

Internaciones de larga estancia por motivos de salud mental en un hospital psiquiátrico: tres décadas de transición hacia un modelo comunitario

Long-Stay Inpatient Care in a Psychiatric Hospital: Three Decades of Transition Toward Community-Based Mental Health Care

Pedro Damián Gargoloff¹, Iván Omar Moreno Frade², Pedro Rafael Gargoloff³, Juana Sofía Valva⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1061>

Resumen

Introducción: La atención en salud mental ha experimentado una transición desde el modelo asilar hacia modelos de atención comunitaria, acompañada por una reducción progresiva de las internaciones prolongadas. El objetivo de este trabajo fue analizar la evolución de las internaciones de larga estancia en el Hospital Dr. Alejandro Korn de la ciudad de La Plata, Argentina, entre 1995 y 2023. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo y comparativo, basado en una serie de cuatro cortes transversales correspondientes a censos realizados en salas de larga estancia en 1995, 2009, 2021 y 2023. **Resultados:** el número de pacientes internados descendió de 1048 a 86 y las salas de larga estancia de 23 a 5. La edad promedio aumentó de 52,9 a 61,3 años y el porcentaje de varones de 44,2 % a 72,1 %. La esquizofrenia se mantuvo como el diagnóstico predominante (44–53 %), mientras que la discapacidad intelectual aumentó del 28 % al 44 %. En 2023, el 67,4 % de los pacientes acumulaba más de 20 años de internación y el 38,4 % permanecía hospitalizado desde 1995. **Discusión:** a pesar de la marcada reducción de la población institucionalizada, persistió un núcleo de personas con internaciones extremadamente prolongadas. El estudio no permitió evaluar las trayectorias de los egresos entre los distintos censos, incluyendo externaciones, fallecimientos y derivaciones hacia otras instituciones, ni las características de los dispositivos de destino. Esta limitación impide determinar en qué medida la reducción observada correspondió a procesos de desinstitucionalización o, en algunos casos, pudo involucrar trayectorias de transinstitucionalización. Por lo tanto, la reducción del número de personas internadas constituye una dimensión relevante de la reforma, pero no puede considerarse, por sí sola, equivalente a desinstitucionalización.

Palabras clave: hospitales psiquiátricos, tiempo de internación, esquizofrenia, servicios de salud mental comunitaria

Abstract

Introduction: The transition from the asylum-based model to community-based mental health care has led to a sustained reduction in long-stay psychiatric hospitalizations, although important questions remain regarding the characteristics of the population that continues to be institutionalized. The aim of this study was to analyze the evolution

RECIBIDO 13/5/2026 - ACEPTADO 5/8/2026

¹Médico Psiquiatra. Hospital Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina. Capítulo de Psicofarmacología, Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA). <https://orcid.org/0009-0006-6477-9959>

²Médico Psiquiatra. Hospital Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina. Capítulo de Psicofarmacología, Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA). <https://orcid.org/0009-0002-9404-4938>

³Médico Psiquiatra. Asociación de Ayuda de Familiares de personas con Esquizofrenia (AAFE). Universidad Nacional de La Plata (UNLP). <https://orcid.org/0000-0002-4558-6047>

⁴Lic. en Trabajo Social. Hospital Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina. <https://orcid.org/0009-0004-5188-1503>

Autor correspondiente:

Pedro Damián Gargoloff

pdgargoloff@yahoo.com.ar

Institución en la que se realizó la investigación: Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina.



of long-stay psychiatric hospitalizations at Dr. Alejandro Korn Hospital, La Plata, Argentina, between 1995 and 2023. Methods: An observational, descriptive, comparative, repeated cross-sectional series study was conducted based on four censuses performed in long-stay wards in 1995, 2009, 2021, and 2023. Results: The number of hospitalized patients declined from 1,048 to 86, while long-stay wards decreased from 23 to 5. The mean age increased from 52.9 to 61.3 years, and the proportion of men rose from 44.2% to 72.1%. Schizophrenia remained the predominant diagnosis (44–53%), whereas the proportion of patients with intellectual disability increased from 28% to 44%. In 2023, 67.4% of patients had been hospitalized for more than 20 years, and 38.4% had remained continuously hospitalized since 1995. Discussion: Despite the marked reduction in the institutionalized population, a core group of patients with extremely prolonged hospitalizations remained. The study did not assess the trajectories of those who left the hospital between censuses, including community discharges, deaths, and transfers to other institutions, nor the characteristics of the receiving facilities. This limitation precludes determining to what extent the observed reduction reflected processes of deinstitutionalization or, in some cases, may have involved trajectories of transinstitutionalization. Therefore, the reduction in the number of hospitalized individuals represents a relevant dimension of mental health reform but cannot, by itself, be considered equivalent to deinstitutionalization.

Keywords: psychiatric hospitals, length of stay, schizophrenia, community mental health services

Introducción

Desde mediados del siglo XX la atención de la salud mental atravesó una profunda transformación global, orientada a superar el modelo asilar. Este cambio estuvo impulsado por dos procesos que se dieron de manera simultánea. Por un lado, el desarrollo de la psicofarmacología introdujo nuevas herramientas terapéuticas que permitieron reemplazar la internación prolongada como principal estrategia de cuidado. Con la introducción de la clorpromazina en 1952, del haloperidol en 1957 y su progresiva incorporación a los sistemas de salud pública a partir de la década de 1960, se producen los avances más importantes y decisivos en la historia de la psiquiatría moderna (López-Muñoz et al., 2005). Estos logros no sólo ofrecieron un abordaje terapéutico más selectivo y efectivo para el tratamiento de la esquizofrenia, sino que también ampliaron el horizonte de conocimientos sobre los procesos biológicos subyacentes a las enfermedades mentales. Dicho escenario fortaleció hipótesis etiopatogénicas con respaldo empírico y, por lo mismo, promovió investigaciones sobre mecanismos biológicos, modificando la nosología y mejorando las predicciones sobre el curso evolutivo de los procesos mórbidos (McCutcheon et al., 2020). La psicofarmacología es, en la actualidad, un área de estudio indisociable del campo psiquiátrico, y constituye la piedra angular para el tratamiento de la esquizofrenia (McCutcheon et al., 2020; Keepers et al., 2020; Wang et al., 2024; McCutcheon et al., 2025), la enfermedad más prevalente en salas de internación de salud mental (Thornicroft & Tansella, 2004).

