

V Encuentro Latinoamericano de Profesionales, Docentes y Estudiantes de Trabajo Social. Carrera de Trabajo Social de la FCH-UNICEN y Colegio de Trabajo Social de PBA, Tandil, 2023.

Desmanicomialización: Reflexiones del modelo rionegrino y el Plan “Buenos Aires libre de manicomios”.

Marful Martínez, Camila.

Cita:

Marful Martínez, Camila (2023). *Desmanicomialización: Reflexiones del modelo rionegrino y el Plan “Buenos Aires libre de manicomios”*. V Encuentro Latinoamericano de Profesionales, Docentes y Estudiantes de Trabajo Social. Carrera de Trabajo Social de la FCH-UNICEN y Colegio de Trabajo Social de PBA, Tandil.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/camila.kimei.marful.martinez/2>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pN0m/b81>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Desmanicomialización:

Reflexiones del modelo rionegrino y el Plan “Buenos Aires libre de manicomios”.

Marful Martínez, Camila Kimei¹

Residencia de Trabajo Social, Provincia de Buenos Aires.

Introducción.

El presente escrito se enmarca en los procesos académicos de la Residencia² de Trabajo Social desarrollada en la sede Troncos del Talar. El objetivo del mismo es reflexionar sobre los procesos de desmanicomialización llevados adelante en las provincias de Río Negro y Buenos Aires, identificando actores, paradigmas y modalidades de abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas usuarias de dispositivos de Salud Mental. Para esto se realizará un breve recorrido histórico sobre la intervención estatal de la Salud Mental con particular énfasis en los hechos acontecidos en nuestro país, recuperando experiencias desmanicomializadoras de la provincia rionegrina. A su vez, se brindará una caracterización general de la Ley Nacional de Salud Mental y sus principales modificaciones en términos normativos y propuestas de abordaje. Para finalizar, se reflexionará sobre las tareas y desafíos del reciente plan Provincial “Buenos Aires libre de manicomios”.

La locura como objeto de intervención

La Salud Mental tuvo diversas modalidades de abordaje a lo largo de la historia. Varios autores (Foucault; Basaglia; Cooper; entre otros) sostienen que históricamente la locura fue relacionada a prácticas delictivas o castigos divinos hacia aquellas personas que no se ajustaban a las normas establecidas. Si bien la misma era parte de la vida cotidiana de las sociedades, la intervención sobre ésta se encontraba recluida al orden de lo privado doméstico, alejado del ámbito de la Salud Pública. La intervención estatal sobre la locura era

¹ kimeicamilagmail.com

² Las Residencias del Equipo de Salud son un sistema remunerado de formación de posgrado en servicio para diferentes profesionales y disciplinas. El CAFyS Troncos del Talar es sede de residencia de tres disciplinas: Medicina General; Trabajo Social y Enfermería Comunitaria.

de carácter jurídico-punitivo y se realizaba a partir del encierro de aquellas personas que no desarrollaban actividades productivas, no contaban con medios de subsistencia y/o alteraban el orden público: criminales, personas con discapacidad, ancianos, herejes; loques; entre otros.

Stolkiner ubica la respuesta médica a la problemática de la Salud Mental con el surgimiento de instituciones manicomiales en la Revolución Francesa. “Philippe Pinel inauguró la psiquiatría, al hacer confluir la reclusión con la idea de asistencia médica en las instituciones asilares manicomiales, un lugar para albergar la “locura”, para los sujetos que no podían ejercer la ciudadanía por estar privados de razón” (2015, p.61). Adhiero a la definición del manicomio como un dispositivo ideológico violento diseñado para confinar la locura, una institución opresiva que somete a las personas reclusas a condiciones de vida inhumanas. Basaglia (1968) sostiene que:

La función esencial y primera de estas instituciones no es terapéutica, sino represiva.

Los asilos de alienados tienen por cometido defender a los ciudadanos de ciertos sujetos que presentan un comportamiento desviante, que los médicos han denominado patológico: cualquier individuo «peligroso para sí mismo y para los otros» es internado (p.285).

En Argentina, este paradigma arribó de manera inmediata una vez constituido el Estado Nacional en el año 1853 cuando se inauguraron los Hospitales Psiquiátricos Moyano y Borda sobre la base de instituciones asilares preexistentes.

