

margen N° 121 - junio de 2026

## Sistematización de la Estrategia de Altas Cuidadas Hospitalarias

Por Cristian H. Carlini

**Cristian H. Carlini.** Licenciado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Integrante del Departamento del Servicio Social y del equipo interdisciplinario del Servicio N° 24 del Hospital José T. Borda (CABA). Acompañante Terapeuta. Cursando actualmente la carrera de Especialización en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Argentina.

Experiencia de la Estrategia de Altas Cuidadas Hospitalarias (EACH) implementada en el Servicio de Internación N° 24 del Hospital Borda durante el año 2023

El presente trabajo es producto del desarrollo de las Prácticas Profesionales de la Especialización en Salud Mental Comunitaria, implementadas durante el año 2023 en el Servicio de Internación N° 24 del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda, hospital monovalente dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ubicado al sur de esta ciudad. Con una metodología cuantitativa y cualitativa se ha realizado una sistematización de la experiencia de Estrategia de Altas Cuidadas Hospitalarias (EACH).

Por un lado, el proyecto consistió en la historización de la experiencia de la Estrategia de Altas Cuidadas Hospitalarias y la caracterización de los actores que dinamizan su desarrollo; por otro, en la caracterización socio-epidemiológica de la población internada en el Servicio N° 24 del Hospital Borda durante el año 2023, la cual fue incluida en la EACH con el fin de acompañar sus procesos de externación.

Dicha caracterización se llevó a cabo mediante el análisis de variables seleccionadas para cada usuario internado en el servicio durante el período mencionado. Metodológicamente, el trabajo se basó en la lectura y análisis de Historias Clínicas e Historias e Informes Sociales, así como en la realización de una entrevista a la Jefa del Departamento del Servicio Social del hospital. Este proyecto de prácticas partió de la definición de los siguientes objetivos:

### **Objetivo General**

- Describir y analizar la implementación de la Estrategia Altas Cuidadas Hospitalarias en el Servicio de Internación N° 24 del Hospital Borda durante el año 2023.

### **Objetivos Específicos:**

- Sistematizar e historizar la implementación de la Estrategia Altas Cuidadas Hospitalarias en el Servicio de Internación N° 24.

- Caracterizar a los actores que dinamizaron el desarrollo de la Estrategia Altas Cuidadas Hospitalarias en el Servicio de Internación N° 24.
- Caracterizar socio-epidemiológicamente a la población que estuvo internada en el servicio N° 24.
- Cuantificar los tipos de escenarios de altas que se concretaron con respecto a la población relevada durante el año 2023.

## **Breve descripción del proyecto de prácticas**

### **Ingreso al campo de prácticas**

La Estrategia de Altas Cuidadas Hospitalarias (EACH) surge en el año 2019 en el Hospital Borda, a partir de un proyecto impulsado por los trabajadores del entonces Servicio de Internación N° 29, sumándose posteriormente profesionales del actual servicio N° 24. El objetivo principal consistía en construir altas cuidadas acordadas con los usuarios del Servicio, intentando evitar la cronificación de la internación y lograr una estrategia de continuidad de cuidados en la cercanía de su domicilio.

Como trabajador social, resultó accesible ingresar al campo de prácticas del equipo interdisciplinario en el Servicio de Internación N° 24 en 2019, contando además con la autorización de la jefa del Departamento del Servicio Social y con la jefa y los integrantes del equipo del Servicio de Internación.

### **Descripción de las actividades realizadas**

El cronograma que pautamos para la realización de estas prácticas pudo ser llevado a la práctica, consignando que el período entre fines de abril y mayo fue de vital importancia para la recolección de datos mediante fuentes primarias y secundarias. Luego construí la matriz de datos y desarrollé el posterior análisis, aunque debo decir que el cronograma sufrió alteraciones en cuanto a la escritura del informe, el que demoró más de lo pautado.

### **Vinculación con la tutora**

La vinculación con la tutora Esp. Belén Devoto fue muy positiva; siempre predispuesta, logramos sostener reuniones vía zoom cada 15 o 21 días, lo que me permitió ir evaluando el proceso de realización de las prácticas, así como la preparación de este informe final.

### **Hallazgos del proceso de prácticas**

### **Historización**

La EACH se empezó a llevar a la práctica en 2019, año en el cual comencé mi concurrencia en

Trabajo Social en el Hospital Borda. En aquel entonces, a través de continuas charlas con la jefa del Departamento del Servicio Social y el resto de las compañeras/colegas trabajadoras sociales (TS), se reflexionaba acerca de la importancia de evitar las internaciones cronificadas en los Servicios N° 29 y 24 del Hospital, como parte de las lógicas hegemónicas de atención.

La construcción de esta Estrategia también se fue nutriendo a partir de compartir experiencias vividas en el propio Hospital Borda por otros equipos y otras experiencias con perspectiva de desmanicomialización, tanto como los aportes del espacio del Frente Artistas del Borda, la experiencia de la Radio Colifata, el equipo del Dispositivo de Hospital de Día y el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) de la Provincia de Buenos Aires, entre otras.

Estas experiencias y reflexiones fueron el insumo para comenzar a pensar los primeros lineamientos de la EACH con el equipo del entonces Servicio de Internación N° 29, compuesto por psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales. En 2021, a partir de un proceso de reestructuración interna del hospital, el Servicio N° 29 dejó de funcionar para fusionarse con el Servicio N° 24. Dicha unificación generó la conformación de un nuevo equipo de trabajo en el que se incorporó un Médico Psiquiatra más. A mediados del 2023 se sumó una psicóloga, lo que significó un aporte significativo a la dinámica de trabajo. También menciono los aportes de los diferentes trabajadores de Enfermería, bajo dependencia del Departamento de Enfermería, quienes participaron en algunas de las reuniones del equipo interdisciplinario.

Evidencio la construcción de un enfoque interdisciplinario en el respeto que constituye la base de nuestras relaciones humanas/profesionales, que se logra a partir de continuos debates e intercambios, tanto en las reuniones formales de equipo como en las continuas interacciones cotidianas en la respectiva dinámica laboral. Se lograron así acuerdos en las estrategias terapéuticas a desarrollar para el acompañamiento de los usuarios en su singularidad. Esto no niega que en algunas ocasiones dicha construcción de acuerdos tuvo como antesala visiones antagónicas en las que, con continuos debates, se intentó construir una visión de síntesis.

