

# Salud Mental en las Fronteras: Archivos y Testimonios del Hospital Carrillo en Misiones

**GOMEZ, Leandro Emmanuel.**

Psicólogo, Master en psicoanálisis, Especialista en salud mental, Docente Universitario. Profesional del hospital de Salud Mental Dr. Ramón Carrillo, Posadas, Misiones.

Contacto: [gomezleandro\\_pos@ucp.edu.ar](mailto:gomezleandro_pos@ucp.edu.ar)

Nº ORCID: 0009-0003-2698-0684

**CIGANDA, Franco.**

Licenciado en Psicología (UCP). Especialista en Salud Mental (RISaM) Especialista en Docencia Universitaria (UNaM). Docente en Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNaM. Tallerista grupal de Usuarios con Consumos Problemáticos en Centro de Prevención de Adicciones y Control de Drogas. Posadas, Misiones.

Contacto: [fciiganda@fhycs.unam.edu.ar](mailto:fciiganda@fhycs.unam.edu.ar)

Nº ORCID: 0009-0002-0917-2223

**Recibido:** 31/07/2025 - **Aceptado:** 16/10/2025

**Cómo citar:** Gómez, L.E., Ciganda, F., Parayba, L.Y., Medina Litter, M., Zabel, Y.K., Da Silva, E., Journet, W.A., Gorosito, O.M., Suarez, L.D. y Obregón, R.S. (2025). Salud Mental en las Fronteras: Archivos y Testimonios del Hospital Carrillo en Misiones. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 83-104

**PARAYBA, Luciana Yael.**

Licenciada en Psicología. Esp. en Salud Mental Comunitaria. Docente universitaria. Ex residente de Salud Mental del Hospital Dr. Ramón Carrillo (RISaMC). Posadas, Misiones.

Contacto: [lucianaparayba@hotmail.com](mailto:lucianaparayba@hotmail.com)

Nº ORCID: 0009-0004-2002-498X

**MEDINA LITTER, Melany.**

Licenciada en Psicología. Esp. en Salud Mental Comunitaria (RISaMC).

Contacto: [mmedinalitter@gmail.com](mailto:mmedinalitter@gmail.com)

Nº ORCID: 0009-0001-1446-8478

**ZABEL, Yenhy Karina.**

Licenciada en Trabajo Social. Residente de 3º año en Salud Mental Comunitaria (RISaMC).

Contacto: [yenzabel@gmail.com](mailto:yenzabel@gmail.com)

Nº ORCID: 0009-0007-0282-9081

**DA SILVA, Eloana.**

Licenciado en Enfermería. Residente de tercer año en Salud Mental Comunitaria (RISaMC).

Contacto: eloana065@gmail.com

Nº ORCID: 0009-0004-3974-1903

**JOURNET, Walter Alejandro.**

Licenciado en Enfermería. Especialista en Salud Mental Comunitaria (RISaM). Jefe de Residentes 2025. Docente: En Enfermería (IPESMI)

Contacto: lic.walterjournet@gmail.com

Nº ORCID: 0009-0005-9776-4174

**GOROSITO, Oriana Melany.**

Licenciada en Psicología. Residente de 3º año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaM) del Hospital Nivel I de Rehabilitación en Salud Mental "Dr. Ramón Carrillo" Posadas, Misiones

Contacto: gorosito.psi@gmail.com

Nº ORCID 0009-0004-3869-0219

**SUAREZ, Lucas David.**

Enfermero. Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria del Hospital de Nivel I de rehabilitación en Salud Mental "Dr Ramón Carrillo" Podadas-Misiones

Contacto: ludazu312@gmail.com

Nº ORCID: 0009-0003-9728-423

**OBREGÓN, Rodrigo Sebastián.**

Licenciado en Psicología (UCP). Diplomado Abordaje en consumos problemáticos (AASM). Profesional del "Centro provincial de asistencia integral de las adicciones y control de drogas" Posadas-Misiones.

Contacto: rodrigoobregonrlx@gmail.com

Nº ORCID: 0009-0008-5440-1869

Colectivo Memoria y Salud Mental Misiones (MeSaMM)

Contacto: historiasaludmentalmisiones@gmail.com

@colectivomesamm

## Resumen

Este trabajo presenta la conformación del Colectivo Memoria y Salud Mental Misiones (MeSaMM), en el marco del Proyecto de Investigación sobre la Historia de la Salud Mental en la Provincia de Misiones desde una perspectiva regional, institucional y testimonial. El estudio parte de una experiencia compartida por trabajadores del sector, muchos de los cuales transitaron por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) del Hospital Dr. Ramón Carrillo, institución central en esta reconstrucción.

La investigación se organiza en torno a tres ejes principales: archivos, instituciones y testimonios. Se recuperan documentos oficiales, relatos orales de ex residentes y trabajadores, y se analiza la trayectoria institucional del hospital, desde su fundación en 1938 como "Asilo para Dementes" hasta su transformación en "Hospital Psiquiátrico" y, posteriormente, en un espacio clave para la atención comunitaria.

Se identifican dos grandes períodos: el "período asilar" (1938-1970), marcado por el encierro y el control policial de los pacientes, y el "periodo de reforma" (1970-1975), impulsado por el Primer Plan Nacional de Salud Mental. Este último introdujo prácticas in-

novadoras como las visitas domiciliarias, la comunidad terapéutica y una reorganización institucional que incorporó un enfoque interdisciplinario y comunitario.

Además, se detalla un proyecto actual para crear el archivo histórico del hospital, a través de rescatar y conservar más de 8.000 historias clínicas en riesgo de deterioro. Este trabajo se inscribe en una perspectiva de derechos humanos, memoria colectiva y producción de saberes locales.

El trabajo destaca la importancia de la memoria como herramienta de resistencia y transformación. Rescatar la historia de la salud mental en una provincia fronteriza como Misiones permite visibilizar trayectorias invisibilizadas, repensar prácticas institucionales y proyectar políticas públicas más justas e inclusivas en el presente.

**Palabras clave:** salud mental, memoria colectiva, historia regional, archivo, desmanicomialización

**Mental Health on the Borders: Archives and Testimonies from the Carrillo Hospital in Misiones**

### Abstract

This paper presents the formation of the Memory and Mental Health Collective of Misiones (MeSaMM), established within the framework of the Research Project on the History of Mental Health in the Province of Misiones from a regional, institutional, and testimonial perspective. The study is rooted in a shared experience among sector workers, many of whom were part of the Interdisciplinary Residency in Community Mental Health (RISaMC) at the Dr. Ramón Carrillo Hospital, a central institution in this reconstruction.