Por otro lado, y a raíz de estos avances, la sanción de leyes, las declaraciones y la formulación de políticas públicas orientadas a la desinstitutionalización impulsaron la sustitución progresiva del modelo asilar por uno comunitario, adecuándose a las innovaciones en los cuidados de salud mental y al cambio de paradigma desde uno asistencial-institucional a uno epidemiológico-comunitario (Thornicroft & Tansella, 2013). Este desplazamiento implicó pasar de una atención centrada en el hospital a una enfocada en la comunidad; de intervenciones meramente asistenciales a estrategias que abarcan la prevención, la rehabilitación y la inclusión social; de respuestas reactivas a la demanda a la provisión de cuidados según las necesidades de la población; y de una comunidad concebida como pasiva a una activa y participativa que integra a la sociedad, las organizaciones civiles, las personas usuarias y sus referentes vinculares y de apoyo (Gargoloff, 1999; World Health Organization, 2001a). En este marco, el sujeto de intervención dejó de ser exclusivamente la persona con padecimiento mental, para ampliarse a la comunidad en su conjunto, con especial énfasis en las poblaciones más vulnerables.

En 1963, la *Community Mental Health Act* en EE. UU. impulsó el desarrollo de centros comunitarios en reemplazo de hospitales psiquiátricos especializados (Erickson, 2021). El punto de inflexión más influyente fue en Italia en el año 1978, con la Ley 180, que estableció el cierre progresivo de los grandes hospitales psiquiátricos y promovió la creación de dispositivos alternativos en la comunidad (Repubblica Italiana, 1978). La Declaración de Caracas en 1990, consolidó

estas ideas a nivel regional, proponiendo un modelo de atención en salud mental basado en la comunidad y en la atención primaria de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 1990). Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1991, enfatizó que “el hospital psiquiátrico tradicional ya no puede considerarse el pilar central de la atención en salud mental” (World Health Organization, 2001b). A su vez, en su Informe Mundial sobre Salud Mental del año 2001 indicó que “los servicios comunitarios deben reemplazar gradualmente a los hospitales psiquiátricos, que deberían reducirse sustancialmente o cerrarse” (WHO, 2001).

En el marco de las tendencias internacionales de desinstitutionalización y del cambio de paradigma en los cuidados de la salud mental, Argentina experimentó un proceso de reducción de personas internadas en hospitales psiquiátricos, que se consolidó desde la década de 1980. Este proceso se vio reforzado por experiencias tempranas como la impulsada por el Dr. Mauricio Goldemberg en el Hospital Evita de Lanús hacia 1956 (Morasso, 2013), que propiciaba el desarrollo de comunidades terapéuticas. Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada en el año 2010, proporcionó un marco legal para avanzar con la transformación de los servicios de salud mental, continuando con la reducción de personas internadas en hospitales monovalentes, fenómeno que ya venía ocurriendo (Boletín Oficial de la República Argentina, 2010). Expresado en números, en la provincia de Buenos Aires, se observó un descenso progresivo de la cantidad de camas de los hospitales psiquiátricos del sector público desde 10.220 en 1962, a 8.608 en 1997 y 4.000 en 2010 (Melia et al., 1999; Di Nella et al., 2011). Para el 2021, a más de 10 años de la sanción de la Ley N° 26.657, el total de personas internadas en los mismos hospitales había descendido a 1263 (Barcala & Faraone, 2023). Si bien ambos indicadores reflejan dimensiones relacionadas de los procesos de transformación institucional, deben interpretarse por separado, ya que el número de camas disponibles y el número de personas efectivamente internadas no son necesariamente equivalentes.

Entre 1995 y 2023 se realizaron cuatro censos en el sector de larga estancia del Hospital Dr. Alejandro Korn a fin de evaluar los patrones de prescripción psicofarmacológica (Cermignani et al., 1998; Gargoloff et al., 2022; Gargoloff et al., 2023; Gargoloff et al., 2025).

A partir del estudio, se observó una notable reducción en el número total de personas internadas en es-

tos dispositivos. Dichos datos, merecen ser analizados a la luz del cambio de paradigma señalado.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo analizar la evolución de las internaciones de larga estancia del Hospital Dr. Alejandro Korn desde 1995 a 2023, describiendo los cambios demográficos y clínicos observados, con la finalidad de aportar elementos a la discusión sobre los procesos de reforma de la atención en salud mental en Argentina.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y comparativo, basado en cuatro censos realizados en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn, de La Plata, Argentina. Los relevamientos se efectuaron los días 15 de junio de 1995, 14 de diciembre de 2009, 24 de febrero de 2021 y 3 de mayo de 2023. En todos los casos, se incluyó a los pacientes internados en el servicio de larga estancia, correspondiente a personas con internaciones neuropsiquiátricas prolongadas, sin aplicar criterios de exclusión.

La información fue recolectada en todos los censos a partir de las historias clínicas, fichas de medicación y registros de enfermería disponibles al momento del relevamiento. Se extrajo la información de los datos ya publicados de los censos de 1995, 2009 y 2021 (Cermignani et al., 1998; Gargoloff et al., 2022; Gargoloff et al., 2023). Para el caso del censo de 2023, que abarcó el universo de pacientes internados tanto en corta, media y larga estancia como también aquellos en seguimiento ambulatorio, se utilizó en esta comparación, exclusivamente la subpoblación internada en larga estancia (Gargoloff et al., 2025). Se contó con las bases de datos individuales para los censos de 2009, 2021 y 2023, pero solamente con los datos publicados para el de 1995, motivo por el cual algunos análisis se restringen a los últimos tres censos.