En cuanto a la interdisciplinariedad de las prácticas, retomo lo expresado por Susana Cazzaniga (2002), quien afirma que es un desafío a construir, pero también una estrategia necesaria de intervención y de resistencia, ya que

...en estos nuevos escenarios no sólo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto (p. 5).

Como quedó expresado en la presentación de este proyecto de prácticas, los ejes principales de la EACH fueron:

1. Construir un alta acordada con el usuario con el objetivo de evitar la cronificación de la internación y lograr una estrategia de continuidad de cuidados en la cercanía de su domicilio y/o derivaciones a otros dispositivos institucionales con mayor grado de inclusión social.
2. Partir desde una perspectiva de derechos humanos y visión humanizadora en la atención.
3. Construir redes intra institucional e interinstitucional (articulación multiactoral e intersectorial).

#### 4. Promover abordajes interdisciplinarios (Carlini & Vita, 2021).

Asimismo, cuando se implementa un Alta Cuidada Hospitalaria (ACH), el equipo interdisciplinario reflexiona en torno a los contextos de cada usuario: tanto si existe -o no- una red afectiva (sea o no familiar) que pueda brindarle contención y acompañamiento; si el usuario cuenta con capacidades de sostener emprendimientos laborales como también su situación económica en particular; reflexionamos sobre su situación habitacional, entre otras variables. Es decir que, se intenta construir un diagnóstico situacional de cada usuario en forma interdisciplinaria.

A partir de mi propia experiencia, así como de los datos obtenidos mediante la entrevista a la jefa del Departamento del Servicio Social, uno de los principales actores que dinamizan la EACH es el propio equipo interdisciplinario del Servicio de internación N° 24, en la medida en que garantiza el dinamismo, la aplicación y concreción de la estrategia, así como la construcción en red con otros actores.

En el proceso de trabajo para la externación de los usuarios, el servicio, en el marco de la Estrategia, articula con actores de diversos campos y áreas, entre los que se destacan:

- Equipos interdisciplinarios de los Dispositivos de Residencia Asistida dependientes de la DGSM (Dirección General de Salud Mental).
- Equipos de Salud Mental de varios municipios de la provincia de Buenos Aires con los que articulamos constantemente (como Moreno, La Matanza, Quilmes, Almirante Brown, entre otros) y de varias provincias (como Mendoza, Salta, Santiago del Estero, etc).
- Equipos de varios de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC).
- Referentes afectivos (sean o no familiares) que dinamizan las redes informales en la territorialidad de vida de varios de los usuarios que están internados en el Servicio.
- Referentes que trabajan en la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), que a partir de su acompañamiento en diversos tipos de gestiones colaboran en la tramitación de beneficios para los usuarios y lograr la concreta accesibilidad a los derechos de los mismos usuarios.
- Equipos del Programa Ciudadanía Porteña y del Programa que brindan Subsidios Habitacionales (gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).
- Equipos del Dispositivo de Talleres Protegidos (CABA).
- Equipos del Programa PREASIS (CABA).
- Equipos de diversos Programas del Ministerio Público de la Defensa del Poder Judicial (tanto de CABA como a nivel nacional).
- Equipos de diversas DCP (Defensoría Curaduría Pública) y Juzgados Civiles Nacionales de jurisdicción de CABA.
- Equipos de diversos Juzgados de Familia.

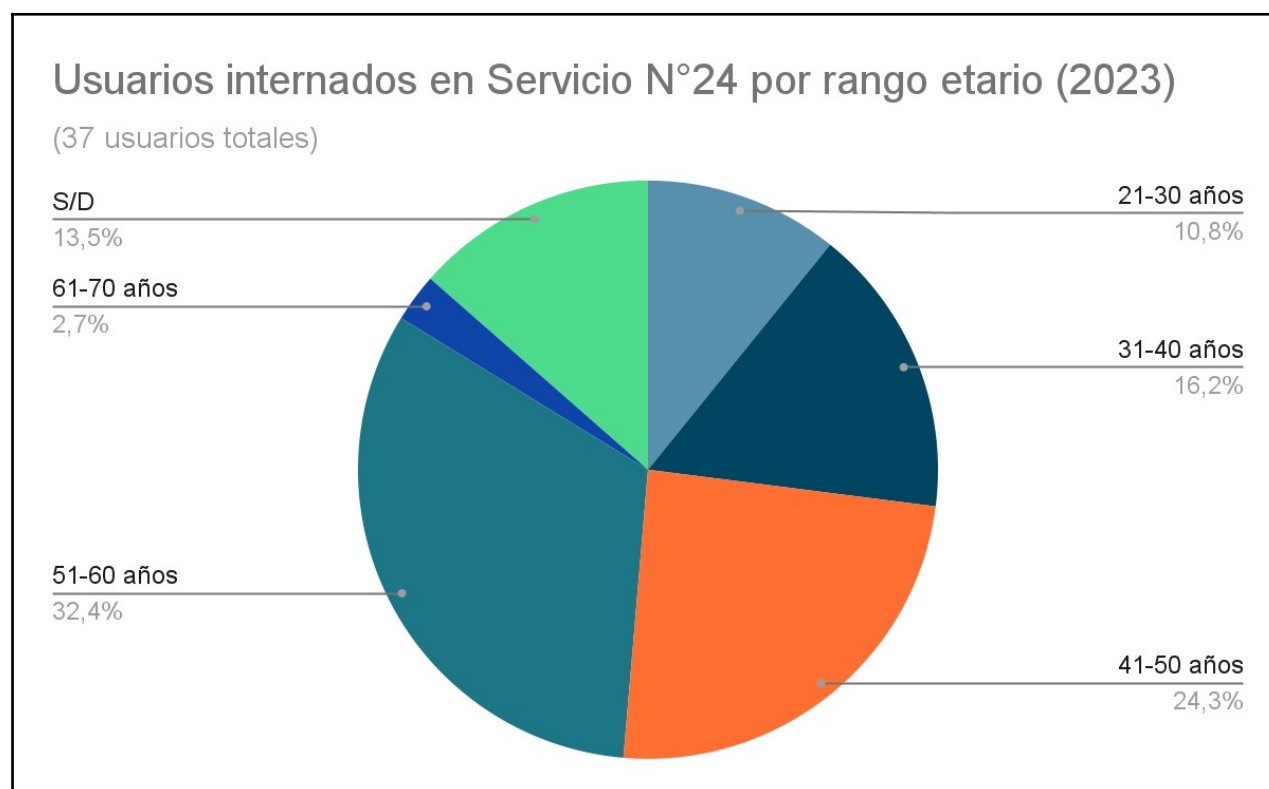
## Resultados

El proceso de análisis se realizó a través de la elaboración de una matriz en formato Excel en la que se volcaron los datos y las variables a indagar a través de la lectura de un conjunto de fuentes secundarias, en particular las Historias e Informes Sociales y las Historias Clínicas.

