud Mental Comunitaria.

Contacto: [alejandrowilner@gmail.com](mailto:alejandrowilner@gmail.com)

### TORRICELLI, Flavia.

Licenciada en Psicología (UBA). Doctora en Psicología (UBA). Residencia en Psicología del Hospital General de Agudos Manuel Belgrano (Pcia. de Buenos Aires). Docente e Investigadora (Facultad de Ciencias Sociales, UBA, UNLa, UNER). Co-coordinadora de la Diplomatura Superior Universitaria en Salud Mental Comunitaria.

Contacto: [flvtorri@gmail.com](mailto:flvtorri@gmail.com)

**Cómo citar:** Wilner, A. y Torricelli, F. (2024). Reseña del libro “Praxis en Salud Mental. Abordajes y Procesos de Cuidado”, publicado en EDUNLA Editorial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 201-205

Si hubo desde un inicio, y aún hoy hay un deseo claro con el libro “Praxis en salud mental: Abordajes y Procesos de cuidado” es el de la *transmisión y el legado*. Sostenemos que uno de los modos de transformar las prácticas es aprehendiendo, reflexionando junto con otras y otros. Hoy no hay nada más revolucionario que poder escuchar a ese “otro” e intercambiar con él o ella generando pensamiento y masa crítica. Desde ese punto de partida compilar los seis capítulos que se desarrollan en el libro con saberes, experiencias y personas con experticia y trayectoria resultó un ejercicio -en acto- de construcción de diálogos que se fueron hilvanando con la idea común de transmitir a otras generaciones. Transmitir -en especial- bajo la idea de atraer a las y los estudiantes a un ejercicio de co-construcción conjunta de saberes concebidos desde una perspectiva compleja y de compartir el entusiasmo por experimentar que lo colectivo produce intensidades que van en el sentido de la transformación. La posibilidad de generar esas transformaciones en la micropolítica del trabajo y de

las prácticas va de la mano de legar voces, decires, palabras, y escritos que propongan reflexionar e interpelar lo cotidiano, lo naturalizado, lo ya “sabido”.

La elaboración y compilación de este libro se realiza en el marco de un convenio acordado entre el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y el Ministerio de Salud de la Nación (por el que se formuló e implementó la Diplomatura Superior Universitaria en Salud Mental Comunitaria). Este posgrado tuvo la peculiaridad de ser desarrollado en el marco de una Red Federal de Universidades en/por la Salud Mental Comunitaria constituida en 2022 e integrada por diez universidades nacionales<sup>2</sup>.

Este libro, tiene entonces, la impronta de la UNLa que, bajo la conducción de Emiliano Galende, se constituye como usina formadora e investigadora en salud mental comunitaria en América del Sur, siendo pionera desde hace más de un cuarto de siglo y teniendo un sello de idoneidad y de experticia en el campo.

1. Praxis en salud mental. Abordaje y procesos de cuidado. (2024). Wilner, A. D. y Torricelli, F. 1a ed. Ediciones de la UNLa (EDUNLa) - Universidad Nacional de Lanús.