Los diagnósticos psiquiátricos se obtuvieron a partir de las historias clínicas. Para el censo de 1995 se codificaron según el DSM-III-R, mientras que en los censos posteriores se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición de la OMS. En las tablas se utiliza la nomenclatura CIE-10.

Los datos fueron procesados con los programas Stata 14.0, SPSS v26.0 y Microsoft Excel, y se describieron mediante proporciones, medias, medianas y rangos según el tipo de variable. La tendencia en el tiempo de las proporciones de las variables dicotómicas se analizaron con la prueba de Chi cuadrada para la tendencia (procedimiento *ptrend*, en Stata 14.0).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital San Roque de Gonnet de La Plata, con dictamen del 29 de abril de 2026. De acuerdo al nivel de riesgo del estudio y al diseño, se eximió la toma de consentimiento informado, con el compromiso de mantener la confidencialidad de los datos obtenidos.

Resultados

A lo largo de los 28 años transcurridos entre los cuatro cortes transversales realizados (1995, 2009, 2021 y 2023), se observó un descenso sostenido del número de pacientes internados en las salas de larga estancia, que pasó de 1048 en 1995 a 86 en 2023, un descenso de 91,8 %. En paralelo, la cantidad de salas destinadas a la internación de larga estancia se redujo 78 %, de 23 en 1995 a 5 en 2023 (ver Figura 1). Simultáneamente con la reducción del número de personas internadas y

de salas de larga estancia, disminuyó la cantidad promedio de pacientes por sala. Esta relación pasó de 45,6 pacientes por sala en 1995 (1048 pacientes/23 salas) a 17,2 en 2023 (86 pacientes/5 salas), lo que representa una reducción del 62,3 % en la concentración promedio de personas internadas por sala.

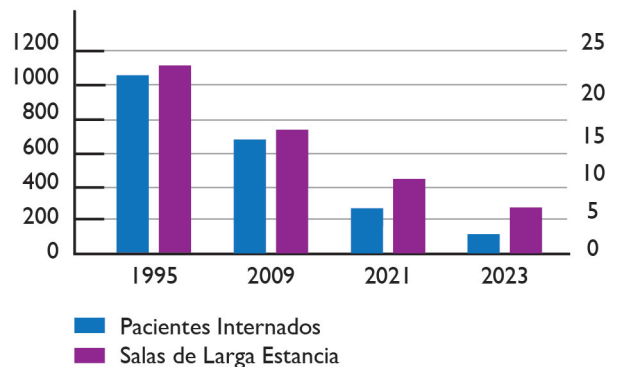
El porcentaje de varones mostró una tendencia creciente a lo largo de los años, con un rango de 44,2 % en 1995 a 72,1 % en 2023 (p para la tendencia <0,0001). La edad promedio de la población internada aumentó desde 52,9 años en 1995 a 61,3 años en 2023 (ver Tabla 1).

El diagnóstico más frecuente en todos los censos fue esquizofrenia, con alrededor de la mitad de los casos. En contraste, el retraso mental mostró una tendencia sostenida al incremento proporcional: pasó de representar el 28 % de los pacientes en 1995 al 44 % en 2023 (ver Tabla 1).

El tiempo de internación se incrementó progresivamente a lo largo del período, con un aumento del porcentaje de pacientes con más de 20 años de internación, que pasó de ser aproximadamente una tercera parte en 1995 a más de dos terceras partes en el relevamiento de 2023 (ver Figura 2).

En este último censo, el 38,4 % (33/86) de los pacientes internados ya se encontraban hospitalizados al momento del primer censo en 1995. Los intervalos de duración de la internación utilizados corresponden a las categorías disponibles en la publicación original del censo de 1995. Dado que no se dispone de la base de datos individual de dicho relevamiento, no fue posible recategorizar la duración de las internaciones utilizando intervalos menores y comparables con los propuestos posteriormente por el Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2021).

Figura 1. Número de pacientes internados y salas de larga estancia. Hospital Dr.Alejandro Korn, 1995 - 2009 - 2021 y 2023



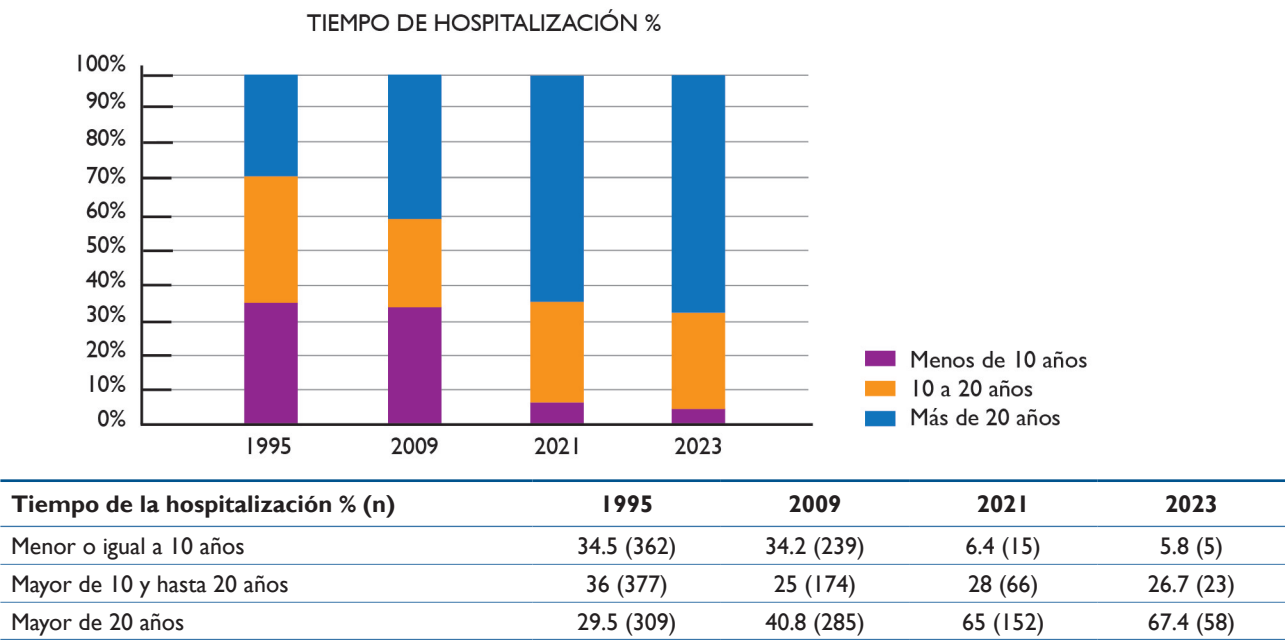
Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes internados en salas de larga estancia del Hospital A. Korn, 1995 - 2009 - 2021 y 2023