Se sistematizó el universo de usuarios internados en el Servicio de Internación N° 24 del Hospital Borda durante el año 2023. Para ello, se recolectaron datos socio-epidemiológicos de 37 usuarios, con quienes -al encontrarse internados en el servicio- se trabajó desde la perspectiva de la EACH con el objetivo de acompañar y promover sus procesos de externación.

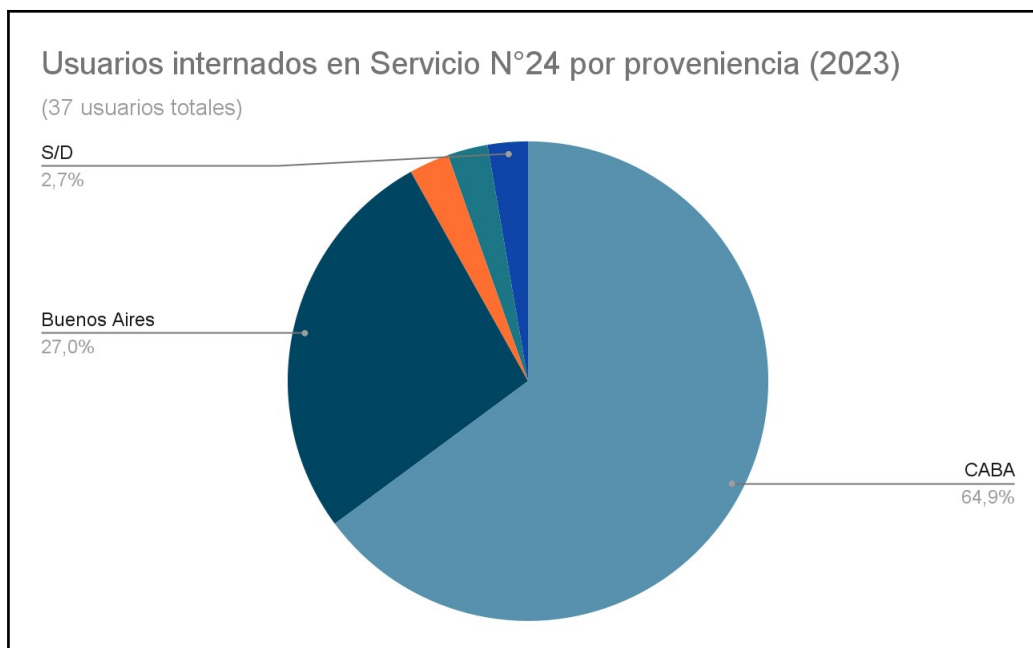
Cabe destacar que el porcentaje consignado como “sin datos” corresponde a aquellos casos en los que no fue posible indagar en las distintas variables mediante la revisión de fuentes secundarias. En su mayoría, se trata de usuarios que abandonaron los tratamientos o cuyos registros institucionales resultaron incompletos.

En cuanto a la edad, se observa un universo poblacional que oscilaba entre los 21 años hasta los 70 años de edad, siendo mayor el porcentaje (56,7%) de quienes se encontraban entre los 41 y 60 años.



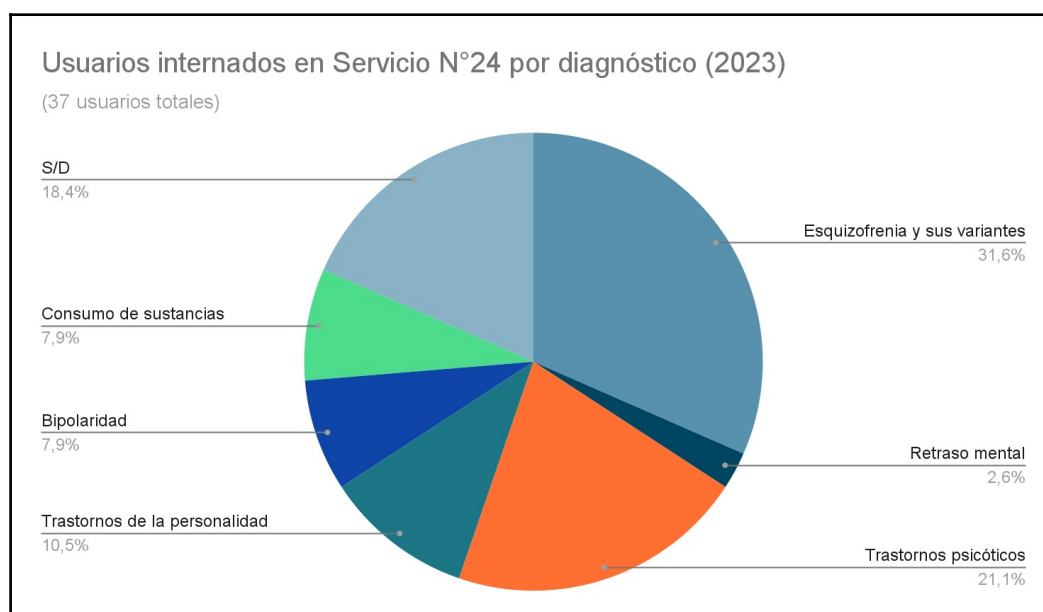
Fuente: elaboración propia

Con respecto a su proveniencia, casi el total de la muestra (91,9%) pertenecía al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), siendo la mayoría de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), seguido de residentes la Provincia de Buenos Aires.



