

Proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en hospitales monovalentes seleccionados de la Provincia de Buenos Aires, 2023-2024

WILNER, Alejandro.

Médico, Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Planificación y Gerenciamiento en Salud (ENSP FiOCruz, Río de Janeiro, Brasil). Docente Titular concursado en la Universidad Nacional de Lanús. Docente Investigador categoría III de 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: alejandro.wilner@gmail.com

Recibido: 14/10/2024; **Aceptado:** 14/11/2024

Cómo citar: Wilner, A., Murua, S., Moreno Carreño, E., Tablar, M.E., Segatorri, M., Minuet, I., Sánchez, N.M., Yanco, D. y Luciani Conde, L. (2024). Proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en hospitales monovalentes seleccionados de la Provincia de Buenos Aires, 2023-2024. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 128-148.

MURUA, Sebastián.

Médico psiquiatra. Psicólogo Social. Magíster en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Coordinador de la Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Docente de grado y posgrado, UNLa. Docente de grado, UNLP.

Contacto: sebastianmurua@gmail.com

MORENO CARREÑO, Emilse.

Licenciada en Psicología y Profesora en enseñanza media y superior, Universidad de Buenos Aires. Maestranda en Salud Mental Comunitaria, UNLa. Docente investigadora e integrante del Centro de Salud Mental "Mauricio Goldemberg" y del GT "Infancias, Derechos Humanos y Salud Mental" Departamento de Salud Comunitaria, UNLa. Fundadora y Directora de "Otra Escena" equipo de salud mental desde 2004.

Contacto: emilsemoreno@gmail.com

TABLAR, María Eugenia.

Licenciada en Psicología, la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Especializanda en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Integrante de Grupo de Trabajo de Gestión y Planificación en salud mental (UNLa). Participante en proyectos de investigación y desarrollo vinculados a modelos de gestión y de atención en salud mental en la UNLa.

Contacto: mariaetab@gmail.com

SEGATORRI, Matías.

Licenciado en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestrando en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Coordinador del Centro de Salud Mental Comunitaria Mauricio Goldenberg (UNLa). Docente-Investigador (UNLa). Trabajador de Salud Mental en Municipalidad de Lanús

Contacto: matias.segatorri@hotmail.com

MINUET, Ivonne.

Trabajadora Social, Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM) Especializanda en Salud Mental Comunitaria (UNLa) Integrante de Grupo de Trabajo de Gestión y Planificación en salud mental (UNLa).

Contacto: igm.archivos@gmail.com

SÁNCHEZ, Nadia Mariel.

Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Docente e investigadora UNLa. Maestranda en Salud Mental Comunitaria, integrante de GT Niñez, DDHH y Salud Mental, UNLa.

Contacto: nadiamarielsanchez@gmail.com

YANCO, Débora Ingrid.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Doctora en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Profesora Investigadora Titular Regular del Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg" (UNLa). Consejo Nacional de Recursos Humanos en salud OPS/OMS Argentina.

Contacto: maestriasaludmentalcomunitaria@gmail.com

LUCIANI CONDE, Leandro.

Trabajador de Salud Mental. Licenciado en Psicología, Magíster en Salud Pública y Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente de las Carreras de Doctorado, Maestría y Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Profesor adjunto en Salud Pública / Salud Mental II. Facultad de Psicología (UBA). Integrante desde 2014 del Equipo Técnico del Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26.657.

Contacto: llucianiconde@gmail.com

Resumen

En el presente trabajo se presentan los resultados de la investigación *“Proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en hospitales monovalentes seleccionados de la Provincia de Buenos Aires, 2023-2024”* realizada en el marco de la Convocatoria Amílcar Herrera I+D 2022 de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. El relevamiento y análisis se realizó en los dos hospitales monovalentes de mayor envergadura en la Provincia, el Dr. Alejandro Korn y el Dr. José Esteves.

La hipótesis que guía este proceso es que la transformación del modelo de atención en marcha requiere modificaciones en el modelo de gestión de estas instituciones. Se relevaron diversas fuentes secundarias en diferentes formatos (publicaciones, conversatorios, presentaciones, encuentros de evaluación) y fuentes primarias a partir de presentaciones realizadas en posgrados de salud mental comunitaria de la Universidad. Mediante estas fuentes se analizaron los datos desde abordajes cuantitativos y cualitativos a partir de perspectivas de disciplinas diversas.

Se concluye que el apoyo político de las estructuras gubernamentales de la Provincia resulta determinante en la viabilidad de la reforma. Esto se expresa en di-

mensiones presupuestarias, de incorporación de personal y de recursos varios, de ampliación de la capacidad instalada en hospitales generales y efectores del primer nivel y en el cierre de pabellones de larga estancia en los monovalentes. Así mismo, se constata la implementación de dispositivos de gestión específicos que incluyen a diferentes actores del Estado y de la Sociedad Civil, tanto a nivel de cada uno de los hospitales seleccionados como de los niveles centrales de gobierno.

Palabras clave: modelo de atención - salud mental - modelo de gestión - reforma en salud mental

Transformation process of the care and management models in selected monovalent hospitals in the Provincia de Buenos Aires, 2023-2024.

