

# GESTIÓN DE MODELOS DE EXTERNACIÓN DE ADULTOS CON ALTERACIONES MENTALES Y EL IMPACTO EN LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN ARGENTINA

## OUTSIDE INSTITUTIONS MODELS MANAGEMENT OF ADULTS WITH MENTAL DISORDERS AND THE IMPACT ON ARGENTINA DESINSTITUTIONALIZATION

**Morasso, Ana María**

Facultad de Ciencias Económicas - Universidad Nacional de La Plata  
La Plata, Buenos Aires, Argentina  
[orccoban@hotmail.com](mailto:orccoban@hotmail.com)

Fecha de recepción: 24/01/13 - Fecha de aprobación: 26/03/13

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo es caracterizar y evaluar el diseño organizacional y los modelos de desinstitucionalización de países desarrollados en Occidente y su impacto en los operados en Argentina. Se describió la estructura, configuración, descentralización y posiciones de enlace de las organizaciones de Salud Mental. Se observó redes de servicios con diferentes grados de autonomía y descentralización regional. En Argentina se describió una multiplicidad de abordajes y tratamientos implementados de manera irregular y discontinua. Los proyectos existentes plantean una dicotomía entre dos sistemas sanitarios: el trabajo hospitalario y el trabajo en la comunidad, que impidieron un trabajo común, que potenciara las acciones entre las instituciones hospitalarias y las conducidas en la sociedad. No se miden los resultados en términos del producto real del trabajo profesional realizado (estado de salud de los pacientes) sino en términos del producto nominal (servicios prestados). Una característica común observada en los modelos analizados fue la puntualidad de las diferentes experiencias sometidas a vicisitudes políticas, bajas asignaciones presupuestarias para la subvención de los programas, insuficiencia en los sistemas de evaluación ex-post, así como la competencia desventajosa con otros grupos para la asignación de vivienda, empleo y seguridad social.

**PALABRAS CLAVE:** Desinstitucionalización Psiquiátrica; Salud Mental; Burocracias Profesionales; Gestión de la Externación.

---

“Visión de Futuro” Año 10, Volumen N°17, N° 2, Julio - Diciembre 2013

URL de la Revista: [www.fce.unam.edu.ar/revistacientifica/](http://www.fce.unam.edu.ar/revistacientifica/)

URL del Documento: [http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=72](http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=72)

ISSN 1668 – 8708 - Versión en Línea

ISSN 1669 – 7634- Versión Impresa

E-mail: [revistacientifica@fce.unam.edu.ar](mailto:revistacientifica@fce.unam.edu.ar)

## **ABSTRACT**

The aim of this work is to characterize and evaluate organizational design and models of deinstitutionalization in developed countries in the West and its impact on surgery in Argentina. It is described the structure, configuration, decentralization and liaison positions of Mental Health organizations. Service networks was observed with varying degrees of regional autonomy and decentralization. In Argentina was described a multiplicity of approaches and treatments implemented in an irregularly and discontinuously way. Existing projects pose a dichotomy between two health care systems: hospital work and work in the community, which prevented a common work, that would enhance the actions between hospitals and conducted in society. Results are not measured in terms of actual product of professional work (health status of patients) but in terms of nominal product (services provided). A common feature observed in the models analyzed was the timeliness of the different experiences subject to political vicissitudes, low budget allocations for grant programs, systems failure in ex-post evaluation and disadvantageous competition with other groups for the allocation of housing, employment and social security.

**KEYWORDS:** Psychiatric Deinstitutionalization; Mental Health; Professional Bureaucracies; Management outside institutions.

## **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos mentales constituyen un problema sanitario en crecimiento, representan en el mundo el 13% de la carga global de enfermedad, alcanzando en la región 22.2%, y experimentan un acelerado crecimiento si se compara con el 8.8% de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) alcanzado en 1990 (Cohen, H., 2009).

En Argentina, así como en el resto de América Latina, la Salud Mental no se ha considerado por lo general prioritaria, a pesar de la evidencia científica sobre la carga que representan los problemas mentales para un país. Por lo tanto el desarrollo de la atención, y mucho más la rehabilitación, debió enfrentar carencias, limitaciones y dificultades.

Factores macrosociales y macroeconómicos afectan e impactan en la salud mental, en mayor grado en estratos socioeconómicos bajos, para los cuales los servicios son más escasos, y sólo una minoría que requiere atención, la recibe efectivamente (WHO, 2003).

Paradójicamente esta situación provoca una revalorización de la cama psiquiátrica y los pacientes, o sus familiares, rechazan ser externados aunque estén en condiciones de recibir el alta médica. Frecuentemente la familia no puede resolver sus múltiples necesidades, más aún cuando está organizada bajo el modelo productivista, constituyendo ésta, uno de los primeros anillos del sistema de opresión social (Kraut, A.J, 2006).

La Salud Mental es un valor humano fundamental y en el caso de los pacientes institucionalizados tutelados por el Estado es su obligación la protección de los derechos sociales mediante la promoción de acciones de inclusión social y laboral.

Ante la existencia de hospitales ineficaces y económicamente ineficientes se propone la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina (OPS/OMS, 1990). En Argentina la ley Nacional de salud mental promueve la prohibición de la creación de nuevos manicomios, instituciones monovalentes públicas o privadas (Ley 26657, cap. VII, art. 11).

La fuerte estigmatización que representa la salud mental, las condiciones de la organización y la gestión de servicios, pueden ser considerados como los principales obstáculos para llevar a cabo el proceso de desinstitucionalización. La fuerte asimetría en la relación del enfermo con la familia, con el sistema de salud y con el sistema judicial, se suma a las debilidades y deficiencias de las instituciones en la mayoría de los países.

