

Los apoyos a la vivienda tras internaciones psiquiátricas prolongadas: recursos y estrategias en tres experiencias de la provincia de Buenos Aires, Argentina

Housing support after long-term psychiatric hospitalization: Resources and strategies in three experiences in Buenos Aires Province, Argentina

Mariana Borelli¹, Elena García², Jorge Moyano³, Lucía Saralegui⁴, Liza Murlender⁴, Guadalupe Ares Lavalle⁴, María Marcela Arzuaga⁵, Ana Claudia Oliveira⁴, Marina A. Fernández⁴, Sara Ardila-Gómez⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.174>

Resumen

Introducción: La vivienda es una de los principales apoyos para la externación y la vida en comunidad de personas que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas. En Argentina se han desarrollado desde décadas atrás experiencias en este sentido, aunque poco sistematizadas. El objetivo de este trabajo es describir tres experiencias de apoyo a la vivienda desarrolladas en la Provincia de Buenos Aires, que cuentan con continuidad en el tiempo de más de 20 años. **Materiales y métodos:** Se realizó revisión documental y entrevistas con trabajadores de las tres experiencias, como parte de un proyecto más amplio sobre vida en comunidad y relaciones de vecindad de las personas apoyadas por tales experiencias. El material fue analizado cualitativamente, realizándose una historización de las experiencias e identificando aspectos de su estructura y funcionamiento: financiamiento, recursos técnicos, dispositivos habitacionales empleados y apoyos brindados. **Resultados:** Aunque se observa coincidencia en la mayoría de los apoyos brindados por parte de las tres experiencias, la estructura y funcionamiento es heterogénea. **Discusión y conclusiones:** Pese a que el enfoque de derechos propone la provisión de apoyos flexibles y adecuados a las necesidades de las personas, cabe reflexionar respecto a si la poca sistematización de las experiencias como las presentadas se vincula a una escasa cultura evaluativa, que dificulta aprender del camino ya recorrido por otros.

Palabras clave: Vivienda - Integración a la Comunidad - Salud Mental - Psiquiatría Comunitaria - Argentina.

Abstract

Introduction: *Housing is one of the main supports needed to guarantee community life of people who had long-term psychiatric hospitalizations. In Argentina, housing support experiences have been developed for decades, although their systematization is scarce. The objective of this paper is to describe three housing support experiences developed in the province of Buenos Aires, Argentina, which have continuity over time for more than 20 years. Materials and methods:* Document analysis and interviews with workers from the three experiences were carried out, as part of a broader

RECIBIDO 18/3/2022 - ACEPTADO 20/4/2022

¹Programa de Rehabilitación y Externación Asistida, Hospital Interzonal "José A. Estéves", Temperley, Argentina.

²Centro de Salud Mental Comunitaria "Dr. Franco Basaglia", Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "Dr. A. Korn", La Plata, Argentina.

³Unidad de diagnóstico y tratamiento Hospital de Día, Servicio Salud Mental, Hospital Interzonal General de Agudos "Dr José Penna", Bahía Blanca, Argentina.

⁴Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

⁵Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

Autora de referencia:

Sara Ardila-Gómez

saraardi.cursos@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

project on community life and neighborhood relations of people discharged after long-term psychiatric hospitalizations. The material was analyzed qualitatively, using a time dimension and a structure and functioning one which included financing, technical resources, housing devices and support provided. Results: Although the types of support provided are somehow similar between the three experiences, heterogeneity in structure and functioning is observed. Discussion and Conclusions: Despite the fact that the human rights framework proposes the provision of flexible and adequate support according to the needs of people, it is worth reflection on whether the reduced systematization of experiences such as those presented is due to the difficulties of the heterogeneity mentioned, or is due to a scarce evaluation culture that obstacles the learning from those experiences.

Keywords: Housing - Community Integration - Mental Health - Community Psychiatry - Argentina.