Abstract

This paper presents the results of the research titled "Transformation Process of the Care and Management Model in Selected Monovalent Hospitals in the Province of Buenos Aires, 2023-2024," conducted under the framework of the Amílcar Herrera I+D 2022 call of the Universidad Nacional de Lanús, Argentina. The survey and analysis were carried out in the two largest monovalent hospitals in the province: Dr. Alejandro Korn

Wilner | Murua | Carreño | Tablar | Segatorri | Minuet | Sánchez Yanco | Luciani Conde

and Dr. José Esteves. The hypothesis guiding this process is that the ongoing transformation of the care model requires modifications in the management model of these institutions. Various secondary sources were surveyed in different formats (publications, discussions, presentations, evaluation meetings), along with primary sources derived from presentations in post-graduate programs in community mental health at the University. Based on these sources, data were analyzed using both quantitative and qualitative approaches from diverse disciplinary perspectives.

The conclusion reached is that the political support of the provincial government structures is crucial for the feasibility of the reform. This is reflected in budgetary dimensions, the incorporation of personnel and various resources, the expansion of installed capacity in general hospitals and first-level health facilities, and the closure of long-stay wards in monovalent hospitals. Furthermore, the implementation of specific management devices was observed, involving different state and civil society actors, both at the level of the selected hospitals and at the central government levels.

Keywords: care model - mental health - management model - mental health reform

Introducción

El presente artículo da cuenta de la investigación “Proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en hospitales monovalentes seleccionados de la Provincia de Buenos Aires, 2023-2024” realizada en el marco de la Convocatoria Amílcar Herrera I+D 2022 de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

La Provincia de Buenos Aires (PBA) representa una dimensión desafiante, su extensión es de 307.751 km² y su población es de 17.523.996 habitantes (INDEC, 2022); es decir que es la provincia más poblada del país y la segunda en extensión territorial. Específicamente en lo referido a la salud mental, su estructura es muy importante así como su capacidad de atención de los padecimientos; cuenta con 4 hospitales monovalentes: Dr. Alejandro Korn en Melchor Romero, Dr. José Esteves en Temperley, Dr. Domingo Taraborelli en Necochea y Dr. Domingo Cabred en Luján y con 178 dispositivos para el abordaje de la salud mental y los consumos problemáticos en el primer nivel de atención, distribuidos en todo el territorio (Pujol Buch, 2022). Por otro lado, cuenta también con 77 hospitales generales provinciales¹ con diferentes niveles de complejidad biomédica, que se distribuyen en 12 Regiones Sanitarias, muchos de los cuales cuentan con salas de internación y consul-

torios externos que abordan problemas de salud mental y equipos específicos que desarrollan sus actividades en las guardias externas.

La reforma en marcha en la PBA se implementa como política pública transversal a las diferentes áreas de gobierno. Se fundamenta en diversas acciones tales como la designación de nuevas y nuevos directoras y directores en los hospitales monovalentes; la puesta en vigencia de una normativa ministerial que impide la internación – y reinternación - de usuarias y usuarios en servicios de larga estadía de los neuropsiquiátricos; la implementación de un sistema de monitoreo de las personas internadas en monovalentes; la creación e implementación de un programa denominado “Buenos Aires libre de manicomios”; la disposición y los lineamientos para que en cada monovalente se elaboren e implementen planes de reforma de los modelos de atención. Este proceso ha logrado la externación de 547 personas de servicios de larga estadía a la vez que ya ha generado modificaciones estructurales en los hospitales que implican por ejemplo - en el Hospital Esteves - la apertura de muros (Faraone y Barcala, 2023).

La hipótesis principal de la investigación sostiene que, transformar el modelo de atención que propone el marco normativo nacional (Ley Nacional de Salud

Mental – LNSM - 26657) y provincial (Ley provincial de adhesión a la LNSM 14580) en salud mental requiere necesarios cambios en los modelos de gestión. Desde esta lógica, la investigación indaga acerca de las transformaciones en el modelo de gestión que se implementaron para hacer efectiva la sustitución de las modalidades asilares de abordaje del padecimiento mental grave y el consecuente desarrollo de un modelo de atención fundado en la salud mental comunitaria, la inclusión social de las usuarias y los usuarios, el fortalecimiento de sus lazos sociales y comunitarios y, en definitiva, el desarrollo de su vida autónoma con los apoyos necesarios.

Relevamos entonces cómo - y a través de cuáles dispositivos de gestión - se implementa el proceso de reforma en los hospitales monovalentes de mayor magnitud de la Provincia de Buenos Aires (PBA), los interzonales Dr. Alejandro Korn y Dr. José A. Esteves. Las dimensiones que se indagaron en este relevamiento refieren a los actores implicados, sus posiciones, sus contextos y espacios de contractualidad, los propios dispositivos y arreglos institucionales que se consensúan, así como la sustentabilidad de esas situaciones.

Otro punto importante en la investigación ha sido el impulso de este proceso de reforma a partir de la de-

cisión política de los máximos niveles decisorios del Gobierno de la PBA. En este sentido indagamos acerca de las manifestaciones y producciones políticas y normativas así como las iniciativas de financiamiento por parte del Ministerio de Salud de la provincia.