La desinstitucionalización tiene como objetivo la creación de nuevos dispositivos, más eficaces y eficientes para conservar al paciente en su comunidad y no el mero cierre de los hospitales psiquiátricos. La denominación es discutida por diferentes autores, para quienes sería más correcto hablar de deshospitalización, por cuanto no todos los hospitales eran manicomios, ni todos los pacientes dejaron de depender de alguna institución (Curlee, M. et al., 2001).

Este trabajo adhiere a la denominación de desinstitucionalización como proceso cuyo producto final es la externación y reinserción sociolaboral del paciente para evitar la transinstitucionalización o tránsito de los pacientes fuera de la institución sin cambios en su rutina, en un intento de libertad no sustentable.

Los programas de externación operados en la actualidad añaden unidades adicionales de factor variable, trabajo, aplicadas a una cantidad fija de recurso físico y de capital. El producto (paciente con reinserción socio-laboral) disminuye, aunque aumente la cantidad total expresada como actividades realizadas por el factor trabajo incorporado; determinando un bajo rendimiento marginal frente a las limitaciones biosociales.

El objetivo de este trabajo es caracterizar y evaluar el diseño organizacional y los modelos de gestión de desinstitucionalización psiquiátrica operados en algunos países desarrollados en Occidente y su impacto como antecedente del proceso en Argentina.

En este contexto, este artículo abordará en la sección II, una descripción del diseño organizacional y de las características de la gestión. Se describirán las características de las organizaciones y de los modelos de externación operados, así como la coordinación de las unidades, los recursos humanos involucrados y la procedencia del financiamiento. Por último en la sección III, se concluye con una discusión que permitió comparar los aspectos críticos comunes de los modelos en los países desarrollados y su impacto como marco de la desinstitucionalización en Argentina.

## **DESARROLLO**

### **Características estructurales de las organizaciones para la atención de la salud mental**

Las organizaciones que operan modelos de externación, adoptan la configuración de burocracia profesional. La parte clave de la organización es el núcleo de operaciones y el mecanismo de coordinación es la estandarización del conocimiento y habilidades normalizadas fuera de la institución. Funciona como un conjunto de programas estándar o repertorio de habilidades, aplicadas a situaciones conocidas llamadas contingencias (alteraciones de la salud mental), también normalizadas (Mintzberg, H., 2002).

El profesional tiene como rutina básica categorizar o diagnosticar las necesidades del enfermo en función de las contingencias. La organización trata de acoplar una contingencia predeterminada a un programa estándar normalizado a aplicar cuyo output es el paciente externado para la reinserción social.

La tecnoestructura es mínima y la jerarquía de línea media tiene ámbitos de control amplios sobre el trabajo profesional. El staff de apoyo, centrado en atender las actividades del núcleo de operaciones es grande y dirigido desde el ápice, coexistiendo enclaves maquinales dentro de la configuración profesional. Aparecen jerarquías paralelas y separadas, una democrática de abajo-arriba para los profesionales y una maquina de arriba-abajo para el staff de apoyo.

La descentralización es horizontal. Los profesionales no solo controlan su propio trabajo sino adquieren control colectivo sobre las decisiones administrativas que los afectan

y la protección de sus intereses. Surge entonces una estructura democrática dentro de la burocracia, pero con un requerimiento de trabajo como es la coordinación por adaptación mutua, equipos y comisiones permanentes, y en algunas organizaciones abundan las pirámides invertidas.

La base de agrupamiento de las diferentes unidades es la función favorecida por el proceso y la escala de interdependencias (Mintzberg, H., 1991). Los especialistas (psiquiatría, psicología, trabajo social, entre otros), bajo la supervisión de otro de su misma clase, promueven la especialización dentro de su unidad. Esta situación es conflictiva y requiere un criterio metodológico multidisciplinario con real interdependencia de enfoques.

Estas agrupaciones limitan las perspectivas, favoreciendo el énfasis en el significado, en el paradigma científico sectorial de cada unidad y no en la finalidad. Las posiciones de enlace deben usar el poder de la persuasión y la negociación para coordinar directamente las unidades involucradas y tratar las interdependencias residuales.

En general las organizaciones para el tratamiento de las alteraciones mentales describen un diseño permanente de estructura matricial, donde tanto las unidades como las personas que trabajan en ellas son relativamente estables.

## **Modelos de desinstitucionalización**

### **A. Experiencia en Estados Unidos**

En 1953 se inicia un movimiento desmanicomializador ante las altas tasas de personas con patologías crónicas internadas en instituciones psiquiátricas -339 pacientes crónicos por cada 100000 habitantes- (Thornicroft, G., 2004). Esa situación produjo una activa participación en la reforma del Sistema de Salud, como la formulación del Plan de Salud Mental denominado Ley Kennedy (Braun, P., Kochansky, G., 1981).

El propósito del plan fue evitar internaciones inadecuadas en instituciones psiquiátricas, procurando alternativas comunitarias para retornar e insertar a los pacientes en la comunidad, y organizar y sostener sistemas de apoyo para personas no institucionalizadas que estuvieran recibiendo servicios en la comunidad.

La deshospitización provocó ahorros de alto impacto para el Estado, una considerable reducción de camas psiquiátricas y disminución de la dependencia de los servicios psiquiátricos convencionales. La población institucionalizada disminuyó a razón de

6% anual y en la década del ochenta los valores registraron una tasa de 0.5 internados por cada 1000 habitantes (Thornicroft, G.; Bebbington, P., 1989).