	1995	2009	2021	2023
Pacientes hospitalizados (n)	1048	698	233	86
Sexo masculino % (n)	44.2 (463)	57.2 (399)	50.2 (117)	72.1 (62)
Edad en años promedio (rango)	52.9 (21-95)	58 (23-90)	63,8 (34-88)	61.3 (39-88)
Diagnóstico % (n) ^a				
Esquizofrenia (F20)	45 (474)	44 (310)	53 (124)	52 (45)
Retraso mental (F70-F79)	28 (290)	34 (236)	39 (90)	44 (38)
Trastorno mental orgánico (F00-F09)	12 (128)	6 (43)	4 (9)	7 (6)
Otros diagnósticos	13 (140)	25 (177)	9 (22)	16 (14)

Fuente: elaboración propia. ^a La suma de los porcentajes es menor a 100 % en 1995 ya que había 16 pacientes sin datos de diagnóstico, mientras que, en 2009, 2021 y 2023 los porcentajes superan el 100 %, dado que había pacientes con más de un diagnóstico.

Figura 2. Tiempo de hospitalización de los pacientes internados en salas de larga estancia del Hospital Dr.Alejandro Korn, 1995 - 2009 - 2021 y 2023.



Fuente: elaboración propia

La velocidad del descenso también mostró una aceleración progresiva a lo largo del período analizado. Entre 1995 y 2009, la tasa anual de reducción fue del 2,74 % por año. Este ritmo se incrementó significativamente en el período siguiente, alcanzando una disminución del 8,52 % anual entre 2009 y 2021. Finalmente, entre 2021 y 2023 se observó el descenso más abrupto, con una reducción anual del 39,3 %, lo que indica una merma excepcionalmente rápida de la población internada en ese intervalo.

Discusión

Desinstitucionalización y reconfiguración del hospital monovalente

La marcada reducción de personas internadas observada en el Hospital Dr. Alejandro Korn en el servicio de larga estadía entre los años 1995 y 2023, que implicó el pasaje de 1048 a 86 pacientes (una disminución superior al 90 %), junto con la reducción del número de salas de internación de 23 a 5 en el mismo período, se inscribe en una transformación estructural del sistema de salud mental en Argentina y en un cambio paradigmático global asociado al abandono progresivo del modelo asilar en favor de dispositivos comunitarios promovido desde mediados del siglo XX (Thorncroft & Tansella, 2004).

En el plano normativo, las políticas públicas nacionales, en consonancia con las recomendaciones

internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) y la Declaración de Caracas (OPS, 1990), han orientado progresivamente la organización de la atención en salud mental hacia redes territoriales, priorizando el fortalecimiento del primer nivel de atención y el desarrollo de dispositivos en instituciones no especializadas. En este sentido, la Ley Nacional N° 26.657 sancionada en Argentina en el año 2010 (Boletín Oficial de la República Argentina, 2010), institucionalizó un proceso previo que ya venía desarrollándose al establecer la sustitución progresiva de los hospitales monovalentes por servicios interdisciplinarios de salud mental en hospitales generales. En el marco de estas transformaciones, y a partir de la implementación del Programa “Buenos Aires Libre de Manicomios”, el gobierno de la provincia de Buenos Aires impulsó la elaboración de planes de adecuación para los cuatro hospitales monovalentes del sistema público provincial (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020c). Estos planes constituyen instrumentos de política pública orientados a operacionalizar a nivel institucional, los lineamientos establecidos por la Ley N° 26657, definiendo estrategias de reconversión del dispositivo hospitalario, reducción de las camas y personas internadas en salas de larga estadía y desarrollo de alternativas de cuidado por fuera del hospital psiquiátrico.

Para interpretar el descenso en el número de personas internadas en los cuatro censos realizados en el hospital Dr. Alejandro Korn, es importante recordar que representan un balance entre ingresos y egresos. Los ingresos a salas de internación psiquiátrica de larga estancia, desde las de corta y media estancia, se prohibieron desde diciembre de 2020 (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022), pero ya venían descendiendo desde al menos la década previa, como lo muestra el hecho de que, en 2020, el 91 % de las personas en internación de larga estancia tuvieran ya 10 o más años desde su admisión (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020b). En consecuencia, el análisis de la acentuada reducción de la población hospitalaria debe centrarse principalmente en los egresos.

Como información complementaria, el Plan de Adecuación institucional del Hospital Dr. Alejandro Korn informó que entre 2010 y 2020 la población hospitalaria disminuyó en 503 personas: el 68 % correspondió a fallecimientos durante la internación, el 19 % a externaciones y el 13 % a derivaciones hacia otras instituciones (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020b). Estos antecedentes aportan contexto para interpretar la reducción de la población hospitalaria, aunque no forman parte de los resultados de los censos analizados en este estudio.