Nos propusimos como objetivo general de la investigación el de caracterizar y analizar las transformaciones del modelo de gestión de los hospitales Dr. Alejandro Korn y Dr. José Esteves - monovalentes en salud mental - de la PBA que viabilizan los procesos de reforma del modelo de atención en curso durante los años 2023 y 2024. Para ello operacionalizamos como objetivos específicos la descripción de los modelos de gestión enfatizando en las dimensiones de intersectorialidad; de participación social de usuarias y usuarios así como de trabajadoras y trabajadores; de implicación de actores en los dispositivos de gestión y, finalmente, las fortalezas y los obstáculos de los modelos de gestión y de abordaje de problemas.

Abordaje metodológico

Se trata de un diseño de carácter exploratorio-descriptivo (Marrandi, 2018), basado en la perspectiva de investigación en sistemas y servicios de salud, con enfoque cualitativo (Valles, 1996), que indaga sobre la

experiencia de reforma en salud mental de la PBA para el período temporal 2023 - 2024 a partir de un estudio de casos. El diseño incluye como estrategias de integración metodológica procedimientos de triangulación de datos (cuantitativos y cualitativos) y de disciplinas (psicología, medicina, trabajo social); por último, el procesamiento de los datos se realizó a partir de procedimientos estadísticos descriptivos para los datos cuantitativos, y análisis de contenido y discursivo para los cualitativos.

Se seleccionaron como casos los hospitales Korn y Esteves tomando como criterio su magnitud, especificidad y volumen prestacional². Se trata de hospitales interzonales, que producen abordajes para personas adultas con padecimientos severos de salud mental, y se encuentran en procesos de reforma de su modelo de atención. Estas instituciones presentan recursos de atención variados como consultorios externos, centros y hospitales de día, internación y, en ambos casos, implementan dispositivos para la externación de usuarias y usuarios, se vinculan con centros de salud del primer nivel de atención, centros culturales, centros comunitarios de salud mental, entre otros.

Las fuentes de datos primarias utilizadas son: relatos/narrativas de gestoras y gestores del Ministerio de

Salud de la PBA; directoras y directores (y gestoras y gestores) de los hospitales seleccionados y actores vinculados con los procesos de gestión en los hospitales seleccionados (trabajadoras y trabajadores, usuarias y usuarios y familiares y sus representaciones en organizaciones de la Sociedad Civil).

Las fuentes de datos secundarias utilizadas son normativas y documentos significativos relacionados con la reforma en salud mental que lleva a cabo la PBA, vinculados con los procesos de gestión interna y provincial, y sus dispositivos; conversatorios, videos y documentos disponibles en internet sobre la experiencia bajo análisis y observación participante en eventos diversos (jornadas, actividades académicas).

Contextualización del Problema

En Argentina se implementa un proceso de reforma del modelo de atención en Salud Mental desde los años 60 del siglo XX; sin embargo, la dictadura cívico militar interrumpe esta dinámica a través de la proscripción, desaparición y exilio de sus promotoras y promotores así como sus participantes.

A partir de 1983, en el marco del retorno de la democracia, se reanuda el proceso a través de la institución de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministe-

rio de Salud de la Nación. Este organismo implementa diversas experiencias piloto de transformación del modelo de atención que, a pesar de no generalizarse, constituyen hitos importantes en el proceso (Faraone y Barcala, 2020). Luego, durante la década de los 90, la reforma se ralentiza desde el nivel nacional donde el área de salud mental pierde su jerarquía de Dirección Nacional y los procesos de reforma del sistema de salud no ponen a este subsector como prioritario en sus iniciativas (Stolkiner, 2018). Esto no obsta que se desarrollen experiencias importantes en diferentes provincias del país como es el caso – por ejemplo - de la reforma de Río Negro, que logra el cierre del monovalente de Allen y la sanción, en 1991, de la Ley 2440 de “Salud Mental y Tratamiento y Rehabilitación de las Personas con Sufrimiento Mental” que justamente regula el proceso de reforma en el territorio provincial (Cohen y Natella, 2013).

Ya en el siglo XXI, la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) - sancionada en 2010 - define al padecimiento mental como un “...proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada con la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional N° 26.657) y explicita que el modelo de atención

debe fundarse en la salud mental comunitaria y en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud; por otro lado define que los abordajes deben ser necesariamente interdisciplinarios e intersectoriales para poder ser efectivos en dar cuenta del padecimiento. A la vez promueve la inclusión social y los derechos humanos de las personas en el marco de la producción de cuidados en salud mental (Wilner, 2018).

La LNSM, reglamentada en 2013 a través del decreto 603, promueve un camino de reformas que se implementan en todo el país. Se reinstaura la Dirección Nacional de Salud Mental y se invierten recursos presupuestarios en subsidios y en personal, que se distribuye en todo el país. Se formulan diversos planes nacionales en salud mental, siendo el primero en 2013, luego se formula una nueva versión en 2021 y otra en 2023, año en que también se delinea la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

Particularmente en lo referido a la Provincia de Buenos Aires, se sanciona la Ley Provincial 14.580 que adhiere a la LNSM en el año 2013 y, si bien la administración local manifiesta su apoyo al modelo de atención planteado por la normativa, los avances son escasos y con marchas y contramarchas. Los procesos de refor-

ma no logran instalarse en forma sustentable, a pesar de existir incluso procesos de desmanicomialización previos a la sanción de la LNSM y su adhesión provincial, como la del Hospital Dr. Cabred entre 2004 y 2007 (Fränkel, 2007).