Introducción

Las internaciones psiquiátricas prolongadas, entendiéndose por aquellas las que tienen una duración de un año o más, suelen tener asociado como problema, en el momento actual de desarrollo del campo de la salud mental en Argentina y en otras partes del mundo, la insuficiencia de apoyos para la vida en comunidad. Esto significa que personas que ya cumplen con criterios clínicos para el alta, permanecen internadas principalmente porque no tienen un lugar adecuado en el cual vivir (CELS, 2015). Cabe señalar que en Argentina, según datos del Primer Censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental, el 63% de las 12.034 personas internadas en instituciones especializadas en psiquiatría y salud mental, llevaban allí un año o más (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMyA], 2019). Cabe agregar que este fenómeno no es privativo de las instituciones neuropsiquiátricas, observándose también en hospitales generales que realizan internaciones por salud mental. Esta problemática, de hecho, fue reconocida por la Ley Nacional de Salud Mental, señalando la responsabilidad estatal para su solución (República Argentina, 2010, 2013).

Los apoyos a la vivienda hacen parte del trípede en el que se asienta la inclusión social de personas con problemáticas severas de salud mental (Saraceno, 1995). Los desarrollos técnicos recientes en la materia se enmarcan en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y en el derecho allí consagrado de vivir en forma independiente e inclusiva en la comunidad (Naciones Unidas, 2017; WHO, 2021a). Desde dicha perspectiva se ha retomado la idea de que la vivienda es un determinante social importante de la salud mental y de la recuperación, e inclusive, basados en el enfoque de *housing first* (primero la vivienda) desarrollado a fines de los años 80 del siglo pasado, plantean que se deben atender prime-

ro necesidades tales como la vivienda que cuestiones vinculadas a un tratamiento de salud mental. Así, el brindar los apoyos necesarios a la vivienda a personas con problemáticas de salud mental resulta ser un factor más protector que otros servicios, en relación, por ejemplo, a la mortalidad temprana (Leff, Chow, Pepin, Conley, Allen, Seaman, 2009). A su vez, la calidad de las condiciones de vivienda contribuye a la percepción de control, elección e independencia de las personas, aspectos fundamentales desde el enfoque de derechos (The Mental Health Foundation, 2016).

Ahora bien, y desde el marco dado por la CDPD y la perspectiva de los sistemas de apoyo, las formas en que se pueden brindar los apoyos a la vivienda son diversas, según las necesidades de las personas, pudiendo variar en el tiempo. Incluyen desde brindar un lugar para vivir hasta apoyar el que se pueda obtener o mantener dicha vivienda, con apoyos que incluyen lo financiero, lo administrativo y lo relacional de una vivienda. Se plantea a su vez que los apoyos a la vivienda deben adherir al principio básico de respetar el derecho de la persona a elegir dónde y con quién vivir (WHO, 2021b).

Dada tal heterogeneidad, se han planteado algunos modelos para clasificar los servicios de apoyo a la vivienda. Por ejemplo, McPherson, Krotofil y Killaspy (2018) proponen una clasificación de cinco tipos de apoyo a la vivienda, basados en cuatro dominios: ubicación del personal de apoyo (en el lugar o fuera del mismo), nivel de apoyo (frecuencia, naturaleza e intensidad del apoyo), énfasis en la salida del dispositivo (si se promueve que las personas se movilicen a otro espacio físico después de lograr algún criterio de mejoría o después de un periodo de tiempo) y ambiente físico (si es vivienda grupal o individual y si es específica de salud mental o no).

De modo general, el Atlas de Salud Mental del año 2020 (WHO, 2021c) señalaba que el número de ser-

vicios residenciales de base comunitaria en la región de las Américas era de 0,2 por 100.000 habitantes y el número de plazas era de 1,1 por 100.000 habitantes. Analizado por niveles de ingreso de los países a nivel global, el grupo de países de ingreso medio-alto, en el que se ubicaba Argentina según la última clasificación del Banco Mundial, era de 0,3 servicios por 100.000 habitantes y 1,7 plazas por 100.000 habitantes.

En Argentina, el decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental señala que son parte de la red de servicios de base comunitaria los dispositivos habitacionales con distinto nivel de apoyo (República Argentina, 2013). A su vez, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones publicó en 2018 una guía de recomendaciones para la conformación y funcionamiento de “dispositivos de inclusión habitacional” (DNSMyA, 2018a).