Fuente: elaboración propia

Otro eje de análisis fue la variable “diagnóstico” y “situación sanitaria”, en la medida en que dicha clasificación figuraba en las fuentes secundarias analizadas y se desprende de los manuales biomédicos (CIE-10 y DSM-IV). Cabe aclarar que se utiliza el término “diagnóstico” en tanto las fuentes provienen de una institución de carácter manicomial -como lo es el Hospital Borda-, donde dicha categoría constituye un elemento central en la organización y registro de la información. En cuanto a los tipos de diagnósticos analizados, se destacan:



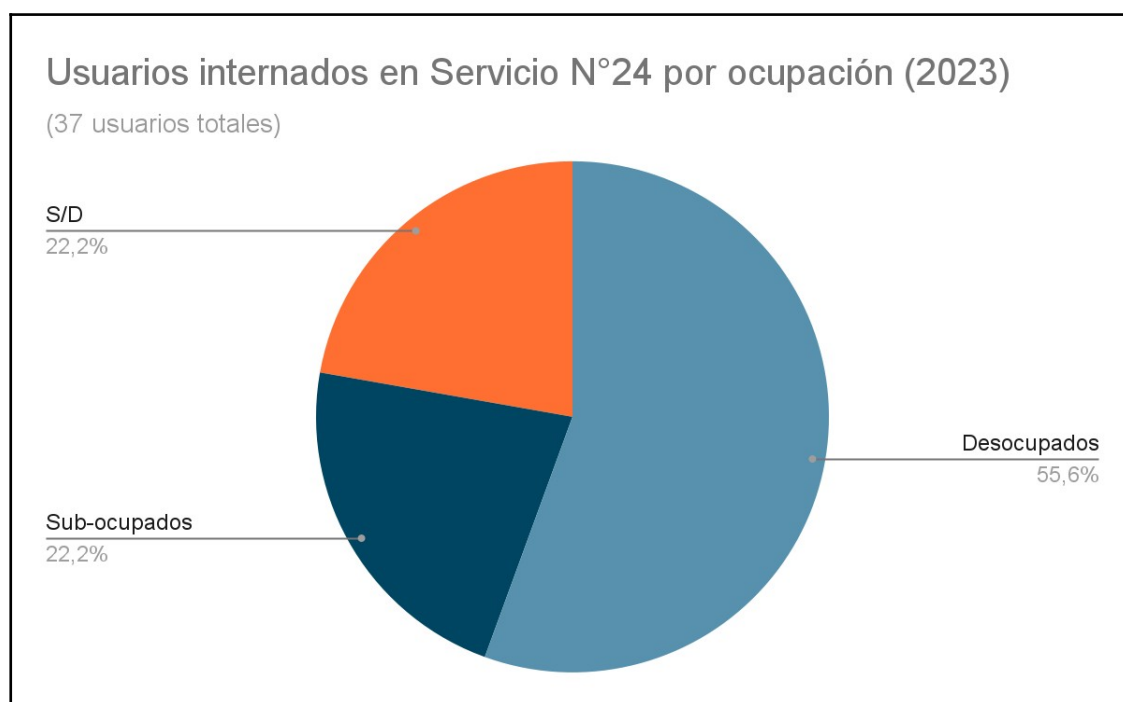
Fuente: elaboración propia

Si bien en el gráfico se presentan determinados grupos sintetizados a modo de facilitar la

presentación de los datos, se detalla que se registraron bajo la categoría de “Esquizofrenia y sus variantes”: Esquizofrenia Residual (F20.5): 7 usuarios; Esquizofrenia Paranoide (F20.0): 5; Esquizofrenia Catatónica (F 20.2): 1 usuario. “Bajo la categoría de “Trastornos psicóticos”: Trastorno Psicótico No Especificado (F 29): 5 usuarios; Trastorno Psicótico por Consumo de Sustancias (F19): 3 usuarios. Bajo la categoría de “Trastornos de la personalidad”: Trastorno Límite de la Personalidad (F32+F60.3): 4 usuarios.

Asimismo, se observa que varios usuarios, además de presentar un diagnóstico sobre su padecimiento mental, presentaban también otras patologías clínicas, tales como problemáticas de próstata, tabaquismo, VIH.

Teniendo en cuenta la variable socioeconómica, más de la mitad de la muestra se encontraba desocupada<sup>1</sup>. Asimismo, hago alusión a la categoría de “subocupados” para referirme a aquellos usuarios que esporádicamente obtienen algún ingreso dedicándose a changas y/o venta ambulante aunque en la mayoría del tiempo no cuentan con un trabajo estable, es decir que se encuentran en una relación de informalidad laboral, sin cumplir con un horario fijo formal y sin un ingreso estable.