No obstante, paradigmas críticos a la psiquiatría hegemónica también influenciaron a los profesionales de la salud y autoridades sobre la temática. Es así que “con el modelo de la psiquiatría anglosajona, se crearon las colonias emblemáticamente llamadas “de puertas abiertas”, bajo la idea de la cura por el trabajo y el contacto con la naturaleza” (Stolkiner, 2015, p.61). La autora sostiene que, a partir de la creación del Ministerio de Salud durante el

primer gobierno peronista, el Ministro de Salud Ramón Carrillo reorganizó las instituciones psiquiátricas, garantizando mayor cercanía de las personas internadas a sus hogares y comunidades de origen, con el fin de evitar la cronificación de sus padecimientos mentales.

Se observa que el desarrollo del campo de la Salud Mental en nuestro país se vio atravesado por momentos de inestabilidad política -cambios de gobierno y golpes de estado- y recibió contribuciones del paradigma manicomial a nivel internacional. A pesar de ello, la organización de profesionales en conjunto con familiares y usuarios de instituciones del área de la Salud Mental, influenciada por el movimiento de la antipsiquiatría (Basaglia; Cooper; Laing; Goffman; entre otros), favoreció la creación de corrientes innovadoras y críticas al sistema manicomial tradicional, proponiendo alternativas de abordaje y desarrollando experiencias de Salud Mental Comunitaria. Se crearon así diversas ligas y movimientos nacionales como: La Liga Argentina de Higiene Mental; Federación Argentina de Psiquiatras; La Asociación Psicoanalítica Argentina; entre otras. Estas corrientes de pensamiento fueron aplacadas con el terrorismo de Estado de la dictadura cívico-militar de 1976, cuando además de perseguir y desaparecer a los referentes en la temática, desarticularon y desarmaron las experiencias realizadas.

En 1983, con el retorno de la democracia, se retomaron ciertas medidas de las corrientes críticas al sistema manicomial. Es así que se crearon “con la asesoría del Dr. Mauricio Goldemberg, los lineamientos de un Plan Nacional de Salud Mental, se impulsaron Direcciones de Salud Mental en algunas provincias, y dispositivos como las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM)” (Stolkiner, 2015, p.64). La provincia de Río Negro inició una reforma del sistema de abordaje de la Salud Mental que culminaría con el cierre definitivo de las instituciones asilares.

La experiencia rionegrina en la desmanicomialización

La experiencia rionegrina se destaca por ser una de las más innovadoras de latinoamérica, reconocida por la OPS, siendo la primera en la región en implementar una Ley de Salud Mental en 1992, sustituyendo los hospitales manicomiales por dispositivos interdisciplinarios de Salud Mental con anclaje comunitario. Schiappa Pietra y otros (2015) en su libro *La Brancaleone* recuperan el proceso histórico de la desmanicomialización. Estos autores interpretan al advenimiento de la democracia como el puntapié para continuar la lucha por la extensión de los derechos humanos; sostienen que:

La desmanicomialización se caracterizó por un valiente y sostenido esfuerzo por dar soluciones reales, mediante una práctica renovadora y humanitaria, a los graves problemas que decidió enfrentar. El primero, que dio origen a todo el proceso, fue el cierre del manicomio y la atención en la comunidad de los trastornos mentales que tenían destino de institucionalización. (p.24)

Sin embargo, dicho proceso no contaba con la crisis económica y social que debería enfrentar durante la década del 90. Ésta causó un gran impacto en el proceso de desmanicomialización ya que a la adopción de nuevas modalidades de trabajo y diseño de estrategias para abordar la problemática de Salud Mental se sumó la complejización de otras situaciones problemáticas relacionadas a las condiciones materiales de vida y subsistencia de la población, tales como el incremento del desempleo, pobreza, policonsumos, violencia de género, problemáticas habitacionales, entre otros.

El desarrollo de las políticas neoliberales causó una crisis profunda en el modelo desmanicomializador la cual se manifestó en recambio de directivos del proyecto, mayor cuestionamiento por parte de los profesionales que no acordaban ideológicamente con la desmanicomialización, recorte presupuestario, entre otros. En el año 2003, con los cambios de gobierno nacional y provincial, las nuevas autoridades de la provincia decidieron crear la

Dirección Provincial de Salud Mental y realizar una inversión económica en el área que permitió la ampliación y creación de dispositivos comunitarios de Salud Mental. A su vez se profundizó la articulación con Nación quien aportó insumos y recursos para desarrollar diversas propuestas de trabajo.