Respecto al número y tipo de dispositivos de apoyo a la vivienda en el país, la información disponible es escasa y de baja calidad. El primer informe en el cual se puede encontrar algún dato al respecto corresponde al Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental, realizado en 10 provincias en el año 2009 (OMS, 2009), indicándose que había establecimientos residenciales en 7 de las 10 provincias analizadas. Dos años después, en un trabajo realizado por integrantes de la DNSMyA (Di Nella, Sola, Calvillo, Negro, Paz, Venesio, 2011) se indicaba que en mayo de 2010, nueve jurisdicciones contaban con camas en dispositivos comunitarios y en mayo de 2011 éstas se encontraban en 10 jurisdicciones, pasando el número de camas de 460 (1,13 x 100.000 habitantes) a 837 (2,03 x 100.000 habitantes).

En los informes de país del Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud de los años 2014 (WHO, 2015) y 2017 (WHO, 2018), no se reportó información respecto al número de camas en dispositivos residenciales. Posterior a ello, en el año 2018 un documento de trabajo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) sobre el estado de situación 2015/2016 en el país (DNSMyA, 2018b) indicaba la presencia de este tipo de dispositivos en 15 jurisdicciones del país, dos de ellas siendo parte de las analizadas en el informe de la OMS 2009 en donde no se había reportado ningún dispositivo de este tipo, es decir, pudiendo inferirse un desarrollo en el tiempo transcurrido, o un cambio en la metodología de registro.

Finalmente, en un mapeo que iniciamos los autores de este trabajo en el año 2021, tomando como base el documento citado de la DNSMyA y verificando la

información allí reportada con informantes claves, revisión de páginas del área de salud y salud mental de cada una de las jurisdicciones y buscando notas periodísticas que trataran sobre estos dispositivos, pudimos encontrar información sobre la existencia de dispositivos residenciales en 16 jurisdicciones, siendo de señalar que en dos de las reportadas por el documento de la DNSMyA no encontramos información respaldatoria, y en tres en donde no se indicaban estos dispositivos en el periodo 2015-2016, encontramos información en 2021. Cabe señalar que en algunas de las jurisdicciones que no se contabilizan, existían apoyos a la vivienda de personas con problemas de salud mental, pero no bajo la forma de residencias, hostales, casas de medio camino o viviendas convivenciales, siendo de destacar que en algunos casos se planteaba una visión crítica en algunos informantes clave de tales jurisdicciones respecto a la creación de viviendas bajo la órbita de salud mental (Label, 2003).

Por otro lado, también existen trabajos de caracterización de algunos de los dispositivos de apoyo a la vivienda existentes en el país. Sin pretender cubrir la totalidad de los mismos, que en su mayoría hacen parte de la literatura gris, y excluyendo a los referidos a las experiencias analizadas en este trabajo, podemos mencionar el trabajo de Cólera (2006) sobre el programa “Vuelta a Casa” implementado en el Hospital “Domingo Cabred” de la Provincia de Buenos Aires; el de Cohen y Natella (2013) en donde describen las diferentes estrategias desarrolladas en Río Negro para promover la inclusión habitacional; el de Gallici (2015) sobre una casa de medio camino en Córdoba; el de Aita (2016) sobre residencias compartidas en la ciudad de Santa Fe; el de Tisera y Lohigorry (2018) sobre el programa residencial del Hospital “José T. Borda” de la Ciudad de Buenos Aires; y el de Benedetti, Reali, Ábaca, Ilardo y Domínguez (2019) sobre una casa de medio camino en Paraná, Entre Ríos. A su vez, una investigación realizada por el CELS entre 2013 y 2015, en la cual se entrevistó a 266 personas en proceso de externación y a 58 profesionales de cuatro jurisdicciones del país, indicaba falencias en relación al cumplimiento de estándares vinculados al derecho a la vivienda, siendo de resaltar los referidos a la libre elección de la vivienda y a la seguridad en la tenencia (CELS, 2015).