La existencia de derivaciones hacia otras instituciones introduce un elemento que complejiza la interpretación de la reducción de la población hospitalaria como expresión directa de un proceso de desinstitucionalización. En este sentido, las derivaciones pueden haber constituido tanto alternativas adecuadas para personas que requieren apoyos residenciales específicos como formas de continuidad de trayectorias institucionales, dependiendo de las características de los dispositivos y las condiciones concretas de atención. Sin embargo, los datos disponibles en este estudio no permiten establecer las características de los dispositivos receptores ni de las condiciones de vida y cuidados ofrecidos en ellos, por lo que no resulta posible determinar el significado de estas derivaciones en términos de desinstitucionalización.

Desde una perspectiva analítica, el dato resulta clave para problematizar la asociación lineal entre reducción de pacientes internados y desinstitucionalización. Al menos durante el período 2010-2020, una proporción mayoritaria de la disminución de la población hospitalaria correspondió a fallecimientos durante la internación, mientras que las externaciones representaron menos de una quinta parte y una pro-

porción adicional correspondió a derivaciones hacia otras instituciones. Por lo tanto, la reducción cuantitativa de la población internada no puede considerarse, por sí sola, un indicador de inclusión comunitaria.

A su vez, en el relevamiento correspondiente a 2023, el 67,4 % de las personas internadas acumulaba más de 20 años de permanencia institucional y el 38,4 % se encontraba internada desde 1995, alcanzando al menos 28 años de internación continua (Gargoloff et al., 2025). Estos datos permiten plantear la existencia de una población que permanece vinculada a trayectorias institucionales extremadamente prolongadas, aun en un contexto de marcada reducción de la población hospitalaria. Este hallazgo advierte que la transformación del modelo de atención implicó una redistribución selectiva de las trayectorias institucionales, con una permanencia prolongada de una parte de la población internada, que podría ser compatible con mayores necesidades de apoyo o mayores dificultades para sostener procesos de vida por fuera de la institución. Sin embargo, los datos disponibles no permiten determinar si estas características fueron efectivamente las que condicionaron sus posibilidades de externación.

Otro aspecto relevante es la notable disminución de la concentración de personas internadas por sala. Este cambio constituye un cambio relevante en la organización de la internación, al implicar una menor cantidad promedio de personas por sala. Este indicador plantea interrogantes acerca de las condiciones de alojamiento y de la relación entre la población internada y los recursos disponibles para su atención. Sin embargo, el estudio no reveló de manera sistemática las condiciones físicas de las salas, los niveles de privacidad ni la dotación de personal en relación con la cantidad de personas internadas, por lo que no es posible determinar si la disminución de pacientes por sala se tradujo efectivamente en mejores condiciones de alojamiento, mayor privacidad o una mayor disponibilidad relativa de personal asistencial (psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, entre otros).

El aumento sostenido de la edad promedio refleja un proceso de envejecimiento de la población internada que puede analizarse en relación con la prolongación de las trayectorias institucionales. La permanencia prolongada en instituciones de larga estancia impacta negativamente en la autonomía funcional y profundiza los niveles de dependencia, configurando perfiles de cuidado que requieren apoyos intensivos y sostenidos para la vida cotidiana, difíciles de absorber en contex-

tos territoriales con limitada disponibilidad de recursos (Thornicroft & Tansella, 2013; Morasso, 2013).

En esta misma línea, el análisis del perfil diagnóstico permite profundizar la caracterización de la población que permanece internada a medida que avanza el proceso de reducción de las internaciones de larga estancia. Si bien la esquizofrenia continúa siendo el diagnóstico predominante en todos los censos realizados, en el relevamiento de 2023 se observó una convergencia con la discapacidad intelectual, que representaron el 52 % y el 44 % de los diagnósticos, respectivamente. Este cambio debe interpretarse con cautela, dado que el diseño del estudio no permite determinar los mecanismos que explican la modificación del perfil diagnóstico. No obstante, este hallazgo puede ser interpretado en diálogo con estudios realizados en otros procesos de desinstitucionalización, que han identificado, en las etapas avanzadas de cierre de hospitales psiquiátricos, la permanencia de grupos de personas con necesidades de apoyo más intensas y mayores dificultades para su traslado a los dispositivos comunitarios disponibles (Dayson et al., 1992; Trieman & Leff, 1996). En el proyecto TAPS, por ejemplo, algunos pacientes permanecieron en el hospital hasta las etapas finales de su cierre y requirieron posteriormente dispositivos alternativos con mayores niveles de apoyo (Trieman & Leff, 1996). Al mismo tiempo, la literatura sobre desinstitucionalización de pacientes de larga estancia muestra que la mayoría de quienes pueden ser trasladados a dispositivos comunitarios presenta resultados favorables o al menos no evidencia un deterioro significativo en funcionamiento social, sintomatología y calidad de vida (Kunitoh, 2013). En América Latina, estudios realizados en Brasil sobre personas con internaciones psiquiátricas prolongadas también han identificado importantes dificultades en el funcionamiento social y la autonomía, destacando la necesidad de considerar estas dimensiones en la planificación de procesos de desinstitucionalización e inclusión social (Fleck et al., 2007; Wagner et al., 2006). En este contexto, el incremento proporcional de la discapacidad intelectual observado en nuestro estudio podría ser compatible con una concentración progresiva, entre quienes permanecen internados, de personas con necesidades de apoyo más complejas. Sin embargo, nuestros datos no permiten establecer que este haya sido el mecanismo responsable del cambio observado en el perfil diagnóstico, ni determinar si las personas con discapacidad intelectual tuvieron efectivamente menores probabilidades de externación que aquellas con otros diagnósticos.