Los cambios de gobierno impactaron de manera directa en las diferentes gestiones del modelo de desmanicomialización ocasionando dificultades para mantener una perspectiva y línea de trabajo común y sostenida en el tiempo. Pese a ello la provincia de Río Negro se constituyó como modelo de desmanicomilización y su Ley 2440 sentó precedente a nivel nacional para los avances en materia normativa.

La Ley Nacional de Salud Mental

No es interés de este trabajo abordar de manera minuciosa los hechos que conllevaron a la construcción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 aunque resulta relevante destacar que la misma encarnó un camino de debates, encuentros y desencuentros que se vieron impulsados, como ya se mencionó también en la experiencia rionegrina, por la restauración de la democracia y la lucha por los derechos humanos. Coincidió con el autor Magnet Colomer (2008) al definir al derecho “como una forma fetichizada de las relaciones sociales” (p.12). Así la noción de “derechos humanos” resulta abstracta; si bien la categoría pretende otorgar un marco de universalidad la misma resulta ilusoria al permanecer en el plano material la desigualdad entre los sujetos. De todas maneras, la lucha en términos estratégicos por la ampliación de derechos sociales es compatible con la apuesta por una sociedad más justa y digna al otorgar herramientas que pueden ser utilizadas por los sectores más desfavorecidos.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el año 2010 otorgó un marco regulatorio para pensar el abordaje de la Salud Mental. En la misma se propone un cambio de paradigma del modelo de atención asilar dado que establece, entre otras cosas, que

los hospitales generales deben dar respuesta a las situaciones vinculadas a la salud mental de las personas que soliciten atención además de constituirse en efectores donde realizar internaciones, en caso de evaluarlo necesario. (Ley 26.657, 2010, Art. 28).

Stolkiner (2015) sostiene que la Ley Nacional de Salud Mental permite modificar prácticas existentes en el modelo manicomial y reconocer a las personas con padecimiento psíquico como sujetos de derechos. A su vez, el reemplazo de la categoría “enfermedad mental” por “padecimiento mental” promueve la necesidad de que la evaluación diagnóstica y las decisiones a tomar sean realizadas por un equipo interdisciplinario.

Esta legislación propone que para evitar la cronificación de los padecimientos mentales la internación debe ser implementada sólo en aquellas situaciones en las que se evalúe riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, garantizando el menor lapso de tiempo posible con supervisión del órgano de revisión correspondiente. En este sentido, la misma explicita que “En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes” (Ley 26.657, 2010, Art. 15).

Las autoras Silvia Faraone y Alejandra Barcala (2020) realizan una cartografía de la Ley Nacional de Salud Mental a 10 años de su implementación. Observan que las políticas públicas implementadas a partir de la misma reflejan el escenario de tensiones, disputas y contradicciones que persisten en las diferentes instituciones de Salud Mental, en los actores y autoridades involucradas. Se distinguen dos modelos de abordaje de Salud Mental coexistentes los cuales se encuentran fuertemente contrapuestos. Por un lado, el modelo manicomial, biomédico, que reproduce las lógicas tutelares. Por el otro, el modelo de salud mental comunitaria que reconoce a les usuaries de los servicios de Salud Mental como sujetos de derecho y favorece las prácticas interdisciplinarias basadas en la ampliación de la inclusión social.

Como se expresa a lo largo de este escrito, el abordaje de la Salud Mental comprende la interacción de relaciones de poder entre diversas instituciones y actores sociales que tienen sus propias nociones y perspectivas de la categoría Salud Mental. Aquéllas entran en conflicto a la hora de diseñar estrategias de intervención, las cuales junto a la dinámica política del país se expresan posiciones contrapuestas en la perspectiva y línea de trabajo sobre la temática.

Buenos Aires libre de manicomios: reflexiones sobre dispositivos de Salud Mental bonaerense y la experiencia rionegrina

En este apartado se reflexionará sobre dispositivos de Salud Mental de la zona norte del conurbano bonaerense y su adecuación al plan provincial de “Buenos Aires libre de manicomios”. A su vez, sin intentar forzar una comparación de dos territorios diametralmente distintos³, se realizará una reflexión sobre la experiencia desmanicomializadora de la provincia de Río Negro.