Como se observa, en términos generales y con contadas excepciones, los trabajos encontrados no suelen comparar diferentes dispositivos de apoyo a la vivienda. Aquí se parte del supuesto de que tal comparación podría contribuir a la reflexión y análisis sobre tales

experiencias y a la construcción de bases más sólidas para el desarrollo de políticas en la materia. A partir de ello, y enmarcado en un estudio más amplio sobre vida en comunidad de personas externadas tras internaciones psiquiátricas prolongadas, en este trabajo presentamos tres experiencias de apoyo a la vida en comunidad en donde específicamente se llevan a cabo acciones de apoyo a la vivienda, desarrolladas desde hace más de 20 años en la Provincia de Buenos Aires.

Métodos

Casos analizados

Las tres experiencias seleccionadas corresponden a las vinculadas a la externación de personas con internaciones prolongadas de los hospitales neuropsiquiátricos “Dr. Alejandro Korn” de La Plata, “José A. Estéves” de Lomas de Zamora, y del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna” de Bahía Blanca. Se reconoce que existen otras experiencias de apoyo a la vivienda en el territorio de la Provincia de Buenos Aires, y se seleccionaron estas tres por contar con accesibilidad a la información sobre las mismas, además de contar con un tiempo de funcionamiento de 20 años o más. A su vez, tales experiencias hacen parte del proyecto de investigación en el que se enmarca este trabajo.

La experiencia de La Plata se vincula al hospital neuropsiquiátrico “Dr. Alejandro Korn”, en el cual se internan varones y mujeres. En 2018 tenía 446 personas internadas, el 91% de ellas con una duración de un año o más (DNSMyA, 2019). Al 30 de junio de 2021, el número de personas internadas en los servicios de larga estadía del hospital era de 282 (Provincia de Buenos Aires, 2021). El servicio de externación está integrado por tres Centros de Salud Mental Comunitaria, ubicados en el casco urbano de la ciudad, que ofrecen atención ambulatoria y acompañamiento de la vida en la comunidad de personas usuarias. En la actualidad, éstas son externadas bajo distintas modalidades: dos casas de convivencia del hospital, vinculadas a dos de los centros de salud mental comunitaria antes mencionados, pensiones (tres de las cuales pertenecen al mismo propietario), casas alquiladas o de sus familias. Todos los dispositivos habitacionales se encuentran en zonas distantes al hospital. Los casos de alquiler de departamentos o casas por parte de las personas usuarias son los más reducidos, dadas las dificultades para cumplir los requisitos que impone el mercado inmobiliario, tales como garantías, recibos de sueldo de empleos formales, montos a abonar para el ingreso, entre otros.

La experiencia de Lomas de Zamora se vincula al Hospital neuropsiquiátrico “José A. Estéves”, con internación sólo de mujeres. A julio de 2018 tenía 558 personas internadas, el 69% de ellas durante un año o más (DNSMyA, 2019). Al 30 de junio de 2021, 446 personas se encontraban internadas en los servicios de larga estadía del hospital (Provincia de Buenos Aires, 2021). Las externaciones a través del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del hospital (P.R.E.A.) se realizan principalmente con casas de convivencia que se alquilan para tal fin, aunque también se apoya la externación de mujeres que alquilan sus casas o viven con sus familiares. Aproximadamente la mitad de las casas se encuentran en un radio de 20 cuadras alrededor del hospital, siendo el resto distantes al mismo.

La experiencia de Bahía Blanca se vincula predominantemente al Hospital “Penna”, un hospital general interzonal que cuenta con un servicio de salud mental en el que se internan mujeres y varones, en el cual la permanencia de los usuarios internados no supera los 60 días. Actualmente cuenta con 12 plazas para la internación. Las externaciones se realizan en vinculación con una ONG, llamada Saludablemente. Esta ONG alquila cinco casas y su labor es sostenida, con colaboración intermitente de algunos espacios del Servicio de Salud Mental del hospital y en particular desde el Hospital de Día. Las viviendas se encuentran en su mayoría a más de 10 cuadras de distancia del Hospital General de Agudos “Dr. José Penna”.