La inadecuada gestión de sistemas de cuidados alternativos produjo consecuencias que causaron daños, como desamparo de la población adulta con problemas mentales severos, alta rotatividad de los pacientes por falta de asistencia médica e inexistencia de estructuras de servicios para el tratamiento y apoyos para el paciente y su familia, que acompañaron a una inserción social no sustentable (Kraut, J.A., 2006) (Geller, M., 1982).

La actual legislación, inspirada en un paradigma paternalista, legaliza la exclusión de personas con padecimientos mentales y obliga a los pacientes a elegir entre opciones como: libertad total derivada del rechazo de la internación involuntaria/encierro absoluto en un sistema manicomial restrictivo y opresivo (González Duro, E., 2009).

Thornicroft, Bebbington, Bachrach, Talbott, (op cit) señalaron cambios significativos en el estilo de vida de los usuarios externados exitosamente. Otros señalaron resistencia para la inclusión de enfermos con patologías severas en los Centros de Salud Mental, provisión de alojamientos precarios, y ausencia de dispositivos alternativos (Lamb, R., 2000).

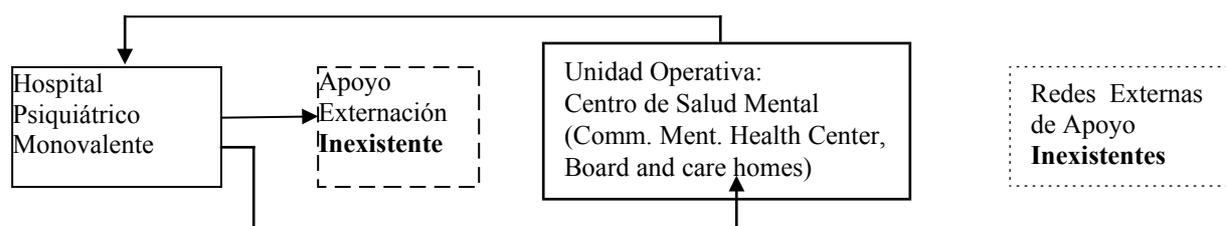


Gráfico N°1. Estructura organizacional y trayectos desde el paciente  
Fuente: Elaboración Propia

Coordinación: Descentralización vertical, a nivel ejecutivo. Las leyes de internación autorizaban al director médico la internación o externación involuntaria de pacientes. Hasta los años setenta regía la hands off doctrine: los jueces consideraban que los problemas internos de las instituciones eran competencia de la administración.

Recursos humanos: Profesionales: médicos psiquiatras, clínica médica y especialidades, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales y auxiliares no profesionales.

Financiamiento: Fondos estatales federales para la estructura extrahospitalaria (MEDICAID) y de la asignación suplementaria de seguridad.

## B. Experiencia en Italia

La post industrialización produjo en Italia la expulsión de las personas no consideradas aptas por su enfermedad para el crecimiento social productivo. La experiencia italiana de desinstitucionalización más destacada se concretó con Franco Basaglia en 1961.

Define un modelo teórico, cultural organizacional con una posición más bien antiinstitucional que antipsiquiátrica y ubicaba a la psiquiatría como un subsistema de la política y de la economía. Con una trayectoria inscripta en la filosofía marxista y comunista, consideró a la enfermedad mental como resultado de la marginación económica.

En 1971 en Trieste reemplazó el encierro con ubicaciones terapéuticas en ambientes abiertos (departamentos y lugares de ubicación colectiva). Demostró su hipótesis de inutilidad del asilo clásico y del encarnizamiento farmacológico y definió un modelo teórico cultural y organizacional desde un encuadre general nuevo: trabajar con los pacientes como personas y con la institución (Basaglia, F., 1989).

Privilegió las relaciones personales y sociales entre los usuarios, agrupando por nacionalidad, con la posibilidad de recuperar parte de su historia y de sus identidades. Al compartir nacionalidades, los internados disminuían prejuicios, mantenían idioma, costumbres y una discusión desde una misma perspectiva cultural. Para lograr proyección externa o visibilidad del problema, favoreció un movimiento en dos sentidos, acercamiento de la sociedad al hospital y salida de los pacientes a la comunidad.

Propició subsidios para que los pacientes puedan salir a vivir en comunidad. Modificó la función de los actores institucionales, con un cambio fundamental en el rol del enfermero de la posición de custodia al de asistencia y acompañamiento. Modificó las relaciones laborales transformando el concepto de ergoterapia, considerada una actividad terapéutica, en el de cooperativas sociales donde pacientes asistidos pueden desempeñar un rol activo socialmente con otros miembros de la comunidad.

En 1978 Italia sanciona las leyes de reforma y supresión de hospitales psiquiátricos y restitución de los enfermos con alteraciones mentales a hospitales generales o a comunidades terapéuticas. Constituye el marco general para el cierre gradual de hospitales psiquiátricos, la prohibición de nuevos ingresos y la construcción de nuevos hospitales, la apertura de Centros de Salud Mental Comunitarios (C.S.M.), ejes del nuevo modelo asistencial, sesiones de psiquiatría en hospitales generales y conexiones con otros sectores de la medicina dentro del Sistema Nacional de Salud.