Ya en 2019 comienza un proceso de fuerte impulso político que implica la transformación sistemática del modelo de atención en salud mental en toda la provincia, enfatizando en los hospitales monovalentes pero también en el resto del sistema de salud local. Se implementan procesos de externación de usuarias y usuarios de los hospitales neuropsiquiátricos, reformas edilicias y cierre de pabellones de larga estancia, se instituyen dispositivos habitacionales, sociolaborales y, centralmente, se promueve la inclusión social de las personas externadas (Barcala y Faraone, 2023).

Referencias teóricas respecto del problema

A partir de las definiciones de Galende (2015) asumimos que *“la salud mental remite a la determinación histórica, a las condiciones de vida social, material, cultural y familiar como ámbito del proceso de construcción y, consecuentemente de abordaje del padecimiento”*, por lo tanto el objeto de la salud mental se constituye en la intervención respecto de las relaciones sociales que condi-

cionan la salud y que promueven el pensamiento y el abordaje del sujeto en el contexto comunitario (Galende en Macaya Sandoval et al, 2018). En este sentido si se entiende que el sufrimiento mental está socialmente determinado es decir, que se origina en las condiciones materiales y sociales de la existencia, consecuentemente sus abordajes deben asumir dicha determinación.

Por otro lado, definimos al modelo de atención como *“todas aquellas prácticas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado”* (Menéndez, 2003); en nuestro caso referimos entonces a la totalidad de las prácticas destinadas al abordaje del padecimiento mental, enfatizando – en esta investigación – en aquellas que se producen en los servicios de salud.

En este contexto, entendemos que el modelo de atención que plantea la LNSM requiere un triple deslizamiento: desde el sujeto enfermo a la comunidad, desde el hospital monovalente a los centros comunitarios con base en la estrategia de atención primaria de la salud y el abordaje complejo del territorio y desde la psiquiatría al equipo interdisciplinario e intersectorial que integra a sujetos individuales y colectivos como actores en el proceso de abordaje del padecimiento (Desviat y

Moreno Perez, 2012). Resulta imprescindible esta transición en el modelo de atención para poder abordar el padecimiento en salud mental tal como se definió anteriormente.

Como conceptos relevantes desarrollamos también el de arreglos organizacionales y el de dispositivos. En cuanto a este último, tomamos de Kaminsky (2023) la definición de que un *“...dispositivo es una red de atravesamientos microsociales y micropolíticos que adquieren una configuración específica, una cristalización jurídica y muchas veces una coagulación profesional (el maestro, el médico, el policía...) espejo ampliado que regresa a cada uno de sus actores el lugar imaginario hacia el cual conducen o desean conducir sus fuerzas y energías.”* Así asumimos a esta forma organizacional como un recurso que, sin modificar necesariamente la estructura formal de la institución, se configura para dar cuenta de algún o algunos problemas de la práctica y, para esto, congrega diferentes recursos – profesionales o no profesionales – con una finalidad determinada. Por otro lado, conceptualizamos a los arreglos organizacionales como compromisos entre diferentes actores institucionales así como ámbitos de competencias y responsabilidades profesionales que contribuyen a reformular los espacios de prácticas y los procesos de trabajo al interior de los servicios (Campos, 2021). En este sentido, estos arreglos se presentan

con una dimensión estratégica para generar prácticas de cuidado sustitutivas respecto de las vigentes en el modelo manicomial (Parodi et al, 2024).

Tal como se plantea en la hipótesis de este trabajo, entendemos que debe haber coherencia entre la conceptualización de la salud mental, su modelo de atención y el de gestión. En este sentido, asumimos la lógica que propone el postulado de coherencia formulado por Mario Testa (1995), a partir del cual resulta necesario articular los “...propósitos, métodos para alcanzarlos y organización de las instituciones que se encargan de ello”. Así, parece evidente que no es posible una transformación tan importante como la que plantea el proceso de reforma del modelo de atención en salud mental, sin una consiguiente modificación de los modos en que circula el poder en las instituciones así como de los modelos con que se regulan las prácticas organizacionales. En este contexto de análisis, sostenemos que no parece posible promover un proceso de transformación del modelo de atención que propone abordajes integrales, interdisciplinarios, intersectoriales, con participación de usuarias y usuarios así como de sus familiares, si los modelos de gestión continúan siendo disciplinares, fragmentarios, sectoriales, autoritarios, expulsivos de usuarias y usuarios así como de sus ámbitos de inclusión social (Wilner, op cit).

Si definimos a la gestión como un campo donde los actores sociales disputan poder y producen contractualidad, lo reconocemos también como un espacio social en donde los sujetos colectivos se instituyen con la intencionalidad de implementar su proyecto político institucional; así en ese espacio – desigual en términos de poder, por definición - intentan producir acuerdos en procura de la construcción de gobernabilidad y viabilidad para su propuesta de intervención en el campo (Wilner, op cit). En este sentido, la gestión es un proceso relacional que se desarrolla en el contexto de la relación entre actores sociales que, al seleccionar problemas de acuerdo con sus intereses y deseos, explicarlos según su marco ideológico y definir procesos de intervención como consecuencia de la dinámica explicitada, intentan incidir sobre la realidad en la que están inmersos, promoviendo vínculos basados en la generación de contratos – no siempre consensuales – que les son más o menos favorables a sus proyectos (Wilner et al, 2023).