Herramientas de producción de datos

Se realizó análisis documental. Para ello se buscaron documentos que describieran cada una de las experiencias. Se recurrió a referentes y trabajadores de las mismas quienes orientaron en la búsqueda de algunos de los documentos, y se revisó la base de datos Lilacs usando como término de búsqueda “externación”. A su vez, se revisaron las publicaciones de los anuarios de Salud Investiga, revistas del área de la Salud Mental y Psiquiatría locales (*Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, Salud Mental y Comunidad y Clepios*), y bibliotecas de universidades con posgrados en áreas afines (Universidad Nacional de Lanús, Universidad de La Plata, Facultades de Ciencias Sociales y de Psicología de la Universidad de Buenos Aires) en el periodo 1997-2021, usando como palabras claves “vivienda”, “salud mental”, “externación”, “habitacional”, “residencia”, “PREA”, “Bahía Blanca”, “La Plata”. También se revisaron notas de diario que hicieran mención a alguna de las experiencias, usando para ello las mimosas pa-

labras clave de la búsqueda en las bibliotecas. En total se encontraron 48 documentos (15 artículos de revistas, 12 documentos institucionales, siete trabajos de jornadas o congresos, nueve artículos periodísticos, cuatro capítulos de libros o libros y una tesis): nueve de la experiencia de La Plata, 11 de la de Bahía Blanca y 28 de la de Lomas de Zamora.

También se realizaron 10 entrevistas entre mayo y junio de 2020 a trabajadores actuales y pasados de las tres experiencias. Las personas entrevistadas trabajaban en tareas de coordinación o de acompañamiento directo a las personas externadas en su vida en comunidad. Los ejes de indagación de la entrevista fueron: historización de la experiencia, población atendida, dispositivos habitacionales empleados, tipos de apoyo vinculados a lo habitacional, estrategias de trabajo y relación con los vecinos.

Las entrevistas y los documentos fueron analizados cualitativamente, siendo las categorías empleadas: historización, financiamiento, recursos técnico/profesionales, dispositivos habitacionales y tipos de apoyo. La categorización del material se realizó de modo independiente por tres investigadores, y después se realizó una triangulación en el análisis. El estudio fue aprobado por el comité de conductas responsables de la facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Resultados

Historización de las experiencias

En los documentos y las entrevistas se rastrearon los cambios mencionados a lo largo del tiempo en las experiencias. Los mismos se organizaron tomando como ejes temporales los principales acuerdos en materia de transformación de la atención en salud mental a nivel regional, organizándose de este modo en cuatro momentos. A su vez, se identificaron aspectos normativos y organizacionales a nivel local. Es de señalar que se observó divergencia en datos sobre una misma experiencia, tanto en documentos, como entre documentos y entrevistas.

Momento 1. Previo a la Declaración de Caracas (década de 1980)

La Plata

- 1987. Se Crea la casa de Pre-Alta, con 20 camas para varones (López Santi, 2011).
- 1989. Creación del Servicio de Atención en Crisis (SAC) en el Hospital "A. Korn" (entrevista).

Momento 2. Declaración de Caracas (1990-2004)

La Plata

- 1990. Casa de convivencia dependiente del hospital (López Santi, 2011).
- 1998. Casa de Pre-Alta: 10 plazas. Casa dependiente de Curaduría General de Alienados: 10 plazas (Gargoloff, Melia, Sánchez, 1998).
- 1999. Se crea el Servicio de Externación (entrevista).

Bahía Blanca

- 1990s. Más de 80 personas con más de 8 años de internación por salud mental en el hospital (Arzuaga, 2007).
- 1997. Creación Hospital de Día y sistema residencial. Se trasladan los pacientes a otras instituciones sin beneficio terapéutico, es decir, sin modificación de las prácticas (Arzuaga, 2007).
- 1998. Creación Programa Alternativo Externación Asistida, con financiación del hospital general (Arzuaga, 2007).
- 2001. El programa se queda sin financiación. Se cierran los hogares (Entrevista).
- 2002. Creación de la ONG Saludablemente (Entrevista).
- 2004. La ONG consigue subsidio municipal para externar usuarios (Entrevista).