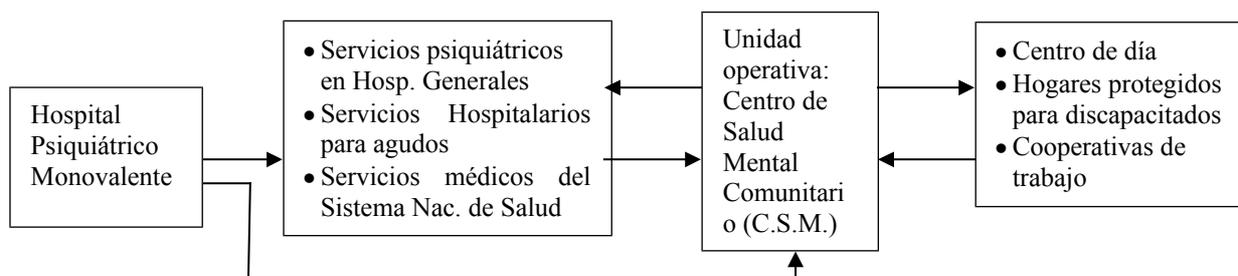
Con posterioridad el Plan Objetivo de Salud Mental (POSM) 1998-2000 del Ministerio de Salud llenó el vacío normativo desde la reforma, proveyó rutinas respecto a los servicios y definió el cierre definitivo en todo el territorio italiano (Pasquale, E., 2011).

Define indicaciones precisas para organizar el Departamento de Salud Mental, red única de servicios públicos estructurales o funcionales con recursos específicos y dirección única dividida en unidades operativas como CSM como eje central de programas, centro de día para post crisis, hogares protegidos para discapacitados, cooperativas de trabajo para rehabilitación laboral.

También explicita estándares de servicios cada 10000 habitantes (1 cama para agudos, 1 cama de día para subagudos, 1 cama en hogares protegidos) y de profesionales (1 cada 1500 habitantes), continuidad terapéutica con planes individuales, integración entre Servicios Regionales y Municipales con deberes a nivel de subsistencia y vivienda para usuarios vulnerables, capacitación profesional y sistemas de evaluación de Servicios.

El propósito de su modelo fue descentralizar las decisiones del Ministerio de Salud, que las consideraba políticas, reubicar los médicos transfiriéndolos desde los hospitales y oficinas a centros en la comunidad, desarrollar una psiquiatría en zonas de influencia cercanas a los pacientes que aseguraran la continuidad del tratamiento.

El punto crítico del modelo fue la subestimación en el diseño de los programas de la intención política del gobierno, de los presupuestos para la subvención, la insuficiencia de evaluación ex-post, la capacitación de los profesionales así como la competencia desventajosa con otros grupos para la asignación de vivienda, empleo y seguridad social.



**Gráfico N° 2. Estructura organizacional y trayectos desde el paciente**  
Fuente: Elaboración Propia

Coordinación: Red única de servicios públicos, Departamento de Salud Mental, con dirección única dividido en unidades operativas con descentralización horizontal, son integradores de diferentes áreas y competencias con otros Regionales y Municipales.

Recursos humanos: Profesionales: médicos psiquiatras y de otras especialidades, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales y auxiliares no profesionales.

Financiamiento: Fondos del Estado.

### C. Experiencia en Francia

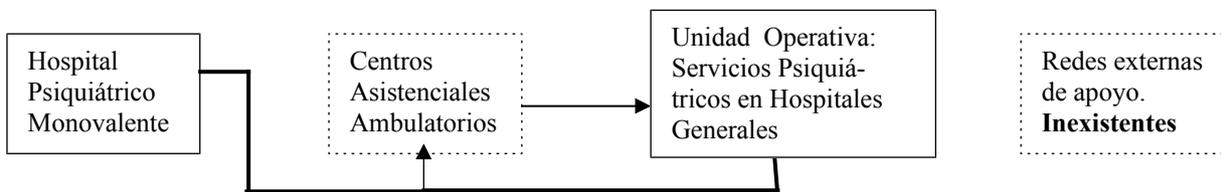
En el año 1945 se introduce una política psiquiátrica que se denominó psiquiatría del sector. Se organiza la asistencia de la Salud Mental en sectores determinados geográficamente, de estructura multidivisional y enlaces matriciales según mercado atendido y un equipo multidisciplinario con la dirección de un psiquiatra.

Cada sector tiene unidades de internación y centros de crisis para la atención de urgencias con cuidados intensivos e internación por períodos breves. También hay hospitales de noche, cuidados nocturnos y de fin de semana y departamentos terapéuticos para permanencia limitada con tareas intensivas de rehabilitación y de reinserción social (Auvergnon et al., 2006; en Gabay, P.; Fernandez, B. M., 2011).

La evolución política y del poder social hacia una concepción capitalista hace que la psiquiatría del sector fracase al no estar apoyada por la administración ni por el núcleo técnico, que tienden a la actividad privada y así el 80% de los sectores de psiquiatría permanecieron dependiendo de los hospitales psiquiátricos (Foucault, M., 2005).

En 1992 un relevamiento de la atención psiquiátrica en Francia, describió tres tipos de estructuras: neo-asilares, servicios intrahospitalarios con ocupación plena y predominio del acompañamiento a largo plazo; semi-abiertas que constituyeron una moderna solución alternativa para aquellos que requerían seguimientos prolongados y estructuras abiertas implantadas en el hospital general (Massé, G., 1992; en Gabay P.; Fernandez B., M., 2011).

El Sistema Nacional de Salud que cubre a la mayoría de la población sigue manteniendo una asistencia curativa, con predominio del hospital como institución central y su financiación va en detrimento de la creación de servicios ambulatorios.



**Gráfico N° 3. Estructura organizacional y trayectos desde el paciente**  
Fuente: Elaboración Propia

Coordinación: Descentralización vertical limitada a nivel del Sistema nacional de Salud con el hospital como institución central. Descentralización horizontal en Servicios y Centros asistenciales. Los agentes internos de las nuevas ORG no lograron un control del entorno, ante una coalición externa activa.