Durante el año 2020 se lanzó el plan provincial “Buenos Aires libre de manicomios”. El objetivo del mismo es adecuar las instituciones manicomiales de la provincia de Buenos Aires a dispositivos de atención basados en la perspectiva de derechos humanos y tratamientos dignos para usuarios de servicios de Salud Mental. Para llevarlo a cabo se realizó en principio un estudio de situación de los hospitales neuropsiquiátricos bonaerenses. Luego se gestionó un relevamiento de las personas en condiciones de externación garantizando el cuidado y monitoreo en centros de atención. A su vez se cerraron el ingreso y la estadía en pabellones crónicos, se efectuaron modificaciones edilicias y, paralelamente, se inauguraron una serie de dispositivos anclados en la comunidad tales como Centros de Día, CPA, entre otros.

³ Según los datos provisionales del Censo 2022 la Provincia de Buenos Aires cuenta con 17.569.053 habitantes, mientras que la Provincia de Río Negro cuenta con 762.067 habitantes.

Es así que en el 2021, como parte de este plan provincial, se incorporaron 38 equipos interdisciplinarios para atender a las personas que ingresan a las guardias de los hospitales generales por urgencias en salud mental “se incorporaron 114 trabajadores psiquiatras, psicólogos/as y trabajadores/as sociales que tendrán la tarea de atender a las personas con padecimiento mental en situaciones de urgencia y garantizar los procesos de acompañamiento, cuidado y respeto de todos sus derechos”(Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

Es a partir de este hecho que la profesión de Trabajo Social, inserta en hospitales generales, comienza a intervenir sobre situaciones problemáticas de usuarios con padecimiento mental como parte del equipo de Salud Mental de guardia y no solo a partir de interconsultas. Sin embargo, en la actualidad, las condiciones de contratación de los profesionales de Trabajo Social mantienen ciertas diferencias con las del resto del equipo de salud mental. Si bien las guardias están pensadas de 24 horas continuas, en el caso de la profesión de Trabajo Social se presentan ciertas ambigüedades. En varios hospitales se realizan guardias de 12 horas divididas en 2 días de trabajo⁴, situación que podría llegar a generar obstáculos en la dinámica de los equipos de guardia y dificultades para la construcción del quehacer/identidad profesional en este escenario de trabajo.

El contexto de inserción del Trabajo Social en los equipos de guardia de Salud Mental se encuentra signado por la predominancia del modelo médico-hegemónico (Ménendez, 1988) y la prevalencia del modelo manicomial los cuales se caracterizan por presentar una mirada biologicista, ahistórica y fragmentada del individuo. Foucault sostiene que esta mirada de la salud se compone como una fuerza autoritaria con funciones normalizadoras. “La medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad” (2008, p.49).

La incorporación del Trabajo Social a estos dispositivos asume el desafío de promover los

⁴ No se cuenta con información oficial que dé cuenta de las diferencias en la distribución de carga horaria en las diferentes disciplinas de guardia de SM. Los datos señalados son en base a la consulta a diferentes profesionales que forman parte de guardias en la zona de AMBA pudiendo ser diferentes en otras zonas no consultadas.

derechos y autonomía de los usuarios generando estrategias que rompan con las miradas fragmentadas y ahistóricas de los sujetos.

Se observa que a pesar de los avances enmarcados en el plan provincial “Buenos Aires libre de manicomios” persisten dificultades a la hora de intervenir sobre problemáticas de Salud Mental. En el caso de los hospitales generales el principal desafío con el que se enfrentan los equipos de guardia es diseñar estrategias para el proceso de externación en ciertas situaciones de vulnerabilidad social donde, en algunos casos, se llegan a prolongar internaciones porque la persona no cuenta con suficientes redes vinculares afectivas, ni medios económicos y/o materiales (vivienda) para continuar con el tratamiento luego de la externación. En este punto, la articulación con instituciones y actores del territorio continúa siendo una tarea compleja, ya que por las dinámicas de trabajo, los equipos no cuentan con espacios, momentos y recursos suficientes para generar reflexiones y estrategias de abordaje de manera conjunta que promuevan la externación y el tratamiento en la comunidad.