The research is organized around three main axes: archives, institutions, and testimonies. It involves the recovery of official documents, oral accounts from former residents and workers, and an analysis of the hospital's institutional trajectory, from its founding in 1938 as an "Asylum for the Demented" ("Asilo para Dementes") to its transformation into a "Psychiatric Hospital" and, subsequently, a key space for community care.

Two major periods are identified: the "asylum period" (1938–1970), marked by confinement and police control of patients, and the "reform period" (1970–1975), driven by the First National Mental Health Plan.

The latter introduced innovative practices such as home visits, therapeutic community models, and institutional reorganization that incorporated an interdisciplinary and community focus.

Furthermore, the paper details a current project to create the hospital's historical archive, which involves rescuing and preserving over 8,000 patient clinical records at risk of deterioration. This work is framed within a perspective of human rights, collective memory, and the production of local knowledge.

The paper emphasizes the importance of memory as a tool for resistance and transformation. Rescuing the history of mental health in a border province like Misiones allows for the visibility of marginalized trajectories, the rethinking of institutional practices, and the projection of more just and inclusive public policies in the present.

**Keywords:** mental health, collective memory, regional history, archive, deinstitutionalization

### La Memoria como resistencia y fuerza creativa

Escribir la historia compartida de cómo se fundó un Colectivo de Trabajadores en torno a la Salud Mental de una provincia en las fronteras de la Argentina no es

tarea fácil. Ninguna empresa que se propone la Historia y la Memoria colectiva como objeto de construcción tiene el camino allanado, y es que comprendemos que la memoria está hecha de olvidos, que la historia es un campo en disputa, y que el manicomio, como institución, carece de una función que entre en armonía con las demás instituciones que comprenden un Estado Nación. Así lo hemos aprendido de la historia de la locura en la época clásica de occidente y que llamativamente, ciertas líneas de fuerza persistieron e hicieron que en la Tierra Colorada haya alguna similitud aunque su historia de la locura aún esté por escribirse.

Somos un grupo de trabajadores de la Salud Mental que se encuentran en actividad en diferentes instituciones en torno al abordaje de la temática en la Provincia de Misiones. A comienzos del año 2021, tras el impacto de la pandemia en nuestra cotidianidad, nos propusimos empezar a compartir una experiencia en común alrededor de haber transitado, en su mayoría, y en diferentes épocas y contextos, la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaMC). Esta residencia funciona en el Hospital de Rehabilitación en Salud Mental Dr. Ramón Carrillo que se encuentra ubicado en la ciudad de Posadas, sobre la Ruta Nacional N.º 14 y la Avenida 147, en la zona sur de la ciudad. El hospital forma parte de un polo sanitario provincial junto a la

Red de Traslado, el Hospital René Favaloro (Baliña), el Centro de Atención a las Adicciones y la Unidad de Salud Integral (USI).

El hospital está orientado a la atención integral de personas con padecimientos mentales severos y persistentes, tanto de la ciudad de Posadas como del interior de la provincia de Misiones. La atención se dirige principalmente a personas adultas que atraviesan situaciones de crisis o procesos de rehabilitación prolongada residentes de la provincia y de zonas aledañas, como Paraguay, y la provincia de Corrientes. Históricamente esta institución ha centralizado la asistencia de la Salud Mental en la provincia a través de distintos dispositivos, tales como internación y consultorios externos.

Las RISaMC son un histórico espacio de formación para médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. La experiencia de realizar una Residencia de Salud Mental en lo que supo ser el Manicomio de Misiones deja una huella difícil y necesaria de comprender. El cuerpo en estos espacios transita una experiencia alteradora por diferentes motivos, que no radica tanto en las personas que lo habitan sino más bien en el efecto que una institución histórica en la Provincia, pero también en la historia de Occidente, termina dejando como marca, rasgo, recuerdo, estigma, fuerza.

Los manicomios han sido instituciones de carácter restrictivo, donde los inicios de conformación de los Estados Nacionales le han dado el lugar de alojamiento y asistencia de la lepra y la locura con mayor predominancia para que sean aisladas de la sociedad. Este periodo fue en el marco de un movimiento político social anterior al de la Salud Mental como la conocemos hoy, se trata del Higienismo Mental en simultaneidad con el Alienismo. Como señalan Guinsberg (2010) y Foucault (1961), estas corrientes configuraron un nuevo régimen de verdad sobre la locura, construyendo una rationalidad técnica y política sobre el cuerpo y la mente del sujeto, regulada por la ciencia médica.

Su forma de sociabilidad interna y su función social -la del manicomio- fue mutando con el avance de la ciencia y con ella las formas de atención, las perspectivas de tratamiento y los marcos normativos de prácticas sociosanitarias en lo mental. Se incorporó la perspectiva humana y comunitaria, la interdisciplina como forma de abordaje y el trabajo en equipo para una salud mental cada vez más solidaria con la salud integral. Sin embargo, muchas veces estas transformaciones encuentran obstáculos en lo político social, tanto en la comunidad en general, como en estructuras y órganos del estado y la justicia, volviéndose un obstáculo a su consolidación y fortalecimiento por el tabú histórico

que predominó sobre la locura y sus instituciones en todo el mundo. El mismo tiene un efecto muy particular: hace que como sociedad rechacemos conocer sobre ello, hace que ignoremos por temor a comprender la relación de la locura con nuestra vida cotidiana común.

Con el tiempo, este tipo de instituciones se han negado a sí mismas, porque muchas veces las estructuras de los Estados Nacionales no terminan de reconocerlas en términos políticos civiles. Siempre flota en estos espacios la marca de lo extranjero, de lo excluido y del estigma. Alcanzando incluso a quienes participan de ella: usuarios, familias, dirigentes, profesionales, administrativos, trabajadores y personas de múltiples sectores. Este efecto es el que hace que en estas instituciones, sus prácticas y quienes las integran, tengan dificultades para construir una historia, pero sobre todo, con orgullo.