Recursos humanos: Profesionales: médicos psiquiatras y de otras especialidades, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros y auxiliares no profesionales.

Financiamiento: Recursos del Estado.

#### **D. Experiencia en España**

El modelo organizacional, influido por la experiencia italiana, se basó en el reconocimiento de la autonomía regional. Desde el marco autonómico y por lo tanto de descentralización de competencias, ha permitido que las diferentes comunidades autónomas hayan dictado normas, incluidas las de sanidad, con diferente planificación y tránsito de experiencias disímiles.

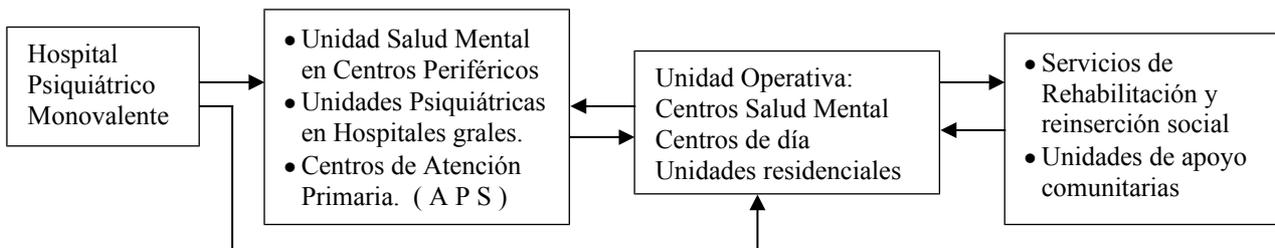
La reforma psiquiátrica se inicia en 1985 con un cambio epistemológico en el modo de entender y abordar los problemas de salud mental. Se organizaron Unidades en los Centros Periféricos de atención, externos al hospital con un equipo profesional básico (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) cada 50000 beneficiarios en los niveles primarios de atención. Establece la necesidad de crear Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día, Unidades de Apoyo Comunitario, Unidades Residenciales (Lafuente, L. S. et al, 2007).

España es uno de los pocos países que en su Constitución recoge el derecho explícito de los enfermos mentales a recibir protección, tutela asistencial y jurídica de la administración pública. Sin embargo el Tribunal Constitucional hace propio el arraigo social de la asociación locura y peligrosidad y curación/cordura con inocuidad y ordena el ingreso forzoso a hospitales psiquiátricos ante conductas de los pacientes consideradas inapropiadas, responsabilizando a la psiquiatría comunitaria.

A pesar de las transformaciones realizadas, el modelo español, revela insuficiencias como un abordaje excesivamente biológico, ausencia de mecanismos de coordinación entre niveles, falta de criterios en la formulación de objetivos y metas, debilidades en la integración con la red sanitaria general, ausencia de registros unificados que permitan diseñar respuestas para responder a las demandas, precariedad en la implementación de

residencias, inadecuación de programas para la población psicogerítrica, adolescente y de la niñez (AEN. Profesionales de la Salud Mental, 2001).

Se demostró una demora financiera de la transferencia de recursos sanitarios, incluso fondos económicos provenientes de INSALUD a los Servicios de Salud de las comunidades autónomas (Fernández Liria, A.; Dieguez Porrez, M., 1998).



**Gráfico N° 4. Estructura organizacional y trayectos desde el paciente**  
Fuente: Elaboración Propia

Coordinación: Descentralización vertical: Sistema Nacional de Salud. – Plan Nacional de Salud Mental. Descentralización horizontal: descentralización de competencias en las diferentes comunidades autónomas.

Recursos humanos: Profesionales: médicos psiquiatras y de otras especialidades, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y auxiliares no profesionales.

Financiamiento: Fondos económicos provenientes de INSALUD a los Servicios de Salud de las comunidades autónomas.

#### **D. Experiencia en Argentina**

En Argentina una multiplicidad de abordajes y tratamientos implementados de manera irregular y discontinua, resultaron experiencias aisladas de desinstitucionalización.

En 1964 se llevó a cabo en Mendoza una experiencia que incluyó un cambio en el trato con los pacientes y en la concepción manicomial hegemónica de las cátedras de psiquiatría.

La reforma contenida en el plan Kennedy fue retomada en la década del sesenta en la provincia de Buenos Aires por Mauricio Goldemberg. La experiencia, que se descontinuó en los años setenta, marcó grandes innovaciones, permitió el acceso de otros encuadres terapéuticos como el psicoanálisis, instaló la internación psiquiátrica en hospitales polivalentes. El modelo psicológico se oficializa en el ámbito hospitalario y asistencial del

hospital general compartiendo el poder oficial y también iniciando la rivalidad con la psiquiatría (Kraut, A. J., 2006, p. 84).

Los proyectos implementados incluyen internaciones breves, atención por redes de complejidad creciente, asistencia ambulatoria y descentralizada, dispositivos de comunicación horizontal y convocatoria a organizaciones sociales y de familiares de los pacientes. La filosofía estaba relacionada con favorecer la recuperación de la alteración mental por el contacto con el trabajo, la producción y la naturaleza.

En 1985 en Río Negro, Cohen H., inicia un proceso de transformación que incluye el cierre del hospital psiquiátrico en 1988 y sanción de la ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental en 1991 (Kraut, A. J., 2006).

El hospital rural y el de mayor complejidad fueron las bases de operaciones desde donde los equipos de salud mental intentaron reconstruir la red social que incluyó centros periféricos y su personal como primer eslabón en la cadena de consultas y seguimiento de la persona externada o que estuviese internada en su propia vivienda.