Las condiciones laborales de los trabajadores del área de la salud también impactan en las posibilidades de promover un abordaje integral de la salud mental. A pesar de que en los últimos años el gobierno provincial ha incorporado una masa significativa de recurso humano y, que se han ampliado los dispositivos con base comunitaria en el área de Salud Mental, las condiciones laborales en la provincia y municipios de Buenos Aires continúan siendo desfavorables. Esto se expresa en las sistemáticas renunciaciones de profesionales de salud; la necesidad de acudir al pluriempleo para obtener un salario que supere la canasta familiar; la falta de recurso humano y material de las instituciones; entre otras. Estas problemáticas que atraviesan al sistema de salud se profundizaron por la pandemia de COVID-19, donde los profesionales de la salud fueron parte de la primera línea de batalla, incentivando como consecuencia el estrés y desgaste de éstos.

Considero que en este punto, reflexionar sobre la experiencia desmanicomializadora de Río Negro podría brindar un aporte para continuar pensando el abordaje comunitario de la Salud Mental. El sistema de salud de la provincia de Río Negro se compone por 37 Hospitales de Área de los cuales 32 cuentan con equipos interdisciplinarios de Salud Mental (Gobierno de Río Negro, 2023). El paradigma desmanicomializador provincial propone un abordaje socio-comunitario de la Salud Mental donde los padecimientos mentales son acompañados de manera extra hospitalaria con la comunidad y familias, restringiendo las internaciones a situaciones de urgencia por la menor cantidad de tiempo posible. La política desmanicomializadora de la provincia conlleva, además del cierre del manicomio, la creación de diversos dispositivos intermedios de anclaje comunitario que dependen de los Hospitales de Área de cada localidad como parte del tratamiento de los padecimientos mentales que promuevan el acceso a la vivienda, trabajo, recreación, entre otros.

La transformación en el modelo de abordaje de los padecimientos mentales de la provincia rionegrina requirió, además de las modificaciones en las estructuras institucionales, la adecuación y capacitación de los equipos interdisciplinarios de salud mental. Para esto, la provincia construyó espacios de reflexión y debate continuos en los que se promovió la participación de todos los actores e instituciones involucrados (Cohen y Natella, 2013). A su vez se creó la figura de Operador de Salud Mental que tiene como misión “promover las potencialidades de las personas y comunidades a partir de las prioridades de la Política de Salud Mental de la Provincia: la intervención en Crisis y Reinserción Social” (Gobierno de Río Negro, 1998). Parte del rol de estos actores es promover la interacción de le usuarie del sistema de salud mental con su entorno social, comunitario y familiar, propiciando la autonomía en el desarrollo de actividades de la vida cotidiana.

Como se mencionó en apartados anteriores, el proceso desmanicomializador de la provincia de Río Negro presenta avances y retrocesos a lo largo de su historia. Los esfuerzos

realizados por los Equipos de Salud Mental en ocasiones no son suficientes para enfrentar la falta de recursos humanos, materiales y edilicios. Las políticas neoliberales de ajuste y recorte presupuestario impactaron de manera directa en las condiciones laborales de los trabajadores y en la calidad de atención y acompañamiento que se puede brindar a los usuarios. Se observa en los trabajadores la predominancia de un fuerte espíritu de defensa del modelo desmanicomializador, no obstante la sobrecarga en sus tareas genera diferentes tensiones y situaciones complejas con el desenvolvimiento de la actividad laboral, llevando en algunos casos a la renuncia.

A pesar de las múltiples diferencias que se podrían señalar entre los sistemas de salud de las provincias de Buenos Aires y Río Negro se observa cierta tendencia común a la desarticulación por vía vertical de espacios comunitarios, interdisciplinarios y de Atención Primaria de la Salud al privilegiar la atención de la demanda espontánea y/u hospitalaria. Así como también, la tercerización de ciertos servicios y el crecimiento de la medicina privada.

Considero que los avances en los procesos desmanicomializadores de la provincia de Buenos Aires son sumamente importantes para saldar la deuda pendiente con los usuarios y sus derechos. No obstante, los mismos no son lineales y se ven constantemente amenazados por las perspectivas manicomiales persistentes. A su vez, para lograr la transformación de las modalidades de abordaje de Salud Mental se requiere del trabajo continuo de las instituciones y la comunidad, pero sobre todo la aplicación de políticas estatales que cuenten con presupuestos adecuados para diseñar las estrategias correspondientes y dar respuestas a las necesidades económicas y materiales de los usuarios y los trabajadores de la salud.