El colectivo MeSaMM nace entonces, en principio, como una necesidad de conocer nuestra historia, la Historia de la Salud Mental en Misiones desde la perspectiva de su institución paradigmática tanto en la atención y el abordaje, como en el tabú social extendido: el Hospital Dr. Ramón Carrillo. Promover una construcción crítica, con orgullo y con dedicación es un acto de reivindicación de muchas generaciones de personas que

han transitado el hospital y que participaron de alguna forma u otra en su construcción, quienes lo habitaron y habitan. En este sentido, nuestro trabajo se adentra en retomar la trayectoria de quienes ya se preguntaron sobre la locura, la salud mental y sobre el Carrillo en tiempos anteriores; es una forma de construir legado, acercar generaciones y delinear perspectivas colectivas a futuro.

### **Metodologías de una búsqueda: puntos de partida**

El interrogante de iniciación de este trabajo es el siguiente: ¿Cuál es la Historia de la Salud Mental en Misiones? Esta pregunta está fuertemente regionalizada, es decir, contemplamos el espacio territorial de Misiones como una variable intrínseca al desarrollo de la salud mental y sus políticas en una provincia que se encuentra en las fronteras de la Argentina, lo cual le imprime particularidades que implican diferenciarla de otras experiencias de la Nación.

¿Cuál es nuestra historia? la pregunta es de los trabajadores y actores que pasaron y aún se encuentran en la RISaMC en el Hospital Carrillo. Las residencias nos introducen de inmediato en relatos y anécdotas de residentes de años anteriores, de historias ligadas a tiempos remotos que nunca encontraron sistematización algu-

na y que siempre se evocan para retratar antiguas prácticas o experiencias a veces un poco nostálgicas, otras reivindicativas y otras veces, críticas. Entonces, ¿por dónde empezar? ¿dónde ubicar un principio (válido) para investigar en clave histórica?

Se trata de una investigación en proceso, de corte cualitativo sobre fuentes primarias y secundarias. Para las fuentes primarias se aplica la técnica de entrevistas semi estructuradas a informantes claves, con enfoque narrativo-biográfico (Sampieri, 2004). Para las fuentes secundarias se utiliza la recopilación y análisis de documentos.

Para el abordaje comprensivo de construcción colectiva el equipo de investigación divide de manera estratégica su trabajo sobre tres anclajes históricos: 1. La historia del Hospital Psiquiátrico Posadas a partir de documentos oficiales del estado provincial, incluyendo como Proyecto de Intervención la recuperación y organización del Archivo Histórico del Hospital Carrillo; 2. Documentos de corte periodístico; y por último, 3. Las entrevistas a informantes claves en la materia: El Dr. Carlos Hernández (Director del Hospital desde 70 al 80); la Licenciada Clara Santos (trabajadora social del Hospital desde 1970 al 2010) y la enfermera Teresa Saucedo (enfermera del Hospital desde 1971 a 1989).

Como plantea Elizabeth Jelin, la memoria es un campo de disputa, de luchas por el sentido del pasado, y su función no es sólo conservar sino también generar nuevas formas de narrar y actuar en el presente (2002). Es entonces la memoria como motor de movimiento, lo que nos puede llevar e impulsar a un lugar de agenciamiento diverso, que permite a la vez desenredar experiencias presentes, tomarlas por su lado de “realidad imposible de modificar” y alterar la ecuación. Cambiar un “esto es así”, “siempre fue así” por, “desde hace algún tiempo empieza a ser así”, “antes era” peor o mejor, diferente, ¿cómo era? ¿qué cambió? ¿es verdad que siempre fue así? Apostamos a que la conciencia de nuestra historia permita trascender la experiencia individual inmediata para alojar una perspectiva nueva para habitar el presente. La memoria como motor de producción de historia compartida, produce un doble efecto: nos descentra de la realidad inmediata de nuestro presente recorriendo y recreando nuestro pasado, y nos devuelve a él, a nuestro presente, pero ya con otra perspectiva tanto del presente como del futuro.

### **Instituciones: el hospital en la frontera de la Argentina**

En este apartado nos proponemos desarrollar la historia en clave regional de la institución que funcio-

na como anclaje de las prácticas, los documentos y la memoria: El Hospital Carrillo. Sin embargo, antes de entrar en el curso de la construcción histórica que venimos desarrollando desde nuestro Proyecto de Investigación, es pertinente dejar señalado algunos conceptos centrales sobre Historia Regional, la cual implica una metodología que nos permite comprender los procesos que se superponen, se retrasan y se excluyen cuando hablamos de la relación de Misiones con la escala nacional y mundial en términos de política de salud mental.

La Historia Regional trajo consigo una renovación completa y total, aunque paulatina, sobre la manera de pensar y hacer historia (Oviedo, 2024). Desde esta nueva mirada y perspectiva de construcción de los procesos históricos, el abordaje sobre las realidades, de lo que suele llamarse, “los confines”, “la periferia” o “los bordes” de las jurisdicciones estatales, no solo puso al descubierto una mayor complejidad en la forma de construir el conocimiento histórico, sino que también, contribuyó en explicitar a sujetos sociales variados que anteriormente emergieron muy soslayadamente. Este ejercicio dio paso a la deconstrucción de la Historia Nacional anclada en un posicionamiento estadocéntrico, apostando a la focalización y diferenciación de problemáticas y territorialidades a múltiples escalas. En este sentido, la historia regional permite construir cono-

cimiento desde un valor localizado de la geografía, en este caso Misiones, que expresa una manera diferente de enfocar la temática de salud mental como política, a la ya construida por la centralidad de la Argentina. Así, la región, como objeto de estudio, es concebida como una realidad observable a varias escalas (local, regional, nacional, internacional), como un sistema abierto, complejo y heterogéneo. (Oviedo, 2024)

De este modo, la cartografía del territorio, relaciones políticas de Misiones en particular, intervienen en el devenir de los hechos históricos de manera diferenciada entre los planos provincial, nacional y mundial, lo cual merece una lectura precisa. No es lo mismo el desarrollo de la salud mental a nivel mundial, su consecuencia en nuestro país, y la situación geopolítica de Misiones en su pasaje de territorio nacional a provincia.