El pensamiento filosófico que acompañó el proceso fue la recuperación de los vínculos sociales, donde no se aborda al sujeto desde sus conflictos intrapsíquicos, sino desde la situación de atravesar múltiples crisis a lo largo de su vida y desde la concepción de multideterminación del proceso salud-enfermedad mental.

En 1999 se pone en funcionamiento el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) en la Provincia de Buenos Aires, para promover la reintegración a la comunidad de pacientes internados sin razones clínicas que lo justifiquen y carencia de recursos financieros o de familia que acompañen la integración.

La externación asistida implica el pasaje de estos pacientes a una vida social con ejercicio de derechos ciudadanos, con la asistencia del equipo técnico de profesionales. Los usuarios conviven en grupos de tres a cinco personas, en casas alquiladas por el hospital o por familias alojantes que deseen alquilar habitaciones para una o dos personas.

En 1993, Pellegrini J.L., en San Luis, implementó modelos de transformación institucional; inicia un Plan Provincial de Salud Mental con el propósito de reformular integralmente la atención psiquiátrica en el sistema público de la provincia (Pellegrini, J.L. et al, 1996).

Pellegrini considera que la internación debe ser parte de una estrategia general para la compensación del paciente, en la salida de la crisis y la continuidad del tratamiento con

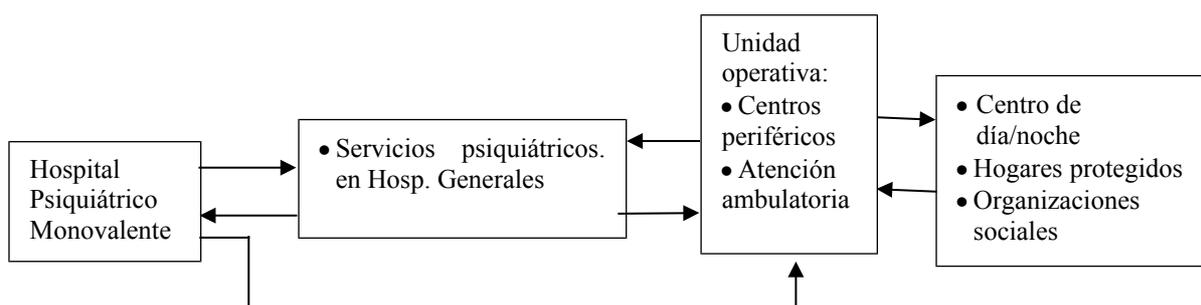
otros dispositivos como el hospital de día, de noche, atención ambulatoria, domiciliaria, entre otros.

El modelo creó estratégicamente en el hospital el Instituto de Estudios Económicos, Sociales y Psicosociales (IESP) con actividades de atención y de producción de conocimiento. El IESP realizó convenios con el Ministerio de la Cultura del Trabajo, intentando respuesta a los conflictos desde lo académico con medidas como transformar la institución en un hospital de agudos, contener la crisis con el contacto, reducir la medicación, instalar un sistema en red de atención domiciliaria.

La sanción y promulgación de la Ley Nacional de Salud mental marca un cambio doctrinario respecto a la atención de las personas con alteraciones en la Salud Mental. El Ministerio de Salud Pública es la autoridad de aplicación y deberá establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental (Ley 26657, 2010, Art.31).

El ámbito de aplicación será los servicios y efectores públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan. La atención deberá estar a cargo de un equipo interdisciplinario con profesionales, técnicos y otros trabajadores con la debida acreditación de la autoridad competente, que deberán promover la coordinación con áreas de educación, desarrollo social, trabajo que conduzca a la inclusión sociolaboral de los pacientes.

La internación será considerada como recurso excepcional cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizadas fuera de la Institución monovalente de internación. Se prohíbe la creación de nuevos centros de internación neuropsiquiátrica o instituciones monovalentes públicas o privadas y las internaciones deberán hacerse en hospitales generales que deberán contar con los recursos necesarios.



**Gráfico N° 5. Estructura Organizacional y trayectos desde el paciente**  
Fuente: Elaboración Propia

Coordinación: Descentralización vertical limitada con el hospital como institución central. Descentralización horizontal en Servicios y Centros asistenciales con organizaciones de estructura multidivisional.

Recursos humanos: Profesionales. Médicos psiquiatras y de otras especialidades, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales. Auxiliares no profesionales: enfermeros auxiliares, mucamas, personal cocina, limpieza y mantenimiento.

Financiamiento: Fondos del Estado.

## **CONCLUSIÓN**

La descripción permitió determinar que los proyectos existentes plantean una dicotomía entre dos sistemas de atención de la salud mental: el trabajo hospitalario y el trabajo en la comunidad, ausencia de un trabajo común complementario, que potencie las acciones entre las instituciones hospitalarias y las conducidas en la sociedad.

Las alteraciones mentales dejaron de ser contingencias normalizadas, y la pérdida de la condición de sujeto de los pacientes internados involuntariamente, es una situación crítica sujeta a revisión. Las fallas en la planificación como proceso central en la formulación de estrategias como patrón de acción, o en el diseño de la estructura, previo a la práctica de estas estrategias, constituyen un común denominador de los modelos descriptos.

Ante la complejidad del caso estudiado, por los múltiples factores determinantes, la integración de las ciencias de la salud con profesionales de la administración y representantes externos gubernamentales, generarían valor en el proceso para la identificación de la necesidad, el desarrollo de soluciones y selección de una alternativa.