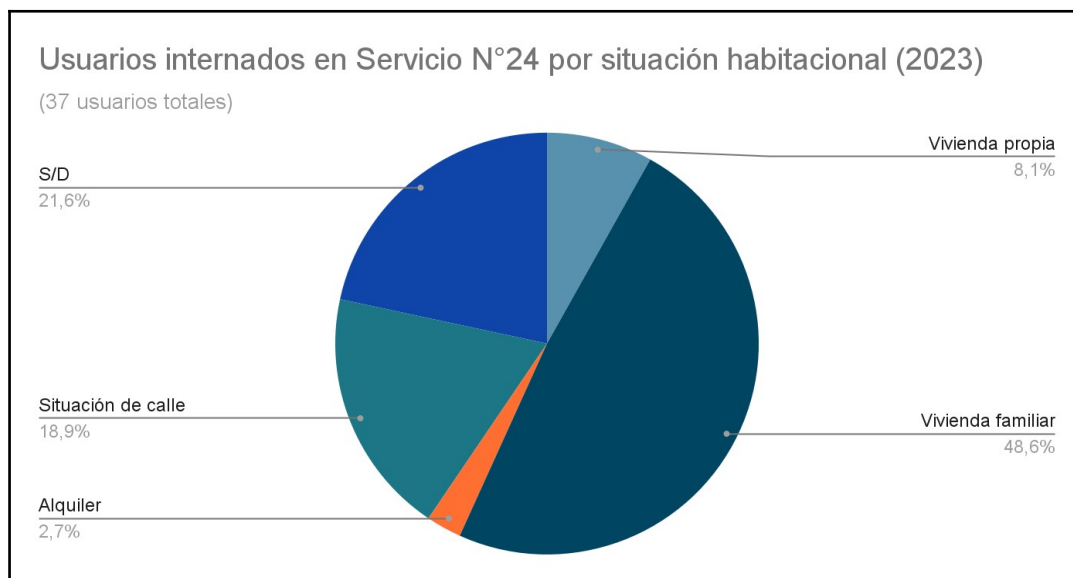
Fuente: elaboración propia

<sup>1</sup> Siguiendo las categorías ocupacionales de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) se considera “desocupado” a toda persona que sin tener trabajo se encuentra disponible para trabajar y ha buscado activamente una ocupación en un período de referencia determinado. De la misma forma, se considera “sub-ocupados” a toda persona que, durante la semana de referencia, trabajó menos de 35 horas semanales por causas involuntarias y se encuentra disponible para aumentar su tiempo de trabajo, pero no lo logra por limitaciones del mercado laboral.

Dentro de la población desocupada se observan usuarios sin empleo y sin ningún otro beneficio económico (2 usuarios) y usuarios desocupados que obtienen ingreso a partir de algunos beneficios económicos (Pensión derivada, Ciudadanía Porteña, entre otros): 17 usuarios.

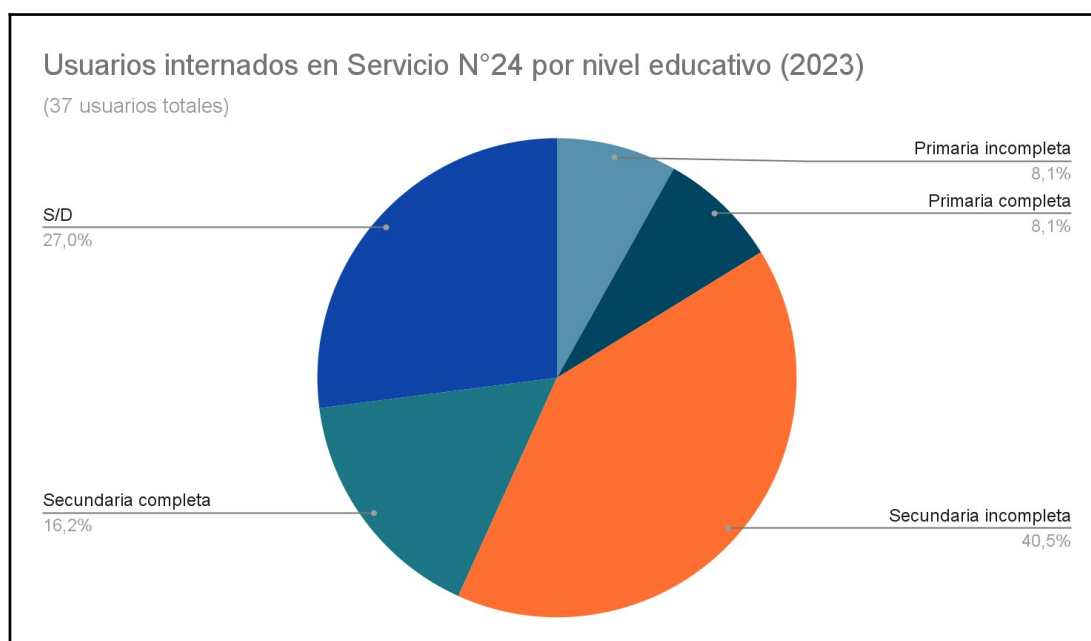
Dentro de la población sub-ocupada: Sub-ocupado con beneficios (Pensión no contributiva y otros): 3 usuarios; Sub-ocupado que no cumple con los requisitos para la obtención de la Pensión no contributiva: 1 usuario; Sub-ocupado con inicio de la gestión para la obtención del beneficio de la PNC: 4 usuarios.

En cuanto a la variable habitacional, se pudo sistematizar que la mayoría de los usuarios (48,6%) contaba con vivienda familiar. Sin embargo, se observaron muchos usuarios (18,9% de la muestra) que se encontraban potencialmente en situación de calle debido a no contar ni con vivienda propia ni familiar.



Fuente: elaboración propia

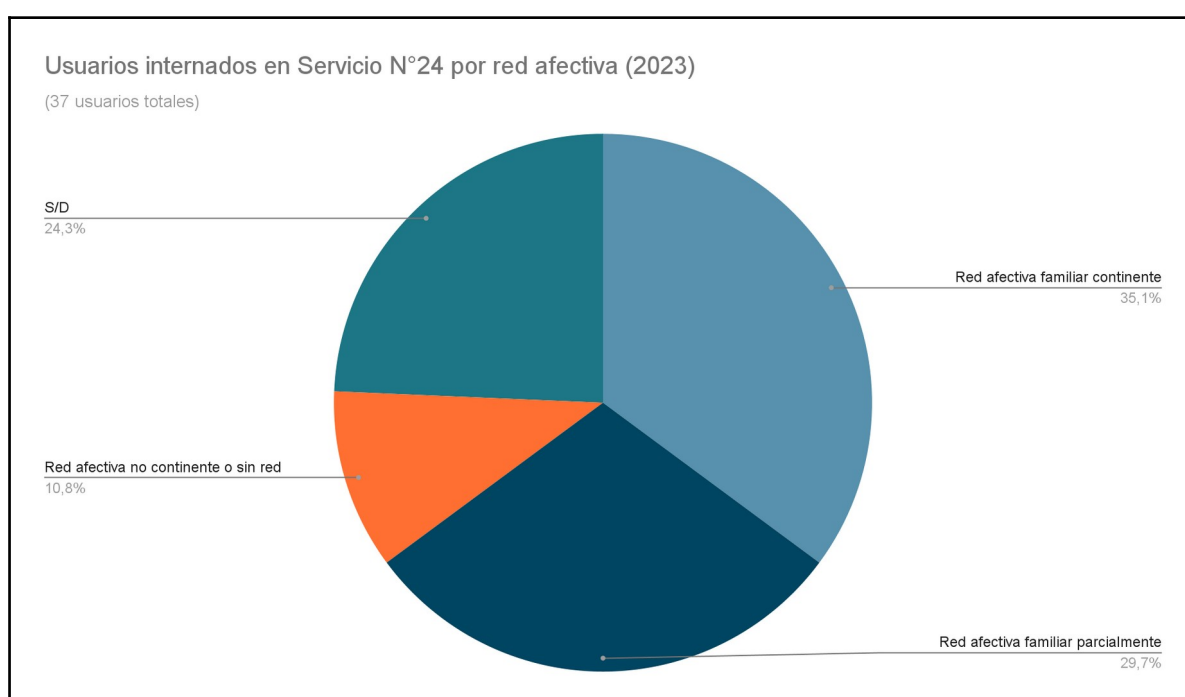
De la variable educativa se pudo sistematizar lo siguiente:



Fuente: elaboración propia

En relación con la red de apoyo y la situación vincular y/o familiar de los usuarios internados durante el año 2023, se observa que un porcentaje importante (35,1%) contaba con una red afectiva familiar continente, es decir, con vínculos que brindan acompañamiento y soporte.

Asimismo, se identificó la categoría de red afectiva parcialmente continente, que refiere a aquellas situaciones en las que la familia o red afectiva está presente, pero el acompañamiento que ofrece es discontinuo. Esto puede observarse en visitas espaciadas (promedio de una cada mes y medio aproximadamente), comunicaciones telefónicas irregulares y participación intermitente en las entrevistas propuestas por el equipo interdisciplinario. Finalmente, la categoría denominada red no continente se refiere a los casos en los que el usuario carece de redes de apoyo. En términos generales, según los datos analizados, las personas con una prolongada permanencia en el hospital suelen ser aquellas que carecen de redes afectivas y familiares identificables.



Fuente: elaboración propia

A raíz de los lineamientos de la Estrategia de Altas Cuidadas Hospitalarias (EACH) que diseñamos, las altas pueden ser:

- Escenario Alta Cuidada Hospitalaria en forma completa: se produce cuando se ha logrado llevar a la práctica un escenario de alta con una inclusión social/territorial desde una perspectiva de Salud Mental Comunitaria (SMC)
- Escenario de Alta Cuidada Hospitalaria en parte concretada: cuando el alta cuidada hospitalaria (ACH) se llevó a la práctica aunque no de forma completa partiendo de los objetivos terapéuticos en función del EACH. Por ejemplo, cuando se logra el alta por la evolución del usuario, pero no se logra profundizar el vínculo con actores territoriales o comunitarios vinculados con el mismo y/o cuando se logra un alta donde existe un acompañamiento de referentes afectivos, sean o no familiares, pero no se logró articular una

continuidad de tratamiento en la territorialidad del usuario.

- Alta Hospitalaria no cuidada: situaciones donde se concreta un alta pero no es acordada con el paciente, es decir, donde prevalece una lógica de no respeto o vulneración a los derechos del paciente.

Para ir cerrando este apartado, durante el período analizado se registraron 19 altas, de las cuales 15 correspondieron a escenarios de Altas Cuidadas Hospitalarias Completas y 4 a escenarios de Altas Cuidadas Hospitalarias en parte concretadas. A continuación, se presentan dichos datos en la siguiente tabla:

**Total de altas en el Servicio de Internación N° 24 durante el año 2023 (19 altas totales)**

<b>Escenario de Altas Cuidadas Hospitalarias Completas</b>	<b>Escenario de Altas Cuidadas Hospitalarias en parte concretadas</b>	<b>Escenario de Altas no Cuidadas</b>
15	4	0

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, los 18 usuarios restantes no recibieron ningún tipo de alta. Esto se debe a que 9 de ellos revocaron la internación, abandonando el tratamiento, mientras que los 9 restantes continúan internados. De estos últimos, 3 presentan una permanencia de entre 1 y 5 años, y los 6 restantes se encuentran institucionalizados desde hace más de 5 años. Si bien en todos los casos se han solicitado vacantes para garantizar los procesos de externación, aún se aguarda su otorgamiento.

En la mayoría de las situaciones, las solicitudes fueron dirigidas a la Dirección General de Salud Mental (DGSM) y a la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), dado que se trataba de usuarios que requerían dispositivos con alto nivel de apoyo y/o residencia asistida. Sólo en un caso se gestionó una vacante a través del Programa de Atención Médica Integral (PAMI), en un dispositivo institucional acorde a las necesidades del usuario (Dispositivo RAM P). Sin embargo, el propio usuario manifestó su decisión de no egresar del hospital, donde permanece internado desde el año 202.

### **Análisis y reflexiones**

En cuanto a las primeras variables analizadas, resulta llamativo la cantidad de usuarios que carecían de vivienda propia y que (al no existir una amplia política pública de vivienda popular) eran contenidos por sus redes afectivas y/o familiares alojándose en sus viviendas familiares. Otro dato relevante es que casi el 20% de la muestra se encontraba en situación de inestabilidad habitacional (Di Iorio et al, 2014). Siendo el acceso a la vivienda un determinante de la salud, el no cumplimiento del derecho a una vivienda digna afecta a cualquier subjetividad generando

situaciones de sufrimiento psíquico.

Otra reflexión que surge de esta caracterización epidemiológica es que ningún usuario había iniciado estudios terciarios y/o universitarios y que además un alto porcentaje no contaba con el nivel secundario completo. Este dato sugiere la existencia de una vulnerabilidad de derechos vinculada al acceso a la educación.

Desde el análisis de la variable económica se observa en la población atendida una diversidad de situaciones de subocupación y desocupación, junto con el acceso a algunos beneficios económicos, como la pensión no contributiva (PNC). Estas condiciones de vulnerabilidad y exclusión en el ámbito económico-laboral pueden incidir en la subjetividad (Basaglia, 2013) y constituir, entre otros determinantes que afectan la salud mental, un contexto que promueve la emergencia o profundización de diversos padecimientos, tales como depresiones, ideaciones suicidas, situaciones de estrés, así como un eventual incremento en el consumo problemático de sustancias, entre otros.