Esto es observable desde la siguiente perspectiva, el Hospital se funda en 1936, y se pone en funcionamiento en 1938 (Gomez, 2020). En ese contexto Misiones aún era considerado territorio nacional. Anteriormente, en 1881 el Poder Ejecutivo Nacional creó el Territorio Nacional de Misiones -cuatro años antes de la sanción de la Ley de Territorios Nacionales-, quitándole toda jurisdicción a Corrientes sobre la región (Ley Nacio-

nal N° 1.1 49 creó la Gobernación General o Territorio Nacional de Misiones) (Gomez, 2020). Los Territorios Nacionales fueron concebidos como proyectos provisorios, antecedente de las creaciones de nuevas provincias; sin embargo, para el caso de Misiones transcurrieron 72 años para que se concretara. Finalmente en 1953 se efectúa su provincialización y recién en 1958 su Constitución Provincial. Así la complejidad de las cosas, la provincialización de Misiones está entre los dos primeros gobiernos peronistas y la mal llamada Revolución Libertadora, que a su vez en ese periodo tuvo un Interventor Nacional por el gobierno de facto de Pedro Eugenio Aramburu en nuestra provincia, el Agrimensor Adolfo Pomar en donde se instituye dicha constitución.

Las investigaciones entonces desarrolladas sobre la Historia de la Salud Mental nos permiten comprender que la puesta en funcionamiento de Hospital en 1938, sucede en el proceso en que Misiones estaba en puja con la Nación para constituirse en provincia. En los comienzos, el nosocomio no era considerado un hospital, sino un asilo para dementes, y respondía a la estructura de aquella Argentina previa a la consolidación geográfica del Estado Nación tal y como lo conocemos en la actualidad.

## El periodo Asilar: del Asilo para Dementes al Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús

Hasta el momento de esta investigación encontramos dos períodos distinguibles de la Historia de la Salud Mental en Misiones. El primero corresponde a lo que hemos llamado provisoriamente “El periodo Asilar”, el cual está comprendido entre la Fundación del Asilo para dementes en 1938 y 1970, en tanto año crucial ya que inicia un cambio de paradigma y de abordajes en salud mental en la provincia. El segundo, comprende el año 1970 como punto de inflexión hasta 1975, año en que termina la experiencia piloto de psiquiatría comunitaria en Misiones.

El llamado periodo Asilar, está marcado profundamente por la ausencia de datos, estadísticas, y relaciones estatales. Un país en construcción y delimitación de sus fronteras y una provincia que no era tal jurisdiccionalmente.

Si bien la asistencia psiquiátrica argentina se hallaba fuertemente influida por las corrientes teóricas venidas del Higienismo Mental -que en EEUU se configuró como una alternativa al alienismo- en nuestro país Higienismo y Alienismo se enlazaron fuertemente con el proyecto de Estado. En 1929 se funda la “Liga Ar-

gentina de Higiene Mental” (a cargo del Dr. Gonzalo Bosh), que funcionaba en los consultorios externos del Hospicio de Las Mercedes. En ese mismo año (1929) falleció el médico psiquiatra y sanitario Dr. Domingo Cabred, que en 1902 había fundado la “Liga Antialcohólica Argentina”. Esta liga, tenía una fuerte influencia del Higienismo mental (movimiento fundado por Clifford Beers y Adolph Meyer) y relacionaban al etilismo como etiología de la alienación.

Cabred también se encargó del proyecto de creación de las Colonias y Hospitales psiquiátricos como presidente de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales (CAAHR)<sup>1</sup> en 1906, que se extendió durante veinticinco años. Los establecimientos creados en este período se caracterizaron por la denominación Asilos-Sistema-Colonia, y eran instituciones autogestivas en el plano económico y con autonomía en lo administrativo financiero (de Lellis y Rossetto, 2009). Este proceso histórico es de gran importancia para que en 1938 se ponga en funcionamiento el Hospicio Asilo para Dementes en Villa Lanús (“El loquero de Villa Lanús”) y el Lazareto Pedro Baliña “el Leprosario”, el cual tenía las características de los Asilos Colonia. Esta última tendrá estrecha relación con la locura en la provincia posteriormente, en concordancia con la historia de occidente.

¿Cómo funcionaba el asilo? ¿Cuántos pacientes asistía, en qué condiciones, con qué profesionales contaba? Estas preguntas de investigación persisten hasta el día de hoy para el colectivo. Sin embargo, tenemos algunos primeros datos en base a un Informe de Gestión al Poder Ejecutivo Nacional de 1944 (Gomez, 2023) del gobernador de entonces, Eduardo Otaño, quien comenta los avances del Asilo para dementes. Pero al mismo tiempo, quejándose sobre la escasez del personal policial y alegando todo el trabajo que tienen, deja entrever que la policía también se encarga de un Hogar para Alienados en la Comisaría 4ta. Dicho esto, tenemos “tres” puntos de apoyo: 1. la confirmación del funcionamiento de un Asilo para dementes en Villa Lanús desde 1938 en adelante; 2. que en el ‘44 el gobernador del territorio Nacional informaba al Ministro del Interior sobre el avance de la infraestructura de dicho Asilo y; 3. Que además existía un Hogar de Alienados dependiente de la policía que probablemente funcionaba aún en los años 50 en la comisaría 4ta.

La construcción de la historia regional nos permite hacer una primera escala a Nivel Nacional durante los años 50 con un dato llamativo. En el libro de Gregorio Bermann *La Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica en Argentina* (1965), se indica que en el año 1955 el %50,5 de las camas pertenecientes al Ministerio de Asistencia

Social y Salud Pública de la Nación eran camas de psiquiatría. En Misiones, entre otras provincias, no había registro de dichas camas. Llama la atención este dato ya que el hospicio en Posadas se había creado hacía más de 15 años y en el resto del país crecían las condiciones de hacinamiento. Además, creemos que los predios de la Policía no eran contados como parte de camas de Salud. Misiones estaba fuera de los datos, era una provincia recién constituida y no contaba con asistencia psiquiátrica, es decir, no había médicos con especialidad en psiquiatría en todo el periodo que comprende el Asilo para Dementes. La llegada de la psiquiatría a la provincia marcará un cambio de paradigma asistencial.