El abordaje de los problemas de coherencia entre el modelo de atención que propone la reforma y el modelo de gestión que se requeriría para esto, podría abordarse desde la implementación de dispositivos de cogestión. Estos recursos articulan tres procesos fundamentales: la promoción de las relaciones interprofesionales, el

desarrollo de abordajes a partir de la interdisciplinariedad y la institución de equipos multiprofesionales con corresponsabilidad en el cuidado de la salud, donde las/los usuarios así como sus familiares y sus contextos sociales significativos, sean protagonistas. Desde esta perspectiva, estos procesos de cogestión podrían hacer las veces de un espacio de comunicación y deliberación conjunta donde se compartirían saberes y se definirían flujos de circulación en las redes que articularían espacios gubernamentales y sociales de producción de salud (Oliveira y Campos, 2015).

El plan terapéutico centrado en las/los usuarias/os podría hacer las veces de articulador de los procesos de gestión con los de atención; si este se centra en el cuidado y las necesidades integrales de quien demanda, se produciría una articulación entre la macropolítica – la gestión organizacional – con la micropolítica – determinada por la gestión del proceso de trabajo y de la producción de trabajo vivo en acto (Merhy, 2021) produciendo autonomía en las usuarias y los usuarios, priorizando el fortalecimiento de sus redes, promoviendo su inclusión social y organizando las líneas de cuidados (que articulan diferentes procesos de trabajo profesionales y no profesionales así como espacios diferentes de producción de cuidados).

En este sentido, el plan terapéutico como expresión de la gestión organizacional, podría impactar no sólo sobre el modelo de atención sino también sobre el de gestión, ya que vincularía los actos cuidadores producidos desde la organización con los deseos de las usuarias y los usuarios por la recuperación y el restablecimiento de espacios de autonomía. De esta manera, los procesos podrían organizarse a partir de la asignación de responsabilidades en la gestión de los cuidados, la relación social y el propio proceso de trabajo individual y colectivo. El resultado de este modelo de gestión sería la institución del plan terapéutico singular acordado entre cuidadoras y cuidadores y usuarias y usuarios como organizador institucional (Malta y Merhy, 2010).

De esta manera, el modelo de gestión procuraría la articulación de los recursos necesarios para el apoyo en el desarrollo de líneas de cuidados reorganizando las dinámicas de trabajo hospitalarias, superando la estructuración por servicios, actuando no sólo sobre la promoción de la autonomía de las usuarias y los usuarios – que operacionaliza el concepto de salud – sino también interviniendo sobre los determinantes sociales de la salud promoviendo articulaciones intersectoriales, intervenciones normativas y regulatorias, acciones comunitarias, fortalecimiento de redes, entre otras (Malta y Merhy, op cit).

Resultados

Una primera constatación es que el proceso de reforma en salud mental en la PBA cuenta con un muy importante apoyo político; la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud imprime una dinámica y una gestión política tanto a nivel del Ministerio de Salud de la PBA como en el resto de las reparticiones del gobierno provincial, incluso con un involucramiento muy importante del Gobernador. Este apoyo es uno de los puntales del proceso de reforma. En este sentido la oferta de subsidios de otros Ministerios y organismos del gobierno provincial y la constitución de espacios de gestión intersectorial vinculados con el proceso de reforma así como la participación del Gobernador en diferentes actividades y anuncios relacionados con el área, son evidencia de esta situación.

De hecho el trabajo interagencial se propone como uno de los ejes de la reforma. En este sentido se articula una comisión interministerial que concreta acciones en la construcción de viviendas, en la oferta de subsidios, en la provisión de garantías de caución – por parte del Banco de la Provincia de Buenos Aires - para que las usuarias externadas y los usuarios externados puedan acceder al alquiler de una vivienda o también en la arti-

culación de acciones culturales en los predios que ocupan los hospitales monovalentes de manera de promover el acceso de la comunidad a estos espacios.

Esta decisión política de la Subsecretaría se manifiesta también en la promulgación de normativas que disponen el cierre de pabellones de larga estadía en los hospitales bajo análisis, con la consecuente externación en casas que alojan entre 2 y 8 usuarias y usuarios que tienen diferente condición dominial, ya sea alquiladas o de propiedad de la PBA, construidas *ad hoc*, incluso en el mismo predio de los hospitales, como es el caso del Dr. Alejandro Korn.

En diferentes espacios, las gestoras y los gestores de los niveles hospitalarios definen al Programa “Buenos Aires libre de Manicomios” como un articulador relevante en el proceso. Esta iniciativa prescribe una serie de normativas (entre ellas, el cierre de los pabellones de larga estancia definidos en el párrafo anterior) así como el desarrollo de procesos de monitoreo periódicos (cada 6 meses) que se constituyen en dispositivos importantes en el proceso de implementación y seguimiento; esta actividad se regula a través de una disposición del Ministerio de Salud de la provincia. Para la alimentación de datos para este mecanismo de monitoreo se instituyó también un sistema de información

específico que cuenta con un “*set*” de indicadores que se relevan en forma sistemática en los diferentes efectores bajo análisis.

Otro de los dispositivos específicos para la gestión de la reforma es el de la institución de un espacio de reflexión compartida donde participan las Directoras y los Directores de los cuatro hospitales monovalentes de la PBA, este espacio de gestión promueve la implementación de una política común entre los diferentes efectores.