Lomas de Zamora

- 1999. Capacitación trabajadores. Conformación de equipos. Habilitación de las primeras casas dos casas con 7 personas (Cáceres, Drueta, Hartfiel, Riva Roure, 2009).
- 2000. Apertura Centro Comunitario Libremente (Cáceres, Drueta, Hartfiel, Riva Roure, 2009).

Momento 3. Principios de Brasilia (2005-2010)

La Plata

- 2007. Traslado del Hospital de Día "Pichon Rivière" a la ciudad de La Plata, sumándose a la casa de Pre Alta como el segundo centro del servicio de externación. Creación Centro de Salud Mental Comunitaria "Dr. Franco Basaglia", siendo el tercer centro del servicio de externación (López Santi, 2011).

Bahía Blanca

- 2008. Se produce un recambio de participantes en la ONG. Se suman dos voluntarias que se ponen al frente de ésta (Entrevista).

Lomas de Zamora

- 2009. Se sostiene la externación de 55 personas, que viven en las 13 casas de convivencia o en casas de familiares (Cáceres, Drueta, Hartfiel, Riva Roure, 2009).

Momento 4. Consenso de Panamá. Ley Nacional de Salud Mental (2010-2022) (Ley 26657)

La Plata

- 2013. Se cierran dos casas de la Casa de Pre-Alta por falta de mantenimiento edilicio.
- 2016. Quedan tres casas convivenciales, una dependiente de cada centro.
- 2017/2019. Se cierra la casa de convivencia del Centro "Franco Basaglia" por problemas de mantenimiento edilicio.
- 2020. Se sostiene la externación de 65 personas, quienes viven en la casa de convivencia que es propiedad del hospital, en casas alquiladas, en viviendas propias o de familiares, pensiones y hogares residenciales.
- 2022. Casa Pre-Alta: 1 casa de convivencia con 4 personas residentes. 17 personas con apoyo habitacional. Centro "Basaglia": 12 personas con apoyo habitacional. Centro "Pichón Riviere": 1 casa de convivencia con 3 personas residentes y 18 personas con otros apoyos habitacionales.

Bahía Blanca

- 2012. La ONG comienza a gestionar casas para que los usuarios puedan ser externados (entrevista)
- 2022 (Febrero). 5 viviendas y 23 personas con apoyo habitacional.

Lomas de Zamora

- 2017. Se modifica la organización de los dispositivos intrahospitalarios (Riva Roure, Hartfiel, Irachet, Cáceres, 2019).
- 2021(Octubre). 24 casas y 83 mujeres bajo programa.

Financiamiento

Con base en las categorías empleadas para el análisis de costos del modelo comunitario de atención (OPS y DNSMyA, 2019) se observa que en las tres experiencias los recursos humanos son financiados por los hospitales, ya que el personal de apoyo y acompañamiento es contratado desde tales instituciones. Este personal también se encarga de cuestiones vinculadas a la administración de las viviendas, como gestionar

las garantías o el alquiler de éstas. Una excepción a ello se observa en la experiencia de Bahía Blanca, en donde los costos y tareas de administración de lo habitacional son realizados por la ONG Saludablemente.

Respecto a los servicios generales, el costo del alquiler es heterogéneo entre las experiencias y al interior de las experiencias. Por ejemplo, en la experiencia de Lomas de Zamora, el alquiler se subvenciona en su mayoría con un subsidio del ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires, y en otros casos es asumido por las mismas personas usuarias una vez que logran mayor autonomía económica, a partir de acceder a pensiones, jubilaciones o ingresos propios vía alquileres de inmuebles recuperados o actividades laborales. En la experiencia de Bahía Blanca se observa que los alquileres son pagados por la ONG a través de campañas de donación y aportes de socios, y también a través de los ingresos que tengan las personas usuarias (pensiones, jubilaciones, ingresos de otro tipo). Por último, en la experiencia de La Plata, el Servicio de Externación tiene dos casas de convivencia. Una de las viviendas es propiedad del Hospital, mientras que la otra es alquilada con fondos del Hospital. Por otra parte, la mayoría de las personas usuarias, alquilan con ingresos propios (pensiones por discapacidad, jubilaciones, programas de empleo, etc) habitaciones en pensiones o departamentos.