Otra cuestión interesante a destacar es que gran parte de los usuarios contaba con redes afectivas familiares continentes y/o parcialmente continentes, superando ampliamente a la situación de usuarios sin red afectiva familiar. Siguiendo lo propuesto por el artículo N° 9 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), considero que uno de los principales desafíos del EACH es el de propiciar articulaciones con estas redes de apoyo, así como con dispositivos de atención en Salud Mental en la propia territorialidad donde viven y proceden cada uno de los usuarios internados.

Ahora bien, a pesar de la existencia de marcos jurídicos internacionales -por ejemplo la Declaración de Caracas (OPS, 1990) o la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006)- como nacionales, por ejemplo la Ley Nacional 26.657 (2010), que plantean la externación de las personas internadas en monovalentes y la sustitución de las instituciones manicomiales, la cantidad de usuarios internados cronificados en instituciones asilares continúa siendo una problemática actual. Como bien se presenta al final del apartado de resultados, la presente sistematización me permitió observar la cantidad de usuarios (9) que permanecían internados, hecho que marca una dificultad en la aplicación de los ejes de la EACH.

Considerando la aspiración de que las internaciones fueran lo más cortas y breves posibles, lo planteado resultó un indicador que marcó una realidad negativa para el equipo. Entre las razones que explicaron la persistencia de estas internaciones cronificadas se observó un proceso de desubjetivación del usuario, producto de los años de permanencia en instituciones totales (Goffman, 2001); así como también la no existencia de redes afectivas-familiares entre quienes tenían larga estadía y/o las escasas vacantes en dispositivos comunitarios y otros dispositivos institucionales, lo que dificultaba poder garantizar la continuidad de cuidados en la comunidad.

Si bien se gestionaron las respectivas vacantes para garantizar la continuidad de los cuidados en dispositivos institucionales acordes a las necesidades de cada usuario (PAMI, ANDIS y Hogares con Centros de Día), persistieron las dificultades a causa de que algunos de los usuarios del Hospital no cumplían con los criterios de admisión. Por ejemplo, la oferta de dispositivos institucionales de ANDIS se orienta principalmente a personas con discapacidad intelectual y no a quienes presentan padecimientos mentales. En la mayoría de los casos, se reiteraron las solicitudes de vacantes en dichos dispositivos, articulando gestiones con diversos actores institucionales -como Juzgados Civiles Nacionales, Defensoría, Curadurías Públicas Oficiales del Ministerio Público de la Defensa, entre otros- sin obtener una respuesta satisfactoria. Se considera necesario problematizar esta situación en futuras investigaciones.

## Conclusiones

A lo largo del desarrollo de este informe fui planteando diversas reflexiones que también son parte de conclusiones abiertas que en la micro realidad institucional en la que estoy inserto me interpelan a seguir apostando a la intervención bajo una lógica humanizadora y de desmanicomialización en la atención y abordaje de la Salud Mental. A su vez, con respecto a los objetivos planteados para la realización de estas prácticas, considero que he podido transitarlos, siendo de una enorme utilidad para mi propia revisión y reflexión de mis propias prácticas profesionales.

En primer lugar, considero que el desafío es ampliar las lógicas instituyentes ante tanta lógica instituida (Lapassade y Lourau, 1977). Considero que en sus prácticas institucionales, los sujetos siempre pueden reformar y transformar lo instituido, lo determinado, aportando por las lógicas institucionales. Este es uno de los desafíos que podemos visualizar como profesionales de la salud, es o es apostar a la transformación de nuestras propias prácticas institucionales.

En ese sentido, la EACH es un abordaje que se impulsa dentro del Servicio de Internación N° 24 que procura, en el marco de los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental, una propuesta distinta a la lógica asilar. Desde la estrategia, como equipo apostamos a ampliar los procesos de externación sin que esto se traduzca en un proceso de deshospitización que implique el cierre de programas y dispositivos alternativos a una lógica manicomial. En línea con lo planteado por Silvia Faraone (1993), hay que transformar el Hospital Psiquiátrico, lo que no implica una deshospitización. Para esta autora, “El significado de desinstitucionalización significaba programas de reducción económica y una de las primeras operaciones consecuentes de una política de ajuste” (p. 5).

La Ley de Salud Mental es una guía progresista y reivindicadora de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Pero dicha ley tiene que estar acompañada, como lo fui mencionando en este informe final, por un aumento de presupuesto para concretar la generación de Centros de Día, Hospitales de Día y otras instancias de abordaje terapéutico. Además, acompañar esta transformación con la generación de políticas de corte universal de vivienda digna y generación de empleo digno para las personas con padecimiento mental para propiciar más Altas Cuidadas Hospitalarias e ir reduciendo las internaciones cronificadas. En este sentido, Faraone (1993) plantea que “no es posible hablar de desinstitucionalización si no se transforman sustancialmente las prácticas instituidas y por lo tanto legitimadas desde el orden institucional y social” (p. 7).

Asimismo, considero que en nuestras intervenciones se torna fundamental poder superar las visiones hegemónicas en el análisis de los padecimientos que suelen centrarse en el aspecto biológico o en sus síntomas, desplegando una visión epidemiológica contrahegemónica y humanista que invite a reflexionar sobre los múltiples determinantes (social, simbólico-cultural, económico, etc.) que influyen en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC). Para esto, a partir de la aplicación de la EACH -y en conjunto con el equipo que lo integra- se impulsa la reconstrucción y recuperación de la historia de vida de los usuarios, más allá de los diagnósticos, hecho que implica una visión de humanización, de escucha activa y de valorización de la voz del usuario.

La valorización de la propia voz del usuario, la importancia de reafirmar su propia humanización y la recuperación de su propia historización es de vital importancia para superar visiones hegemónicas positivistas ligadas al modelo biomédico. Siguiendo a Augsburg y Gerlero (2005), “la clínica, y en consecuencia también la epidemiología, construyen la enfermedad

tomando la biología como nivel de análisis a través de una visión naturalizada que privilegia del fenómeno sus determinantes y manifestaciones objetivables y le adjudica un carácter individual. Es éste ardid reduccionista el que rompe las conexiones entre los fenómenos concretos, sus manifestaciones empíricas y el contexto histórico – social” (p. 3).