### **El fin del periodo Asilar: La reforma y la llegada de la psiquiatría**

El Primer Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), implementado en Argentina a fines de los años 60, representó un intento ambicioso por transformar el modelo manicomial dominante, proponiendo una atención preventiva, comunitaria y descentralizada. Inspirado en políticas internacionales y experiencias locales como la del Dr. Mauricio Goldenberg en el Hospital Evita de Lanús, el plan fue impulsado por el gobierno de facto de Onganía, bajo la dirección del coronel y médico Julio Ricardo Estévez. Entre sus ob-

jetivos estaban la externación de pacientes, la creación de centros de salud mental en hospitales generales y la articulación territorial.

Aunque el PNSM promovió experiencias innovadoras en distintas provincias —como las comunidades terapéuticas en Entre Ríos, Mendoza y Buenos Aires— muchas de estas iniciativas quedaron limitadas a casos leves, mientras los pacientes más complejos seguían siendo derivados a instituciones asilares. En muchos casos, los nuevos centros reprodujeron lógicas manicomiales, y su función comunitaria fue debilitándose. Además, el avance de políticas neoliberales y la represión dictatorial de la época afectaron gravemente su implementación, reduciendo presupuesto, promoviendo la descentralización sin recursos y favoreciendo la privatización de la atención. Aun así, debe reconocerse el compromiso de profesionales y actores sociales que impulsaron transformaciones significativas, aunque parciales.

En paralelo, en Misiones, las políticas de salud mental inician un período histórico de cambio de paradigma con la llegada de la psiquiatría. Como ya hemos visto, desde la década de 1930, la atención a enfermedades estigmatizadas como la lepra y la locura se expresó institucionalmente a través del Lazareto para Enfermos de

Lepra (1936) y el Asilo para Dementes de Villa Lanús (1938). Estas dos instituciones estaban ubicadas en zonas periféricas de Posadas (Capital provincial), y reflejaban una lógica de aislamiento y control que respondía a concepciones sociales, religiosas y sanitarias propias del momento, que nos permiten comprender a primera instancia que el periodo asilar tenía un abordaje profundamente manicomial y policial del padecimiento mental.

Los cambios sociales y políticos que ocurrieron entre los años sesenta y setenta, tanto a nivel internacional como nacional, y que dieron forma a un espíritu de época, no pasaron desapercibidos para la provincia. En primer lugar, una fuerte crítica hacia el estado del Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús, antes Asilo para Dementes, que en ese momento, según se estima, contaba con alrededor de 250 pacientes. Un reconocido diario misionero, *El Territorio* de 1975, indica que en 1969 se publicó una nota en la que se relataba la dramática situación de los "enfermos mentales" en el psiquiátrico, reclamando a las autoridades una solución "integral" a esos problemas. Además, menciona que, gracias a la ayuda del Instituto Nacional de Salud Mental y su director, el Coronel Dr. Estévez, se llevó a cabo una "transformación" que estuvo a cargo de dos médicos psiquiatras, quienes asumieron la responsabilidad

de impulsar "la gigantesca tarea que significa modificar radicalmente la psiquiatría implementada hasta entonces y poner en marcha la psiquiatría comunitaria" (El Territorio, 1975, p. 7).

A finales de los años 60, el Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús cumplía "una función asilar, cuya asistencia estaba a cargo de un médico no psiquiatra y personal de enfermería" (Paredes *et al.*, 1975, p. 257). Por aquella época, no había médicos psiquiatras trabajando en salud pública en la región, motivo por el cual, en 1969, el Dr. Humberto Mesones, recién regresado de Europa, fue designado por el Instituto Nacional de Salud Mental como asistente regional de Salud Mental del Nordeste Argentino (NEA) y asesor de Salud Mental de la provincia de Corrientes. Él mismo dice que al llegar al NEA, "no había asistencia psiquiátrica" y "el concepto prevalente sobre el alienado era el de su irrecuperabilidad, con estigma social y necesidad de reclusión" (Mesones, 2020, p. 25). En ese momento, el Coronel Dr. Estévez había logrado que el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) se convirtiera en un ente autárquico, con fondos propios provenientes del remanente de los festejos por los 150 años de la independencia del país. Ese dinero permitió apoyar la investigación, mejorar la asistencia, crear Centros de Salud Mental para la Atención Primaria de la Salud (APS) y establecer convenios

con las provincias, lo que facilitó la incorporación de psiquiatras en la región del NEA.

### El traslado del Hospital y su reorganización

Con lo dicho, el periodo de referencia comienza, según los documentos consultados, con el proyecto de traslado del Hospital Psiquiátrico, situado en el barrio de Villa Lanús al sur de la ciudad de Posadas, hacia el antiguo Lazareto para Enfermos de Lepra, el cual, a raíz de los avances en los tratamientos farmacológicos para controlar la lepra había comenzado un proceso de vaciamiento progresivo. En ese momento, el hospital solo contaba con la visita semanal de un médico sanitario del Ministerio provincial. No había psiquiatras en toda la región, que tenía una población cercana a los dos millones de habitantes (Mesones, 2020, p. 21).

Los doctores Carlos Hernández y Raúl Rivarola, en el marco del convenio de colaboración entre el INSM y el gobierno provincial (Decreto Provincial N.º 2407, 1970), son contratados por la provincia (Decreto Provincial N.º 363, 1971) para llevar adelante la "transformación del nosocomio" a través del traslado de los pacientes al antiguo lazareto y la reorganización del funcionamiento de la institución, asumieron además "la gigantesca tarea que significa modificar radicalmen-

te la psiquiatría implementada hasta entonces y poner en marcha la psiquiatría comunitaria" (El Territorio, 1975, p. 7). En septiembre de 1970, ambos se trasladaron desde la ciudad de Mendoza a la capital misionera, así comenzó la ardua tarea no solo de trasladar a los antiguos pacientes al antiguo leprosario, sino también de replantear las prácticas hospitalarias para impulsar un enfoque comunitario y social para repensar la locura.