Es de destacar también la implementación de un dispositivo de fiscalización y habilitación de efectores del subsector privado de salud. Además de una serie de normativas que regulan los procesos de adecuación de clínicas y sanatorios monovalentes, dispone de un efector específico que realiza inspecciones a los efectores y contractualiza planes de adecuación en su modelo de atención.

Por otro lado, se implementa un proceso de descentralización de los procesos de atención desde los hospitales seleccionados hacia los hospitales generales y los servicios del primer nivel de atención. En el primer caso se ha ampliado en el 60% la cantidad de camas asignadas a salud mental en los hospitales generales de

la PBA, donde también se han incorporado equipos interdisciplinarios para la atención de las urgencias. En el caso del primer nivel de atención se habilitaron 187 dispositivos (Centros Provinciales de Atención – ex Centros de Prevención de Adicciones, CPA – y Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos) y se organiza la vinculación con las redes de atención de los Centros de Salud de los municipios de la provincia (Calmels, 2024). En esta línea, se implementan acciones de georreferenciamiento en forma conjunta con los diversos municipios que funcionan como dispositivo que colabora en los procesos de descentralización de la atención.

En términos del financiamiento del proceso de reforma, los recursos físicos así como el personal que se incorpora en ellos, se presupuestan a partir de fuentes del Ministerio de Salud de la PBA, tanto en lo referido a las áreas hospitalarias como a las asignadas de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud. Es de destacar la incorporación de trabajadoras y trabajadores como otro de los ejes del proceso de reforma, en este sentido se sumaron 112 profesionales en equipos interdisciplinarios de urgencias en los hospitales generales y 337 trabajadoras y trabajadores en equipos de salud cuya función es el acompañamiento de las personas exter-

nadas (Calmels, op cit). En esta lógica se han reforzado también los programas de tecnicatura de acompañamiento terapéutico.

En el caso de los aportes económicos para usuarias y usuarios, las fuentes son diversas, como pensiones no contributivas y el Programa “PROMOVER” (ambos de fuentes del Estado Nacional que experimentan fuertes restricciones a partir del ajuste presupuestario en implementación desde diciembre de 2023) y otras del gobierno de la PBA y sus organismos dependientes como en el caso de subsidios del Ministerio de Desarrollo de la Comunidad y del Poder Judicial (en el caso de las curadurías). También se incrementaron los aportes del subprograma de externación de salud mental de la PBA (SUPEBA), que establece un aporte económico fijo para las usuarias y los usuarios con fuente de la propia provincia.

Encontramos también particularidades en cada uno de los hospitales seleccionados. En el caso del Dr. Alejandro Korn, el proyecto de sustitución está vinculado con la incorporación progresiva del área de salud mental al hospital general, con la institución de dos servicios, uno de urgencias en salud mental y otro de apoyo en la comunidad para personas con padecimientos mentales graves. Por otro lado, en este caso, la for-

mulación del plan de adecuación en proceso de implementación contó con la participación de trabajadoras y trabajadores así como organizaciones de la comunidad vinculadas con el hospital. Por otro lado, en el contexto de la construcción de casas para la externación de usuarias y usuarios, se realizan acciones de articulación y contractualización con actores de los barrios donde se radican estos dispositivos habitacionales. Hasta el momento se han construido diez casas en las que el personal del hospital provee apoyos a las usuarias y los usuarios externadas y externados.

En el caso del Dr. José Esteves, si bien los cambios en cuestiones de infraestructura no aparecen como tan importantes, sí se experimentan relevantes transformaciones en el modelo de atención. En este aspecto, se realizó la articulación de los diferentes dispositivos que funcionaban en el hospital para la externación de usuarias consolidándolos en un solo dispositivo, la sala de residencia para la externación; a la vez, se define que el PREA³ sólo se dedique a las actividades extramurales.

Por otro lado, se realizan vinculaciones con diferentes actores (como Centros de Jubilados o delegaciones del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) a fin de que participen en talleres y actividades que se realizan en el hospital. También en este caso,

las trabajadoras y los trabajadores participan en espacios de decisión respecto de diferentes temáticas como las salas a cerrar, la definición de espacios de trabajo según intereses, el acompañamiento de los procesos de externación de usuarias, etc. Finalmente, desde el Esteves y con acompañamiento de la Subsecretaría, se articula una red con los hospitales generales de la Región Sanitaria VI del Ministerio de Salud de la PBA (a la que pertenece el hospital) desde la que se promueven abordajes conjuntos y coordinados en espacios de reunión sistemática y periódica.

Conclusiones

Resulta claro, a partir del relevamiento y del análisis realizado, que se han implementado diversos dispositivos de gestión en los efectores seleccionados así como a nivel del Ministerio de Salud para la puesta en marcha y el desarrollo de las importantes transformaciones del modelo de atención en salud mental. Así mismo, la institución de mecanismos que articulan a diferentes actores del Estado así como de la Sociedad Civil promueven la participación intersectorial y de actores comunitarios y barriales. Cabe destacar también la implementación de procesos que habilitan la intervención de trabajadoras y trabajadores en la toma de decisiones al interior de los hospitales bajo análisis.