Este posible proceso de concentración de personas con mayores necesidades de apoyo también requiere evitar una equivalencia automática entre desinstitucionalización y externación de la totalidad de la población residente hacia dispositivos comunitarios convencionales o de baja intensidad de apoyo. La experiencia de cierre de grandes hospitales psiquiátricos muestra que una proporción de pacientes de larga estancia puede requerir niveles elevados y sostenidos de supervisión y cuidado, y que, en algunos casos, los dispositivos comunitarios habituales pueden resultar insuficientes para responder a estas necesidades (Dayson et al., 1992; Trieman & Leff, 1996). En consecuencia, el presente análisis no parte del supuesto de que todas las personas internadas puedan ser externadas hacia una misma modalidad de atención comunitaria. Por el contrario, los dispositivos de destino deberían adecuarse a las necesidades clínicas, funcionales y sociales de cada persona y garantizar condiciones apropiadas de cuidado, autonomía y calidad de vida.

Es en este punto donde resulta necesario introducir la noción de transinstitucionalización, entendida como una categoría que permite analizar aquellas trayectorias en las que el traslado puede mantener condiciones de segregación, dependencia institucional y escasa integración comunitaria. Su consideración requiere, por lo tanto, atender a las características concretas de los dispositivos receptores y a las condiciones de vida y cuidado que ofrecen.

Otro hallazgo relevante es la tendencia global creciente de la proporción de varones en las salas de larga estadía. Los datos disponibles no permiten establecer las causas de este cambio en la composición por sexo en las trayectorias de egreso y permanencia institucional, incluyendo externaciones, fallecimientos, derivaciones hacia otras instituciones u otros tipos de egresos. También es posible que hayan intervenido diferencias en la disponibilidad de redes de apoyo y en las condiciones para el sostenimiento de la vida en comunidad. Algunos estudios han señalado que las mujeres pueden contar con redes vinculares y de apoyo más fortalecidas, que podrían favorecer su sostenimiento en la comunidad (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020c; Otten et al., 2021). Sin embargo, esta hipótesis no puede ser comprobada con los datos del presente estudio, ya que no se dispone de información longitudinal desagregada por sexo sobre las trayectorias de las personas internadas. Por lo tanto, el aumento relativo de la proporción de varones puede interpretarse como un hallazgo descriptivo

que plantea hipótesis acerca de procesos diferenciales de permanencia y egreso, más que como evidencia de una mayor externación de mujeres.

Territorio, dispositivos alternativos y tensiones ético-políticas

La lectura de estos resultados adquiere particular relevancia al situarlos en el marco de las políticas provinciales de adecuación institucional y del modelo de atención territorial que dichas políticas promueven (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020b, 2020c, 2022). Estos instrumentos fueron destinados a operacionalizar el pasaje del hospital monovalente hacia un entramado de dispositivos comunitarios capaces de sostener la vida por fuera de la institución psiquiátrica. En el caso del Hospital Dr. Alejandro Korn, el plan de adecuación registra la existencia de distintos dispositivos habitacionales (vivien- das supervisadas, semiasistidas, asistidas y residencias para personas mayores) concebidos como alternativas para el alojamiento de la población externada. Sin embargo, los hallazgos de este estudio permiten identificar una tensión entre los objetivos normativos de desinstitucionalización y las condiciones materiales necesarias para su implementación efectiva. En este sentido, la persistencia de personas con internaciones que superan los veinte años y la concentración de perfiles caracterizados por elevados niveles de dependencia funcional permiten inferir que una parte importante de la población internada en las salas de larga estancia continúa careciendo de redes extrahospitalarias que les permitan sostener procesos de vida autónoma.

Esta situación, dialoga con los planteos de Bachrach & Lamb. (1989), quienes advierten que los procesos de desinstitucionalización no pueden ser evaluados meramente a partir de la reducción de camas y personas internadas o del cierre de instituciones, sino en función de la capacidad efectiva del sistema de salud para construir redes comunitarias de apoyo, inclusión y cuidado. Desde esta perspectiva, si bien la disminución del número de personas internadas constituye una condición necesaria para la transformación del sistema asilar, no es evidencia suficiente para referirnos a un proceso de desinstitucionalización.

Asimismo, los resultados obtenidos permiten recuperar la noción de territorio de Sili (2018), para quien este debe ser entendido, más allá de su dimensión geográfica, como una arena sociopolítica en la que actores institucionales, comunitarios y familiares articulan proyectos, disputan sentidos y gestionan recursos, y cuya configuración depende de la capacidad

de acción colectiva para construir horizontes de vida y proyectos de futuro. Esta noción resulta relevante para el presente análisis, ya que permite comprender que las posibilidades de externación no dependen exclusivamente de las características clínicas de las personas internadas, sino también de la capacidad de los territorios para generar condiciones de cuidado, integración social y sostenimiento de la vida cotidiana. En este sentido, cuando el entramado territorial no logra consolidarse, la reducción del alojamiento hospitalario puede no ser acompañada por una capacidad equivalente del territorio para asumir las necesidades de cuidado. En estas circunstancias, pueden generarse circuitos de derivación hacia otros dispositivos institucionales que, dependiendo de sus características, no necesariamente garantizan una mayor integración comunitaria. Algunos de estos dispositivos podrían mantener rasgos propios de la matriz institucional previa, como la dependencia institucional y la escasa integración con la comunidad. Es en este tipo de situaciones donde la noción de transinstitucionalización adquiere relevancia analítica, en tanto permite problematizar la continuidad de determinadas lógicas institucionales bajo modalidades de atención diferentes. Por lo tanto, no toda derivación hacia otra institución puede considerarse transinstitucionalización; su identificación requiere analizar las características del dispositivo de destino y las condiciones concretas de vida y cuidado que allí se desarrollan.