En general los planes desarrollados y el establecimiento de la misión, clave en la elaboración de estrategias, estuvieron bajo control de profesionales individuales, o grupos de algunos de ellos, con un poder indirecto considerable, un encasillamiento imperfecto y disputas jurisdiccionales. Los mecanismos de coordinación son débiles y provocan grietas entre los sectores, situación que da lugar a conflictos.

Una fuerte relación conflictiva entre la psiquiatría y la psicología, provoca rivalidad interprofesional en la disputa del poder y en las transformaciones producidas por sus preferencias individuales, al extremo de ignorar no solo las necesidades de los demandantes sino los de la organización.

Un punto de rivalidad entre el sistema médico y el judicial en cuanto la norma, en los modelos observados, amplía las facultades de los médicos y del llamado equipo interdisciplinario y diluye la inmediata fiscalización judicial.

La cooperación entre el sistema de salud y el judicial es crucial para el funcionamiento de las estructuras administrativas de estas organizaciones, para apoyar estrategias globales y resolver conflictos. La norma no convierte la incompetencia en competencia y los resultados observados muestran un círculo vicioso de disfunciones. Estas estructuras con jerarquías de abajo-arriba se transforman progresivamente en organizaciones maquinales de arriba-abajo con controles tecnocráticos crecientes y centralización.

Un común denominador en los modelos de Desinstitucionalización en Argentina fue la puntualidad de las diferentes experiencias sometidas a vicisitudes políticas e insuficientes asignaciones presupuestarias que limitan su desarrollo, no se instituyen jurídicamente y no son sustentables a largo plazo.

Los diferentes modelos de reforma psiquiátrica son operados por organizaciones hospitalarias integradas en un orden superior, en su mayoría el sistema público. Desde la perspectiva de la hipótesis de la congruencia de Mintzberg, se puede reconocer en las ORG que operan programas para la Desinstitucionalización psiquiátrica una configuración de estructura multidivisional, entidades semiautónomas, los hospitales y otros centros sanitarios, acoplados a través de una estructura administrativa central como los Ministerios dependientes del Poder Ejecutivo, algunos compartidos con el Poder Judicial.

La agrupación por mercado geográfico como parámetro de diseño, es la configuración adoptada legalmente. La solución técnica de utilizar la estructura matricial como enlace entre el personal de dos líneas jerárquicas diferentes, se observó en algunos casos aplicado a los aspectos técnicos y estuvo ausente en los organizativos, con desventajas derivadas del doble flujo de autoridad.

La estructura central asume no solo la alta dirección sino la mayor parte de las funciones de la tecnoestructura, situación que condiciona el escaso desarrollo de esta parte de la organización en los hospitales y centros de atención.

Los sistemas de planificación-control intentan lograr coordinación mediante la normalización del resultado, con resultados disímiles. La línea intermedia de autoridad, directores de divisiones, hospitales, centros comunitarios, a pesar de la descentralización horizontal tienen una escasa descentralización vertical y paralela que limita su autonomía.

Se observa una contradicción en los modelos al compatibilizar el control del rendimiento con la autonomía de las diferentes divisiones, situación que induce a continuar con estas divisiones como sistemas cerrados, instrumentales de la sede central.

Los responsables de las actividades dependen de más de un coordinador y se desempeñan en más de un subproyecto al mismo tiempo con funciones simultáneas.

El jefe de servicio o de las unidades donde se operan los proyectos asume la autoridad que atañe a la línea de dicho producto o sobre las personas que trabajan en su unidad, independientemente de la función o la línea jerárquica a la que pertenezcan.

Aunque esta forma de trabajo es relativamente descentralizada, estos modelos registran problemas de autonomía y compleja articulación con subsectores internos (diferentes especialidades) o externos a la organización (educación, trabajo, vivienda)

El modelo de descentralización de las organizaciones profesionales con predominio de relaciones horizontales, donde es el conjunto el que toma las decisiones necesarias respecto de las tareas de cada uno, encuentra en cada una de las experiencias fuertes rivalidades dentro del sistema o con otros sistemas intervinientes, como el judicial.

La forma divisional adoptada por los diferentes modelos no es una estructura completa y funcional. Las diferentes funciones dependen de líneas jerárquicas situadas en paralelo. El desempeño de una función por dos departamentos paralelos, como muestran los antecedentes descriptos, supone la introducción de un elemento extraño en la cultura de las organizaciones que conlleva a la ocurrencia de disfunciones.

En este tipo de estructura la formulación de la estrategia es un proceso ascendente, porque la parte clave de la configuración es el núcleo de operaciones. Está controlada en primer lugar por el núcleo técnico y luego por el aparato administrativo. Sin embargo esta secuencia de decisiones contradice el proceso de formulación de las estructuras multidivisionales, que en las experiencias observadas con escasa autonomía real, están dirigidas desde el ápice estratégico de la sede central.

Las hipótesis de congruencia, de configuración y de configuración extendida de la teoría de ORG, explicarían la supervisión funcional por la naturaleza del trabajo de los médicos, del personal multidisciplinario y las relaciones entre los procesos de trabajo de unos y otros.

En contraposición la eficiencia es una restricción más que un objetivo principal para acompañar al crecimiento. Se observó en los diferentes modelos un cierto grado de divorcio entre los directivos y el núcleo técnico de operaciones respecto a los objetivos planteados,

cuando éstos fueron explícitos; los primeros por la escasez de los recursos centran su preocupación en la eficiencia y los segundos en la eficacia. La supervivencia es el objetivo preferente de estos sistemas cerrados porque interesa a todos los agentes internos, no por el mantenimiento de la ORG sino por perpetuar la configuración del poder.