El importante apoyo político al proceso de reforma generado por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de Salud, el Ministerio de Salud y el Gobernador de la PBA resultan determinantes en la dinámica impresa a este proceso. Este fundamento viabiliza la articulación con otros sectores y organismos de la provincia como la Comisión Interministerial, el trabajo interagencial y los aportes presupuestarios así como los subsidios a usuarias y usuarios como en el caso del Ministerio de Desarrollo de la Comunidad o los seguros de caución del Banco de la Provincia de Buenos Aires para la garantía de alquileres. En este sentido, también son importantes los aportes de las áreas de infraestructura para la construcción de casas para personas externadas, las modificaciones estructurales en los hospitales (monovalentes y generales) así como la construcción de recursos físicos como los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Esto se expresa también cuando se define la importante incorporación de personal que se realizó en el área de salud mental durante el período. En este caso, las trabajadoras y los trabajadores han sido incorporadas e incorporados como personal temporario, esto se podría constituir como una debilidad del proceso, ya que eventualmente podrían no consolidarse las plan-

tas de personal adicionadas en caso que hubiera ajustes presupuestarios o cambios políticos. Las trabajadoras y los trabajadores que se han sumado desempeñan labores de gran importancia, como por ejemplo, el abordaje de las urgencias subjetivas en las guardias de los hospitales generales o el trabajo en el territorio en los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Por otro lado, resulta muy relevante la elaboración e implementación de normativas trascendentes para los procesos de gestión como son las vinculadas con la prohibición de la internación en pabellones de larga estadía e, incluso, las que disponen el cierre de esos espacios en los monovalentes. En este sentido, también es importante la institución del Programa “Buenos Aires libre de Manicomios”, un arreglo institucional que protagoniza el proceso de reforma instituyendo el monitoreo y el seguimiento semestral de las acciones de transformación del modelo de atención en los monovalentes. En este marco se formaliza un sistema de información, regulado a partir de una Disposición de la Subsecretaría, que releva sistemáticamente un conjunto de indicadores para la función de monitoreo.

Otro arreglo institucional importante en la gestión del proceso de reforma son los planes de adecuación de

cada uno de los hospitales seleccionados. Estos son instrumentos que han sido elaborados con el liderazgo de quienes gestionan el proceso, tanto en la Subsecretaría como en los hospitales, y con la participación de trabajadoras y trabajadores de cada una de las instituciones implicadas. Esta construcción colectiva determina el compromiso de los colectivos de trabajadoras y trabajadores en la reforma.

Se instituye también como dispositivo de gestión el espacio de reflexión y coordinación que articula a las directoras y los directores de los hospitales monovalentes. Este recurso permite el intercambio de experiencias y organiza un progreso común de la política pública a la vez que habilita la revisión de los procesos. Así mismo, colabora con las acciones de descentralización de la atención en salud mental desde los hospitales monovalentes hacia los diferentes efectores del subsistema público de salud (hospitales generales, centros de atención primaria de salud, centros provinciales de atención y centros comunitarios de salud mental y consumos problemáticos).

En este último sentido, los procesos de descentralización requieren de acciones de articulación con efectores (hospitales generales) pero también con otros niveles de gobierno (el caso de los Municipios que en

la PBA son los responsables de los centros de atención primaria de la salud). Así la experiencia del hospital Dr. Esteves es interesante en la implementación de una red de hospitales generales de la Región Sanitaria VI, cuyo dispositivo de gestión se reúne periódicamente.

Otra característica del proceso de gestión en ambos hospitales seleccionados es el del monitoreo de los procesos de reforma por parte de las trabajadoras y trabajadores. Los colectivos que les representan, ya sea en asambleas o en reuniones específicas participan de la toma de decisiones y de los pasos a seguir. Específicamente en el caso del Dr. Esteves, se dirime en asamblea cuáles son las salas a cerrar y las trabajadoras y trabajadores participan en la definición de cuáles son los procesos de trabajo en los que se implican. En ambos casos, también, participan del proceso de reforma diferentes actores de la sociedad civil, ya sea de los barrios donde se localizan las casas donde habitan las personas externaladas – como en el caso del Dr. Korn – o de la implicación de Centros de Jubilados o agencias del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, como en el caso del Dr. Esteves.

En síntesis, resulta claro que se han implementado tanto dispositivos como arreglos institucionales para la transformación de los modelos de gestión en coheren-

cia con las relacionadas con las del modelo de atención en salud mental. Se registran importantes avances en ambos procesos.

En términos de sustentabilidad de las transformaciones, encontramos diferentes variantes, desde la institución de normativas que regulan los procesos y consolidan las transformaciones (como las referidas a la prohibición de la internación en pabellones de larga estancia o incluso el cierre de estos espacios, la implementación de un sistema de información que alimenta los procesos de monitoreo y seguimiento), mientras otras presentan debilidades en este sentido como la incorporación de personal con régimen temporario de contratación o subsidios para usuarias y usuarios que dependen de decisiones políticas y presupuestarias que pueden modificarse a partir de la implementación de ajustes en las cuentas de la provincia o modificaciones en sus autoridades.

También en términos de sustentabilidad, se plantean interrogantes respecto de las modificaciones en los procesos de toma de decisiones en los propios hospitales seleccionados, ya que dependen de acciones de las directoras y los directores de esas instituciones. Nos referimos a la participación de las trabajadoras y trabajadores en la toma de decisiones respecto de la im-

plementación de la reforma, así como los espacios de reflexión y de articulación. En la medida en que estos procesos tengan bajos niveles de institucionalización y formalización, advertimos que pueden ser modificados en un eventual cambio de autoridades.