Los hallazgos presentados ponen de relieve importantes tensiones éticas y políticas en el proceso de desinstitucionalización, dado que la adecuación institucional se lleva adelante en un contexto de infraestructura envejecida, reconversión parcial de salas y una disponibilidad limitada de dispositivos extrahospitalarios con apoyos intensivos. En este escenario, la reducción de personas internadas se inscribe en el cumplimiento de un mandato legal que busca garantizar los derechos humanos de las personas con un padecimiento mental al evitar internaciones prolongadas innecesarias; sin embargo, la forma en que dicho proceso se implementa plantea interrogantes respecto a las condiciones materiales y asistenciales necesarias para garantizar efectivamente tales derechos.

Estos datos permiten problematizar la asociación lineal entre la reducción del número de personas internadas y la desinstitucionalización, ya que dicha reducción no puede interpretarse de manera directa como equivalente a la inclusión de las personas en dispositivos comunitarios. Esta lectura resulta consis-

tente con los planteos de Amarante y Nunes (2018), quienes conciben la reforma psiquiátrica como un proceso social complejo que involucra dimensiones simultáneas de transformación institucional, política, cultural y asistencial. Desde esta perspectiva, la reducción del número de personas internadas constituye una dimensión relevante en el proceso de reforma, pero no es un indicador suficiente para valorar los alcances en términos de ciudadanía, inclusión social y ejercicio efectivo de derechos.

Comentarios finales

Desde una perspectiva ética, el presente estudio adquiere relevancia en tanto permite desnaturalizar la equivalencia entre reducción del número de personas internadas y desinstitucionalización, al demostrar que si estos procesos de reforma ocurren sin la contemplación de una malla de políticas públicas que apliquen programas de externación y sostenimiento en la comunidad basados en la disponibilidad de recursos físicos y humanos adecuados, se cae en el riesgo de que se convierta en una mera estrategia administrativa de gestión institucional, cuyo escenario deriva en mecanismos de desplazamiento del problema, que no modifican sustancialmente las trayectorias de cronicidad de las personas.

Entre las principales fortalezas del estudio se encuentra la reconstrucción longitudinal de casi tres décadas de información censal, lo que posibilita analizar condiciones estructurales de la institución monovalente, y no meramente procesos coyunturales. A su vez, la articulación entre la evidencia empírica obtenida, el marco normativo y el debate conceptual aporta una lectura compleja del proceso de reforma, permitiendo visibilizar, simultáneamente, las dinámicas de concentración de la cronicidad y los límites del entramado territorial. En este sentido, contribuye al debate contemporáneo respecto a la atención en salud mental.

No obstante, el estudio presenta una serie de limitaciones. Primeramente, al centrarse en un único hospital, los hallazgos obtenidos no pueden ser generalizados al conjunto del sistema de salud. En relación con esto, la ausencia de un abordaje comparativo con otras instituciones limita la posibilidad de contrastar modelos de implementación de las reformas. Por otra parte, la descripción se limita a quienes permanecieron internados en los dispositivos de larga estancia, sin complementarse con un análisis longitudinal de las trayectorias de las personas externadas, derivadas o fallecidas, ni de la distribución de estos eventos según género, lo que limita la interpretación de los cambios

observados en la composición de la población hospitalaria. Debe considerarse también que los indicadores disponibles para contextualizar históricamente el proceso provincial no son homogéneos a lo largo del tiempo, ya que algunas fuentes informan el número de camas y otras el número de personas internadas; por este motivo, dichos datos deben interpretarse como indicadores complementarios de transformación institucional y no como una serie temporal estrictamente comparable. Asimismo, la ausencia de la base de datos individual correspondiente al censo de 1995 impidió recategorizar algunas variables, como la duración de la internación, de acuerdo con los intervalos utilizados actualmente por el Atlas de Salud Mental de la OMS, lo que limita la comparación directa con indicadores internacionales. Tampoco se dispuso de indicadores históricos sistemáticos sobre las condiciones físicas de alojamiento ni sobre la dotación de personal por sala, lo que impide determinar en qué medida la reducción del número de pacientes por sala se tradujo en mejoras objetivas de las condiciones de cuidado. Finalmente, el estudio se apoya en fuentes institucionales secundarias, sin incorporar la dimensión subjetiva de las personas internadas.

En su conjunto, este estudio no solo describe un proceso histórico, sino que interpela las condiciones éticas y materiales para que la desinstitucionalización se constituya en una verdadera ampliación de derechos y no en una redistribución de la cronicidad bajo nuevas formas institucionales.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & saúde coletiva*, 23(6), 2067–2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Bachrach, L. L., & Lamb, H. R. (1989). What have we learned from deinstitutionalization? *Psychiatr Ann*, 19(1):45–50. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19890101-07>
- Barcala, A., & Faraone, S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. *The Lancet. Psychiatry*, 10(8), 579–580. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00114-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00114-1)
- Boletín Oficial de la República Argentina. 2010. [Internet]. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Ley 26.657/2010. [consultado el 26 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Cermignani, E. C., Escudero, M. G., Rodríguez, J., & Buschiazzi, H. O. (1998). Estudio descriptivo del uso de fármacos en un hospital neuropsiquiátrico. *Medicamentos y salud*, 2(3):111–20.
- Dayson, D., Gooch, C., & Thornicroft, G. (1992). The TAPS project. 16: Difficult to place, long term psychiatric patients: Risk factors for failure to re-settle long stay patients in community facilities. *BMJ*, 305(6860), 993–995. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6860.993>
- Di Nella Y, Sola M, Calvillo L, Negro L, Paz A, Venesio S. (2011). Las camas

del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010 - mayo 2011. *Rev Arg Sal Púb*, 2(8):43-6.