### **El proceso de transformación en las prácticas de Salud Mental dentro del Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús**

No es sorprendente que palabras como "transformación" y "cambio" aparezcan con frecuencia en los textos y entrevistas sobre las prácticas de salud mental en el Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús. Estos términos reflejan un proceso social que marcó la atención psiquiátrica entre 1968 y 1975, en el contexto del primer Plan Nacional de Salud Mental en Argentina. A través de estas transformaciones, se buscó redefinir los enfoques terapéuticos y las relaciones institucionales, en sintonía con los cambios sociales y políticos de la época. Tenemos consignado hasta el momento cuatro ejes que comprenden este cambio de paradigma en los enfoques terapéuticos, el abordaje y las relaciones institucionales: a. *Un Proyecto Transformador; b. Efectos de las*

*Estructuras Edilicias; c. Las asambleas con los pacientes y; d. Las visitas domiciliarias.*

#### **a) Del asilo al antiguo lazareto: un proyecto transformador**

En 1970, se inició una reorganización del Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús con la llegada de los primeros psiquiatras, quienes tenían la misión de ajustar el hospital a los "principios de la psiquiatría social" (El Territorio, 1975, p. 7). Esta reorganización no sólo implicaba cambios estructurales y conceptuales, sino también incentivos estatales como subvenciones, aumentos de presupuesto, y el ofrecimiento por parte de particulares y empresas de la provincia de colaborar a través de donaciones en dinero. Estos avances permitieron la incorporación de personal novel y la adquisición de tres camionetas destinadas a la realización de visitas domiciliarias y el traslado de pacientes. Todos estos avances estaban estrechamente vinculados al convenio establecido entre el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) y la provincia (Decreto Provincial N.º 2407, 1970) en el marco de un programa regional de salud mental para el NEA (Mesones, 2020).

El antiguo leprosario fue adaptado para convertirse en un nuevo hospital psiquiátrico bajo el nombre de

“Dr. Ramón Carrillo”. Este traslado representaba una “experiencia piloto” dentro del proyecto más amplio de desmanicomialización, que buscaba reducir la dependencia de los grandes hospitales psiquiátricos mediante alternativas comunitarias. Así, este cambio no solo mejoró las condiciones de vida de los pacientes, sino que también ayudó a transformar el espacio en el que se llevaban a cabo las relaciones entre ellos y los trabajadores de la institución, ofreciendo una alternativa más digna y humana a las prácticas tradicionales.

### b) Efectos de las estructuras edilicias en la salud mental

Las estructuras edilicias de las instituciones que brindan asistencia a personas con padecimientos mentales juegan un papel crucial en la manera en que se experimenta y se percibe la “locura” (Foucault, 2008). En las instituciones diseñadas con un enfoque aislado y restrictivo, con estructuras rígidas, espacios cerrados y un diseño que promueve la vigilancia y el control, se crea un ambiente que refuerza el estigma y la deshumanización. En consecuencia, se genera un espacio en el que los pacientes se sienten “alienados” y “marginados”, lo que afecta su recuperación y bienestar emocional. En este sentido, era imposible que la distribución espacial y la estructura física del Hospital Psiquiátrico de Villa

Lanús no influyera profundamente en la relación entre los trabajadores de salud mental y los pacientes. Carlos Hernández describe el entorno deteriorado del hospital, que se asemejaba más a una cárcel que a un espacio de tratamiento, relata cómo la estructura “creaban un ambiente opresivo” (Hernández, comunicación personal, 20 de agosto de 2024).

El traslado al antiguo leprosario, conocido como Ballena, marcó un cambio significativo en la distribución espacial de la institución, que ofrecía un entorno más amplio y menos opresivo. Un lugar donde los pacientes podían estar más “libres”. Una de las características más notables del nuevo espacio era su semejanza a una verdadera colonia, un entorno más abierto y humano con grandes parques, en franca oposición a los muros fríos y oscuros del antiguo asilo.

Es notable como la disposición del antiguo leprosario, destinado al esparcimiento en las grandes extensiones al aire libre, con el objetivo de controlar las enfermedades como la lepra y la tuberculosis, sin quererlo, sirvieron de escenario para que se llevará adelante una reconfiguración de las relaciones sociales entre los trabajadores de salud y los pacientes. Así, a pesar de estas dificultades propias del trabajo, la interacción directa con los usuarios fue una experiencia transformadora

que permitió a los profesionales desarrollar una comprensión más profunda y humanizada de la vida de estas personas que habían sido aisladas y encerradas contra su voluntad, promoviendo un ambiente de respeto y cuidado.

### c) Las asambleas con los pacientes: un espacio de diálogo y horizontalidad

Influenciado por su experiencia previa en Mendoza, donde había implementado dispositivos de comunidad terapéutica, el Dr. Hernández impulsó en el Hospital Psiquiátrico un sistema innovador de reuniones y asambleas compartidas. Las cuales buscaban crear un espacio de diálogo horizontal entre el personal del hospital y los pacientes, rompiendo con la jerarquía tradicional médico-paciente. El objetivo de las reuniones no era limitar el funcionamiento de la institución a la intervención médica autoritaria, sino promover un clima de mayor participación y escucha activa: "Se hacen asambleas en el sentido que se abre la discusión del día. ¿Cómo estamos viviendo hoy?" ( Hernández, comunicación personal, 20 de agosto de 2024). Según Hernández, este enfoque pretendía superar la visión tradicional del hospital como un espacio de control y medicalización, convirtiéndolo en un lugar de intercambio abierto.

Las asambleas diarias tenían como objetivo discutir el día a día, permitiendo que los pacientes participaran activamente en la gestión de su tratamiento y las dinámicas internas del hospital. Sin embargo, los resultados no fueron los esperados.

El Dr. Hernández, haciendo un análisis retrospectivo, señaló que existieron varias dificultades al intentar implementar la comunidad terapéutica en el hospital. Una de las principales barreras fue la resistencia del personal de salud. "La comunidad terapéutica tiene sentido en la medida en que todos acuerden la idea" (comunicación personal, 20 de agosto de 2024). El enfoque horizontal, que implicaba que los profesionales interactuaran de igual a igual con los pacientes, generaba tensiones en un sistema acostumbrado a una jerarquía estricta, donde los médicos ocupaban una posición de autoridad incuestionable. La propuesta de Hernández chocaba no solo con las resistencias del personal y el enfoque médico convencional, sino también con un contexto político y económico adverso, pues el hospital enfrentaba problemas estructurales y logísticos, como la falta de recursos suficientes para mantener las actividades necesarias, incluidas las reuniones diarias.

La experiencia demuestra que, aunque estas ideas ofrecían un enfoque más humano y participativo, su

éxito dependía de la confluencia de múltiples factores, como el compromiso del equipo de salud, el apoyo institucional, recursos suficientes, y un contexto social que permitiera la libertad de experimentar con nuevas formas de atención. Sin estos elementos, las asambleas y otras dinámicas comunitarias podían verse limitadas o, en última instancia, imposibilitadas.