Los pacientes con alteraciones mentales y sus familias aunque ausentes deberían tener mucha influencia, pero para estos grupos sociales el sistema sanitario público se transforma de hecho en un monopolio natural, de forma que la relación de dependencia que se establece los convierte en una clientela cautiva.

El poder de la coalición interna en el Sistema Sanitario en la mayoría de los modelos estudiados, se encuentra en los directivos superiores que con una designación política, asumen facultades en ausencia de un fuerte control externo. Los directivos de segundo nivel, los administradores, tienen un poder delegado por el director general y los analistas de la tecnoestructura, jefes de unidad, deben su influencia a la información que manejan.

Por ser burocrático el sistema de planificación-control, las actividades de los directivos intermedios se institucionaliza. Cada uno de los hospitales o centros que operan programas de externación para la reinserción social ponen a su ORG burocrática como instrumento de la Dirección general y hacen operativos los objetivos impuestos por aquella. No se miden los resultados en términos del producto real del trabajo profesional realizado (incidencia en el estado de salud de los pacientes) sino en términos del producto nominal (los servicios prestados).

El cambio demográfico y social requiere una redefinición de los modelos de externación y la disponibilidad de las alternativas pertinentes al nuevo contexto cultural y socioeconómico dominante en tiempos posmodernos. Mudar la cultura de la expulsión es difícil y largo, persiste la tendencia a reproducir la situación de separación y aislamiento.

La falta de planeamiento determinó modelos repetitivos que extrapolan del pasado las estrategias o copian a otros bajo el supuesto de contextos previsibles, con actuaciones sectoriales desde diversos paradigmas científicos y distintos criterios asistenciales.

Si bien no existe un modelo de desinstitucionalización universal, la rehabilitación psiquiátrica y la reinserción social de los pacientes con alteraciones mentales tienen bases científicas que los planificadores no deberían desconocer.

## BIBLIOGRAFÍA

---

“Visión de Futuro” Año 10, Volumen N°17, N° 2, Julio - Diciembre 2013

URL de la Revista: [www.fce.unam.edu.ar/revistacientifica/](http://www.fce.unam.edu.ar/revistacientifica/)

URL del Documento: [http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=72](http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=72)

ISSN 1668 – 8708 - Versión en Línea

ISSN 1669 – 7634- Versión Impresa

E-mail: [revistacientifica@fce.unam.edu.ar](mailto:revistacientifica@fce.unam.edu.ar)

- BASAGLIA, F. y COL. (1989). Razón, locura y sociedad. México, Ed. Siglo XXI.
- BRAUN, P.; KOCHANOSKY, G.; et al. "Overview: Desinstitutionalization of Psychiatric Patients, a Critical Review of Outcomes Studies". American Journal Psychiatry, 1981, Vol 138, No 6.
- COHEN, H. (2009). Salud mental y derechos humanos: vigencia de estándares internacionales. Buenos Aires, Argentina, Organización Panamericana de la Salud. 1ª. Ed.
- CURLEE, M., et al. "Towards local care: a statewide model for deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation". Psychiatric Rehabilitation Skills, 2001, 5, (2).
- FERNÁNDEZ LIRIA, A. y DIEGUEZ PORREZ, M. "La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciales". Revista de Administración Sanitaria, 1998, Vol 2, No 5.
- FOUCAULT, M. (2005). El Poder Psiquiátrico. Buenos Aires, Argentina, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- GABAY P. M. y FERNÁNDEZ B. M. (2011). Rehabilitación psiquiátrica. Buenos Aires, Argentina, Ed. Polemos S.A.
- GELLER, M. "The Revolving Door, A trap or a life style?" Hospital and Community Psychiatric Open Forum, 1982, Vol 33, No 5.
- GONZÁLEZ DURO, E. "De la psiquiatría a la salud mental." Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000, Vol 20, No 74.
- KRAUT, A. J. (2006). Salud Mental. Tutela Jurídica. Santa Fe, Argentina, Ed. Rubinzal – Culzoni.
- LAFUENTE LÁZARO, S. et al. "Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos: El caso de Segovia". Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2007, Vol 27, No 2.
- LAMB, R. "The 1978 APA Conference on the Chronic Mental Patient: A defining Moment". Journal Psychiatry Service, 2000, Vol 51, No 7.
- Ley 26657/ 2010. Nacional de Salud Mental. Decreto PEN 1885/2010. BO. 03/12/2010, Cap. VII, art.11, Cap. IX, art. 31.
- MINTZBERG, H. (1991). Mintzberg y la dirección. Madrid, España, Ed. Diaz de Santos.
- MINTZBERG, H. (2002). La estructuración de las organizaciones. Barcelona, España, Ed. Ariel S.A.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS). (1990). Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela.

PASQUALE, E. "La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia". Revista Asociación de Neuropsiquiatría, 2011, Vol 31, No 110.

PELLEGRINI, J. L. et al. Sobre el proceso de transformación institucional (1993-1996) Gobierno de la Provincia de San Luis, Ministerio de Desarrollo Humano y Social, Subsecretaría de Desarrollo Integral, 1996, Rev. No 1, año 1.

TALBOTT, J. A. "Community care for the chronically mentally ill". Psychiatric Clinical North America, 1985, Vol 8, No 3.

THORNICROFT, G. y BEBBINGTON, P. "Desinstitutionalization - from Hospital Closure to service Development". British Journal of Psychiatry, 1989, No 155.

THORNICROFT, G. y TANSELLA, M. "Components of a modern mental health service. A pragmatic balance of community and hospital care". British Journal of Psychiatry, 2004, No 185.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). Investing in mental health. Geneva; World Health Organization.