Erickson, B. (2021). Deinstitutionalization Through Optimism: The Community Mental Health Act of 1963. *The American journal of psychiatry residents' journal*, 16(4), 6-7. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2021.160404>

Fleck, M. P. A., Wagner, L., Wagner, M., & Dias, M. (2007). Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 124-130. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100017>

Gargoloff, P. R. (1999). La Salud Mental en el contexto Político Social Económico y Asistencial. En: Valente, R. A., editor. *Políticas de Salud, Una verdadera deuda social* [Internet]. La Plata: Entrecorillas [consultado el 5 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.academia.edu/44590157/La_Salud_Mental_en_el_contexto_Político_Social_Economico_y_Asis-tencial

Gargoloff, P. D., Córscico, A., Reckziegel, U., Viamonte, J. S (2022). Polifarmacia antipsicótica y patrones prescriptivos de psicofármacos en internación psiquiátrica de larga estancia: comparación 1995-2009. *Rev Neuro-Psiquiatr*. 85(1):3-11. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4150>

Gargoloff, P. D., Sánchez Viamonte, J., Albanesi, J., Melia, H., Gulayin, M. (2023). Patrones de prescripción en internación de larga estancia en Salud Mental: comparación 1995-2009-2021. En: García Godoy, B., Barbieri, M., Hansen, M., editores. *1er Foro de Investigación en Salud Mental: actas* [Internet]. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2023 [consultado el 5 de marzo de 2026]. p. 178. Disponible en: <https://iah.msal.gov.ar/doc/991.pdf>

Gargoloff, P. D., Urtasun, M. A., Riveros, R., Ruiz, V., Cañas, M. (2025). Prescription patterns of psychotropic drugs in inpatient and in community outpatient care at the neuropsychiatric hospital Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina. Cross-sectional study. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 36(167):6-16. <https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.796>

Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., Servis, M., Walaszek, A., Buckley, P., Lenzenweger, M. E., Young, A. S., Degenhardt, A., Hong, S. H., & (Systematic Review) (2020). *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia*. Focus (American Psychiatric Publishing), 18(4), 493-497. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.18402>

Kunitoh, N. (2013). From hospital to the community: The influence of de-institutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(6), 384-396. <https://doi.org/10.1111/pcn.12071>

López-Muñoz, F., Alamo, C., Cuenca, E., Shen, W. W., Clervoy, P., & Rubio, G. (2005). History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 17(3), 113-135. <https://doi.org/10.1080/10401230591002002>

McCutcheon, R. A., Krystal, J. H., & Howes, O. D. (2020). Dopamine and glutamate in schizophrenia: biology, symptoms and treatment. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(1), 15-33. <https://doi.org/10.1002/wps.20693>

McCutcheon, R. A., Pillinger, T., Varvari, I., Halstead, S., Ayinde, O. O., Crossley, N. A., Correll, C. U., Hahn, M., Howes, O. D., Kane, J. M., Kabir, T., Konradsson-Geuken, Å., Lennox, B., Hui, C. L. M., Rossell, S. L., Solmi, M., Sommer, I. E., Taipale, H., Uchida, H., Venkatasubramanian, G., ... Siskind, D. (2025). INTEGRATE: International guidelines for the algorithmic treatment of schizophrenia. *The Lancet. Psychiatry*, 12(5), 384-394. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00031-8)

Melia, E., Gargoloff, P. R., Amado Cattaneo, E. (1999). Procedimientos innovadores en la gestión administrativo-financiera en el Hospital "Dr. Alejandro Korn" de Melchor Romero, La Plata: fundamentos, programas y resultados. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. 10(35):10-27.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020a). Cierre de las admisiones y readmisiones a los servicios de larga estadia y/o de crónicos desde cualquier sector de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires (DI-2020-3-GDEBASSMCPYVGMALGP).

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020b). Plan de adecuación. Hospital "Dr. Alejandro Korn".

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020c). Programa "Buenos Aires Libre de Manicomios". Programa de apoyo a los procesos de externación sustentable destinado a las personas institucionalizadas en los hospitales neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires [Internet]. [Citado 5 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/anexos/descargar/n0vllEBE.pdf?>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires [Internet]. [Citado 6 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2023/03/informe_final.pdf?

Morasso, A. M. (2013). Gestión de modelos de externación de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la desinstitucionalización en Argentina. *Visión de Futuro*. 17(2).

Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas [Internet]. [consultado el 6 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., Ladwig, K. H., Wild, P. S., Grabe, H. J., & Beutel, M. E. (2021). Similarities and Differences of Mental Health in Women and Men: A Systematic Review of Findings in Three Large German Cohorts. *Frontiers in public health*, 9, 553071. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.553071>

Repubblica Italiana. (1978). Legge 13 maggio 1978, n. 180: Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori [Internet]. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. [Citado 26 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/s>

Shin, H., & Park, C. (2023). Gender differences in social networks and physical and mental health: Are social relationships more health protective in women than in men?. *Frontiers in psychology*, 14, 1216032. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1216032>

Sili, M. E. (2018). La acción territorial: una propuesta conceptual y metodológica para su análisis. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 20(1):11-31. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.2018v20n1p11>

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 185(4), 283-290. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). *The balanced care model for global mental health*. *Psychological medicine*, 43(4), 849-863. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001420>

Trieman, N., & Leff, J. (1996). Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: The TAPS project 24. *Psychological Medicine*, 26(4), 765-774. <https://doi.org/10.1017/S0033291700037788>

Wagner, L. C., Fleck, M. P. A., Wagner, M., & Dias, M. T. G. (2006). Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 699-705. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500021>

Wang, D., Schneider-Thoma, J., Sifakis, S., Qin, M., Wu, H., Zhu, Y., Davis, J. M., Priller, J., & Leucht, S. (2024). Efficacy, acceptability and side-effects of oral versus long-acting- Injectables antipsychotics: Systematic review and network meta-analysis. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 83, 11-18. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.03.003>

World Health Organization. (2001a). Mental health: A call for action by world health ministers [Internet]. Geneva: World Health Organization. [Citado 6 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.mhinnovation.net/resources/mental-health-call-action-world-health-ministers?>

World Health Organization. (2001b). The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope [Internet]. World Health Organization. [Citado 26 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/items/e66ebb27-95b7-4127-a705-af4b6e836f37?>

World Health Organization. (2021). Mental health atlas 2020. World Health Organization.