#### **d) El pasaje de la institución a la comunidad: las visitas domiciliarias**

Desde agosto de 1970, se pusieron en marcha dos prácticas destacadas en la memoria de los actores consultados: el “equipo psiquiátrico de visitas domiciliarias de la ciudad de Posadas” (Ortiz y Krieger, 1975, p. 266) y el “equipo de atención domiciliaria rural” (Paredes *et al.*, 1975, p. 257). Ambos equipos estaban compuestos por un chofer, un asistente social, un enfermero y un médico, representando un espíritu interdisciplinario. Las visitas domiciliarias en la ciudad de Posadas se realizaban dos veces por semana, mientras que, en zonas rurales se organizaban una vez al mes. Con esta metodología, buscaban “rearmar los lazos afectivos familiares” (Ortiz y Krieger, 1975, p. 268), controlar a los pacientes en su domicilio, supervisar al grupo familiar y realizar acciones de prevención, además de la coordinación con dependencias de salud pública, hospitales

base, estaciones sanitarias y salas de primeros auxilios. Asimismo, se llevaban a cabo acciones intersectoriales, estableciendo lazos con médicos de la zona, instituciones educativas, líderes comunitarios, y unidades policiales y de gendarmería, entre otros.

Las visitas domiciliarias rurales tenían como característica principal el recorrido de una distancia media de 400 km, empleando un tiempo aproximado de entre 12 y 16 horas, y un promedio de entre 12 y 15 atenciones por salida. Además, destaca el desafío logístico y humano que afrontaban los trabajadores, subrayando la planificación minuciosa y el fuerte enfoque comunitario y colaborativo en el establecimiento de contactos con referentes comunales.

Estas experiencias revelan el valor del trabajo en equipo e interdisciplinario en las prácticas de salud mental implementadas en el hospital. El compartir largas jornadas de trabajo y enfrentar situaciones imprevistas fomentaba la cooperación y el apoyo mutuo entre los profesionales. En estas circunstancias, cada integrante del equipo aportaba no sólo su conocimiento técnico, sino también su capacidad para gestionar situaciones humanas complejas, lo que reforzaba el carácter interdisciplinario y horizontal de la relación entre los profesionales. El impacto de esta labor fue tal que, en

un periodo de cuatro años, el Instituto de Salud Mental reconoció la experiencia como “la más avanzada en sus aspectos de cobertura mínima al máximo de la población” (El Territorio, 1975, p. 7), aprobando además la creación de “la primera residencia de psiquiatría social y comunitaria” del país. Sin embargo, a pesar del éxito alcanzado, esta “experiencia piloto” permanece en gran medida ausente de los textos que abordan la historia de la transformación de la salud mental en este periodo, dejando un vacío significativo en el conocimiento de las prácticas tanto en la provincia como en el país.

### Aprendizajes, desafíos y horizontes

La memoria colectiva, entendida como campo de disputa y como herramienta viva, se vuelve fundamental para comprender los procesos históricos, sociales e institucionales que atravesaron —y aún atraviesan— la salud mental en nuestro país y en nuestra región. No se trata de una mirada nostálgica ni estática del pasado, sino de una apuesta activa por reconstruir sentidos, revisar silencios y habilitar otras formas de narrar la historia, especialmente desde las voces que fueron excluidas de los relatos oficiales.

En este marco, el relevamiento de datos sobre el “periodo Asilar” y el análisis del Primer Plan Nacional de

Salud Mental en Argentina en Misiones permite observar con mayor nitidez los intentos —a veces parciales, a veces contradictorios— por transformar el modelo manicomial hacia una lógica más comunitaria, preventiva e interdisciplinaria. Sin embargo, como vimos, estas reformas se desarrollaron en contextos políticos autoritarios, marcados por la represión, la fragmentación institucional y el avance de políticas neoliberales que limitan su implementación y profundizaron las desigualdades.

En el caso de Misiones, y particularmente del Hospital Psiquiátrico de Villa Lanús, estas tensiones se expresaron en las prácticas cotidianas, en los vínculos entre profesionales y pacientes, y en la persistencia de modelos de encierro que aún hoy resisten de diversas formas. Es desde ahí que el trabajo del colectivo MeSaMM busca recuperar y resignificar esas experiencias, generando espacios de investigación, archivo y producción de saberes desde una perspectiva situada y comprometida. El recorrido que venimos realizando y que aún queda en curso, nos devuelve la necesidad de proteger, recuperar y crear documentos que den testimonio de la Salud Mental Provincial, permitiéndonos de ese modo sumar el aporte de nuestra región a la historia de la Salud Mental Argentina.

## Investigaciones en Memoria Colectiva y Salud Mental en clave regional

Como cierre resulta importante remarcar que el proyecto de Investigación aún se encuentra en proceso, estos resultados preliminares nos han dado la posibilidad de formalizar nuestro trabajo. De este modo, actualmente el colectivo MeSaMM consolidó dos investigaciones en paralelo, con sus respectivas articulaciones con el Hospital Carrillo (Actual Centro Unificado de Salud Mental y Adicciones) y Programas de Centros de Estudios de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones.

1. Memorias Colectivas de la Salud Mental en Misiones. En el marco de la articulación con el Centro de Estudios, Formación, Capacitación: Comunidad, Salud y Salud Mental de la FHyCS dirigido por la Dra. Rosana Benítez y la Dra. Laura De Perini; en articulación con las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) del Hospital Ramón Carrillo (Archivo Oral Histórico).

2. Organización del Archivo Histórico de Salud Mental del Hospital Carrillo de la Provincia de Misiones. En el marco de la articulación interinstitucional con el Centro de Estudios Históricos y Cul-

turales (CEHyC) de la FHyCS dirigido por la Dra. Norma Oviedo, la Fundación FHyCS, y las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental Comunitaria (RISaMC) del Hospital Ramón Carrillo (Archivo Documental Histórico).