Bibliografía

Barcala, A. y Faraone, S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. *The Lancet Psychiatry*, (10) 8, 579-580. DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00114-1

Calmels, J. (2024). *Exposición en Primer Seminario Internacional sobre Viviendas de Transición (VIVA)*. Fundación Doncel, Buenos Aires, Argentina

Campos, G.W.S. (2021). *Gestión en Salud: en defensa de la vida*. Cuadernos del ISCO. Editorial de la UNLa. DOI:10.18294/9789874937803

Canal de YouTube Oficial Salud mental y consumos problemáticos Provincia de buenos aires (videos de encuentros provinciales desde 2020) https://www.youtube.com/channel/UCQQqGBuYad1XmzYP9CO-YH5g?view_as=subscriber

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

Desviat, M. y Moreno Pérez, A. (2012) *Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Estudios /47.

Faraone, S. y Barcala, A. (2020). *A diez años de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordinadas para una cartografía posible*. Teseo.

Fränkel D. (2007). *Plan Estratégico Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred" 2006-2010*. 2º Ed. Editorial Nueva Librería.

Galende E. (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Lugar Editorial.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (2022). *Censo 2022. Resultados definitivos*.

Kaminsky G. (2023). *Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Cuadernos del ISCO. Editorial de la UNLa. DOI: [10.18294/9789878926445](https://doi.org/10.18294/9789878926445)

Macaya Sandoval, X., Pihan Vyhmeister, R. y Parada B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215-232

Malta D.C. y Merhy E.E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, (14) 34, 593-605

Marrandi, A.; Archenti, N.; Piovani, JI. (2018) *Manual de metodología de las ciencias sociales*. Bs. As. Argentina: Siglo XXI Editores.

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. DOI: 10.1590/S1413-81232003000100014

Merhy, E.E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Cuadernos del ISCO. Editorial de la UNLa. DOI [10.18294/9789874937988](https://doi.org/10.18294/9789874937988)

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/estrategia-federal-de-abordaje-integral-de-la-salud-mental>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020). *Programa "Buenos Aires libre de manicomios". Programa de apoyo a los procesos de externación sustentable destinado a las personas institucionalizadas en los Hos-*

pitales Neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/ar-b/resolucion/2020/2805/221562>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2021). *Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires. Informe año 2021*. Disponible en https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2023/03/informe___final.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema integrado y solidario de salud. 2022-2027*. Disponible en https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PCIAL_SALUD_MENTAL_-2022_07_13.pdf

Oliveira, M.M. y Campos, G.W.S (2015). Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 229-238. DOI: 10.1590/1413-81232014201.21152013

Parodi, M., Gerlero, S. y Velzi Díaz, A. (2024). Apoyo matricial en Salud Mental: una mirada desde equipos de centros de salud del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 99-124

Protto Blanc, M. (2020). *Consideraciones sobre el Plan Integral de Adecuación a la Ley N° 26.657 del Hospital Interzonal Especializado en Neuropsiquiatría de Agudxs y Crónicxs Dr. Alejandro Korn*. Disponible en https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/SE-DICI_c848f95df0241691d94ff16dfa0282bd

Pujol Buch V. (2022). "Nuestro proyecto es dejar mojones de no reversibilidad" *Un diálogo entre la reforma psiquiátrica de Trieste, la UNLa y las políticas de reforma en salud mental de la provincia de Buenos Aires*. Viento Sur.

Stolkiner, A. (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental: Breve Historización contextualizada. *Revista Digital Soberanía Sanitaria*, (4).

Testa, M. (1995). *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de Salud)*. Buenos Aires

Valles, M. (1996) *Técnicas Cualitativas de Investigación Social Reflexión Metodológica y práctica profesional*. Síntesis.

Wilner, A. (2018). La mesa de gestión intersectorial en salud mental comunitaria del Municipio de Lanús como dispositivo promotor de la problematización del campo de la salud Mental (período 2013 - 2015). Re-

vista Salud Mental y Comunidad, (5), 77 -89. DOI: <https://doi.org/10.18294/smcy.2018.5029>

Wilner, A. y Torricelli, F. (Comp.) (2023). *Praxis en Salud Mental: Abordajes y Procesos de Cuidados*. EDUNLA Editorial.

Notas

1. Sólo se reseñan los hospitales generales provinciales; a estos se suman los servicios municipales con internación que son 325 en toda la PBA (Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización, 2024)

2. No se incluyeron en la selección muestral a los otros dos efectores monoivalentes de la PBA por diferentes razones. En el caso del Hospital Sub Zonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo J. Taraborelli, de la localidad de Necochea, en razón de su pequeña dimensión y lo avanzado del proceso de sustitución (de hecho se cierra como monoivalente en 2024); en el caso del Hospital Dr. Domingo Cabred de la localidad de Open Door, por tratarse de un efector con una modalidad histórica atencional (colonia psiquiátrica) destinado a un perfil de población particular constituido por personas con problemáticas de discapacidad intelectual.

3. El PREA (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida) es una iniciativa que se implementa en la PBA – y particularmente en el Hospital Dr. Esteves – desde fines del siglo XX. Durante mucho tiempo fue la única acción organizada para la externación de usuarias y usuarios en los monovalentes de la provincia, muchas veces con un gran esfuerzo de las y los trabajadores que lo integraron.