A pesar de que en el Hospital siguen operando las clasificaciones diagnósticas partiendo de manuales biomédicos, nuestro desafío en cada reunión de trabajo es tensionar dichos modelos de clasificación que encasillan y dificultan la recuperación de la historización de cada usuario. Como un elemento positivo, deseo destacar que en los debates internos del equipo interdisciplinario se intenta recuperar dicha historización del sujeto para comprender otros elementos de análisis, como lo son las dimensiones que afectan la salud de los usuarios en materia económica, vincular/familiar, judicial, entre otros factores.

Tomando en cuenta lo abordado por Stolkiner (2009), en los periodos históricos donde prevalecen las gestiones que impulsan reformas neoliberales, se va a producir un aumento de las situaciones de vulnerabilidad y exclusión social. Así, otro eje que se obtiene de esta sistematización es lo referido a los determinantes que influyen sobre la salud de la población internada y cómo dichos determinantes expresan situaciones de vulnerabilidades múltiples porque tienden a afectar y potencializar los padecimientos mentales de los usuarios. Como expresé anteriormente, este análisis es fundamental para recuperar la historización de cada persona y como la realidad social atraviesa a tal sujeto.

Considero que los lineamientos generales de la EACH tienen relación con los aportes de Paulo Amarante (2009) sobre la importancia de superar los modelos cerrados de atención, siendo necesarios los cambios más radicales de transformación con perspectiva de lógica no manicomial y de abordaje comunitaria. El autor plantea que

...el punto de partida es empezar a pensar el campo de la salud mental y la atención psicosocial no como un modelo o sistema cerrado, sino como un proceso (...) que es social y que es complejo (...) cuando hablamos de proceso pensamos en movimiento, en algo que camina y que se transforma permanentemente. En este caminar van surgiendo nuevos elementos, nuevas situaciones a las que hay que enfrentarse; nuevos elementos y nuevas situaciones presuponen que existan nuevos actores sociales (p. 8).

A pesar de los múltiples obstáculos que se me presentan en mi práctica profesional dentro del Hospital Borda, deseo expresar que a partir de un enfoque con perspectiva de Salud Mental Comunitaria es lo que me interpela a seguir intentando sembrar semillas que sigan tensionando las lógicas manicomiales.

## **Bibliografía**

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Topia Editorial, Buenos Aires.
- Augsburger A.C., Gerlero S.S. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en Salud Mental. En *Revista Kairos Revista de Temas Sociales N° 15*. Universidad Nacional de San Luis.  
[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_3/augsburger\\_gerlero\\_construccion.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/augsburger_gerlero_construccion.pdf)

- Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre*. Topía, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Punto VI. URSS, 6-12 de septiembre de 1978. [https://www.paho.org/sites/default/files/APS\\_Alma\\_Atta-Declaracion-1978.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf)
- Carlini, C.H. (2020). Altas cuidadas hospitalarias. Una construcción interdisciplinaria y multiactoral. *Revista Margen N° 100*, marzo de 2021. <https://www.margen.org/suscri/margen100/Carlini-100.pdf>
- Carlini, C.H. & Vita, M. (2021). Experiencia de las estrategias Altas Cuidadas Hospitalarias en un Servicio de internación del Hospital J. T. Borda. *Revista Margen N° 91*. <https://www.margen.org/suscri/margen103/Carlini-103.pdf>
- Castells M. (2009). *El poder en la sociedad red*. En Castells, M. (2009). *Comunicación y poder*. Alianza, España..
- de Paula Faleiros, V. (1972). *Trabajo Social. Ideología y Método*. Editorial Eco, Buenos Aires.
- Di Iorio, J.; Rigueiral, G.J.; Rolando, S.V. y Kleiner, I. (2014). *En busca de un lugar: espacio social vivido, construcción de realidad y de identidad en personas en situación de calle*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-035/496>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2012). *Experiencias de sistematización de información en Salud Mental y adicciones*. Ministerio Nacional de Salud República Argentina. <https://fhaycs-uader.edu.ar/files/Publicacion%20experiencia%20planillas.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INDEC- (2011). *Encuesta Permanente de Hogares. Conceptos de Condición de Actividad, Subocupación Horaria y Categoría Ocupacional*. [https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/eph/EPH\\_Conceptos.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/eph/EPH_Conceptos.pdf)
- Faraone S. (1993). Desmanicomialización. Notas para un debate sobre los procesos de transformación de las Instituciones Psiquiátricas Asilares. *Revista Margen N° 3*, Buenos Aires. <https://www.margen.org/suscri/margen03/faraone-03.pdf>
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y Prácticas en Salud Mental*. Ed. Lugar, Argentina.
- Goffman E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editorial Amorrortu. 1 edición, 3 Reimpresión, Buenos Aires.
- Lapassade, G. y Lourau, R. (1977). *Claves de la Sociología*. Editorial Laia, Barcelona.
- Ley Nacional N° 26.529 (2009). *Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. [https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2024-04/ley\\_nacional26529.pdf](https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2024-04/ley_nacional26529.pdf)
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (200). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. <https://iah.ms.gov.ar/doc/Documento224.pdf>
- Ley 26.378. Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su

protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Menéndez, E.L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segunda Jornada de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo de 1988, Buenos Aires.  
[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)

ONU - Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

OPS - Organización Panamericana de la Salud (1999). *Declaración de Caracas*.  
[https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf)

Rovere, M. (1997). Planificación Estratégica en Salud; acompañando la democratización de un sector en crisis, *Cuadernos médico sociales* 75, 31-63  
[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad2/subunidad\\_2\\_2/rovere\\_planificacion\\_estrategica\\_en\\_salud.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_2/rovere_planificacion_estrategica_en_salud.pdf)

Stolkiner Alicia (2009). *El Sector de Salud en Argentina. ¿Qué pasó luego de la reforma Neoliberal de los 90 y la crisis del 2001?* XV Conference of International Association of Health Policy “Health and Global Crisis”, Toledo, España, 24 al 25 de setiembre de 2009.  
[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad2/subunidad\\_2\\_1/stolkiner\\_el\\_sector\\_salud\\_argentina.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_1/stolkiner_el_sector_salud_argentina.pdf)