En particular, los Archivos Orales y Documentales Históricos constituyen un espacio único en materia de Memoria y Derechos Humanos porque guardan y preservan fuentes primarias de información, útiles para la reconstrucción de la memoria de una comunidad que sirven para el conocimiento de la identidad social provincial desde una perspectiva de la Salud Mental. Dicho esto, es importante destacar que bajo los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, promover la implementación de políticas institucionales de Espacios de Memoria se encuentra dentro de los objetivos para la transformación y la readecuación de los monovalentes en relación a la necesidad de avanzar en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

De este modo, nuestra propuesta surge con el propósito de sanear el lugar, salvaguardar las historias clínicas y organizar un Archivo Histórico, el cual se enmarca en la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 16), favoreciendo la creación de

un Archivo en un Hospital regional y provincial como institución sólida, al servicio de los ciudadanos, garantizando el acceso público a la información y protegiendo las libertades fundamentales.

Las investigaciones en estos ámbitos no solo contribuyen a una comprensión más profunda sobre la compleja relación entre la memoria, la identidad y la salud mental, sino que también permiten interrogar críticamente los modos en que históricamente se ha intervenido, representado y gestionado el sufrimiento psíquico en contextos específicos como el de Misiones. Indagar en los archivos, recuperar testimonios y resignificar prácticas institucionales pasadas no busca simplemente llenar vacíos historiográficos, sino activar una memoria colectiva que dialogue con el presente y sus desafíos.

En este sentido, el trabajo desarrollado no se limita a reconstruir un pasado, sino que ofrece herramientas analíticas y metodológicas significativas para el fortalecimiento de políticas públicas, la mejora sostenida de la calidad institucional, y la protección efectiva de derechos en el campo de la salud mental. Este enfoque integral y situado se vuelve imprescindible para contrarrestar los efectos persistentes del estigma, el aislamiento y la exclusión, que aún marcan muchas de las prácticas

sanitarias en los márgenes del sistema. Es fundamental reconocer que estas líneas de investigación no pretenden ofrecer respuestas definitivas ni verdades cerradas. Por el contrario, se proponen como un proceso abierto y colectivo de indagación permanente, que habilite nuevas preguntas, nuevas formas de narrar y comprender lo vivido, y que contribuya a la creación de sentidos más inclusivos, críticos y democráticos en torno a la locura, la salud y la memoria.

Así, desde la articulación entre lo académico, lo institucional y lo territorial, apostamos a la construcción de una historia compartida que no solo mire hacia atrás, sino que también impulse transformaciones concretas para el presente y el futuro. Porque recordar, investigar y narrar —cuando se hace colectivamente— también es una forma de cuidar, de reparar y de imaginar otros modos posibles de vivir y tratar.

## Referencias Bibliográficas

Bermann, G. (1965). *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en Argentina*. Editorial Paidós.

Carpintero, E. y Vainer, A. (2018). *Las huellas de la memoria I. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70. Tomo I: 1957 - 1969*. Topia.

- Carpintero, E. y Vainer, A. (2018). *Las huellas de la memoria II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70. Tomo II: 1970 - 1983.* Topia.
- CONISMA. (2010). *Informe Preliminar. Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones.*
- De Lellis, M., y Rossetto, G. (2009). *La investigación cualitativa en las ciencias sociales.* Miño y Dávila Editores.
- El Territorio (1975) *Organización de siquiatría comunitaria para el hospital del área de Posadas*
- Foucault, M. (2008). *Historia de la locura en la época clásica.* Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976). *Defender la sociedad.* Siglo XXI.
- Freire, P. (2008). *Comunidad de locos: Documental sobre las experiencias-piloto en Salud Mental.* Instituto Nacional de Cine y Artes Audiovisuales.
- Galende, E. (2022). *Crítica de la razón psiquiátrica: psicoanálisis y salud mental.* Coloquio de perros.
- Gómez, S. (2020). *¿Baliña o Carrillo?* El Territorio
- Gómez, S. (2023) *Misiones, 1944.* El Territorio
- Guinsberg, E. (2010). *Psicología, sociedad y política.* Ediciones Novedades Educativas.
- Halbwachs, M. (1950). *La mémoire collective.* PUF
- Jelin, E. (2002). *Los trabajos de la memoria.* Siglo XXI
- Larumbe, C. (2011). *La idea envolvente.* Editorial Universitaria.
- Mesones, H. (2020). *Cincuenta años de salud mental en Argentina.* Editorial Salerno.
- Ortiz, M., y Krieger, S. (1975). Método de trabajo por el equipo psiquiátrico de visitas domiciliarias de la ciudad de Posadas. *Neuropsiquiatria, VI,* 193-288.
- Oviedo, N. (2023). Misiones en la región de frontera. Familias, territorialidades y redes sociales en el contexto inmigratorio de la primera mitad del siglo XX. En A. Benedet y B. Renoldi (Comps.), *Fronteras más allá del borde* (1a ed.). (pp. 247-278).
- Oviedo, N. (2024). Misiones (Argentina) en la frontera. las implicancias de la historia sobre la construcción de la territorialidad en perspectiva regional. En Vieira, Alexandre Bergamin; Carneiro, Camilo Pereira y Silva, Kamila Madureira da (Org.) *Geografia das*

Fronteiras do Brasil: temas contemporâneos (pp. 21 – 44). Life Editora.

Paredes, R., Acosta M. y De Malasechevarria A. (1975). Hipótesis de trabajo de atención domiciliaria rural del hospital psiquiátrico Posadas. *Neuropsiquiatría*, VI, 193-288.

Sampieri, R. H. (2004). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Stolkiner, A. (2018). Las políticas públicas en Salud Mental durante los procesos de democratización en América Latina. *Revista Argentina de Salud Mental*, 8(2), 23-37.

Ulloa, F. (1972). Los límites de los Centros de Salud Mental en la Argentina. *Revista de Salud Pública*, 15(4), 98-112.

Vezzetti, H. (2011). Los sesenta y los setenta: la historia, la conciencia histórica y lo impensable. *Prismas*, 15(15), 53-62.

## Notas

1. La conexión con la filantropía, además de sus nexos con los Presidentes Julio A. Roca y José Figueroa Alcorta y con

el entonces Canciller Montes de Oca le abrieron las puertas y el apoyo político para que se aprobase un proyecto de su autoría para la creación de la CAAHR, bajo la dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. La Ley de Previsión y Asistencia Social N° 4.953 que creaba en 1906 esta entidad preveía también el financiamiento de las obras a través del 5% de la recaudación de la Lotería Nacional. (Diliscia Gardella, 2017)