Consideraciones finales

A lo largo de este escrito se ha realizado una breve historización del abordaje de la Salud Mental en Argentina y se identificaron los principales paradigmas persistentes en la

actualidad y su desenvolvimiento en diferentes períodos históricos atravesados por relaciones de poder e inestabilidad política.

Se observa que el proceso desmanicomializador de la provincia de Río Negro requirió una clara definición política para iniciar y continuar su transformación. No obstante la misma no es suficiente para consolidar el triunfo de este paradigma; el mismo debe ser acompañado de recursos humanos, materiales y edilicios, como así también de la promoción de debates y reflexiones al interior de los equipos de salud mental y la comunidad en general. A su vez, la experiencia reciente de la provincia de Buenos Aires expone las dificultades que implica desarrollar el proceso desmanicomializador en un sistema de salud desintegrado y fragmentado, donde la convivencia con el modelo manicomial y la falta de recursos para brindar respuestas ancladas en la comunidad, podrían promover la realización de ciertas intervenciones contrarias al paradigma desmanicomializador.

La sanción de la Ley de Salud Mental cuenta con 13 años de trayectoria y a pesar del avance que implica en materia normativa, aún no se ha logrado poner fin a la institución manicomial. Si bien se ha avanzado en la creación de dispositivos intermedios comunitarios para el abordaje de los padecimientos mentales esto se da de manera desigual en las diferentes jurisdicciones del país y no resulta suficiente para garantizar el tratamiento de padecimientos crónicos y promover la atención primaria de la salud mental.

Avanzar hacia la transformación del modelo de abordaje en salud mental implica de definiciones y acciones políticas del colectivo profesional, la sociedad civil, pero sobre todo del Estado, ya que el proceso de desmanicomialización debe ser acompañado de políticas y acciones que busquen la integración e inversión en el sistema público de salud, mejorando las condiciones de atención-cuidado de la población y las condiciones de contratación y trabajo del personal de salud.

Referencias

Barcala, A. Faraone, S. (2020) *A diez años de la sanción de la ley de salud mental.*

Coordenadas para una cartografía posible. (1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

Basaglia, F. (1968). *La institución negada. Informe de Hospital Psiquiátrico.* (1a ed Argentina ed.). Barral Editores. S.A.

Cohen, H., Natella, G., & Saraceno, B. (12 de septiembre del 2012). *Página/12 :: Psicología :: Cómo desmanicomializar.* Página12. visto 26 de febrero del 2023.

<https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-228809-2013-09-12.html>

Congreso de la República Argentina (2010). Ley 26.657 del 2 de diciembre de 2010 por la cual se reglamenta la Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires: Congreso de la República Argentina.

Gobierno de Río Negro (n.d) *El Sistema de Salud de la Provincia de Río Negro.* visto 26 de febrero del 2023. [El Sistema de Salud \(rionegro.gov.ar\)](http://El Sistema de Salud (rionegro.gov.ar))

Gobierno de Río Negro. (1998) *Misiones y funciones de Operadores de Salud Mental.*
<https://rionegro.gov.ar/download/archivos/00010377.pdf>

Foucault (2008) *La vida de los hombres infames.* Capítulo 6 (1a.ed) Buenos Aires: Altamira.

Magnet Colomer, Jordi (2008, abril) *Fetichización jurídica y derechos sociales.* *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. N° 20*

Menéndez E. L. (30 de abril al 7 de mayo de 1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.* Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina.

Provincia de Buenos Aires (3 de septiembre de 2021) *La Provincia suma 38 equipos de salud mental a las guardias hospitalarias.* [La Provincia suma 38 equipos de salud mental a las guardias hospitalarias | Provincia de Buenos Aires \(gba.gov.ar\)](http://La Provincia suma 38 equipos de salud mental a las guardias hospitalarias | Provincia de Buenos Aires (gba.gov.ar))

Schiappa Prieta y otros (2015) *La Brancaleone. Teoría y prácticas*

desmanicomializadoras. (1a.ed) Kuruf Ediciones.

Stolkiner, Alicia (2015) Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En el libro "¿Qué hacer en salud-Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria" Comp. y Edición Leonel Tesler, Ed Colihue, Buenos Aires , 2015, 57-70, ISBN 978- 978-684-306-5