Un punto particular de los alquileres son las garantías. Las experiencias han desarrollado estrategias tales como que el hospital haga las veces de garante, o incluso trabajadores de las experiencias, de modo personal, han servido de garantes. Otro punto problemático, mencionado en aquellas experiencias en donde el alquiler se paga con partidas o subsidios provenientes de la Provincia, es que la demora en los mismos suele repercutir en que los dueños de los inmuebles no quieran a posteriori renovar el contrato, lo cual hace que sea necesario buscar nuevas viviendas cada cierto tiempo.

Además del valor del alquiler, la dimensión de servicios generales contempla los servicios básicos como agua, gas, energía eléctrica, etc. y otro tipo de servicios como mantenimiento o reparación de las viviendas. En la experiencia de Lomas de Zamora estos son pagados con recursos de las personas usuarias. Las tareas de mantenimiento también son pagadas por las personas residentes de las viviendas, aunque también pueden ser desarrolladas por personal de mantenimiento del hospital o, incluso, por personal técnico y profesional de la experiencia. En La Plata, tanto los servicios públicos, como el mantenimiento de las dos casas de convivencia pertenecientes al Servicio

de Externación, los abona el Hospital; mientras que de aquellas viviendas alquiladas por las personas usuarias, son estos últimos quienes asumen dichos gastos. En la experiencia de Bahía Blanca los gastos de servicios públicos, se realizan con dinero aportado por las personas usuarias, que suele provenir principalmente de sus pensiones, a lo que se pueden sumar recursos extras como ayuda económica de familiares o subsidios municipales. Es de señalar que las personas de la ONG apoyan en la organización y redistribución del dinero para el pago de los diversos gastos de las viviendas.

Respecto a la dimensión insumos, que contempla bienes de consumo tales como medicación y alimentos, se observa que en las tres experiencias los psicofármacos requeridos son provistos por los hospitales. En el caso de los alimentos, se observa heterogeneidad: según los recursos económicos de las personas, ellas mismas cubren sus gastos de alimentación, pero en algunos casos la alimentación se provee desde los servicios de salud. Específicamente en la experiencia de La Plata, se puede acceder a los alimentos diariamente, ya que se brinda almuerzo en los centros de salud mental comunitaria, o mediante la provisión de víveres a ser retirados semanalmente. En la experiencia de Lomas de Zamora también se observa la posibilidad de retirar víveres en el hospital hasta tanto la persona obtenga algún ingreso, por ejemplo, mediante una pensión, aunque no es la práctica habitual. En la experiencia de Bahía Blanca los alimentos son pagados desde los recursos económicos a los que acceden las personas usuarias, y las compras se suelen hacer semanalmente en cooperativas, con acompañamiento del personal de la ONG que apoya en la confección de menús o listados de compras, o acompaña directamente los días en que se realizan las compras de víveres.

Finalmente, en lo referido al equipamiento, que incluye bienes de uso requeridos para estar en una vivienda, como el mobiliario o los electrodomésticos, la información relevada indica que no se cuenta con recursos específicos para ello y que en su mayoría provienen de donaciones gestionadas desde las experiencias, equipamiento propio adquirido por las personas usuarias, y en casos excepcionales a través de aplicar a subsidios del Ministerio de Desarrollo Social de Nación. Es de señalar que también de modo excepcional, se han otorgado subsidios para equipamiento desde la Dirección Nacional de Salud Mental, dirigidos de modo amplio a servicios de base comunitaria.

Recursos técnico/profesionales

Las tres experiencias indican contar con un equipo interdisciplinario encargado del acompañamiento y apoyo a la vida en comunidad. En las tres experiencias se mencionan trabajadores sociales, enfermeros, médicos psiquiatras y psicólogos. Otros trabajadores como terapeutas ocupacionales, abogados, tutores, acompañantes terapéuticos y acompañantes comunitarios también son mencionados como integrantes del equipo, aunque no en la totalidad de las experiencias. Parte del acompañamiento se realiza en territorio, es decir en las viviendas de las personas, según necesidades, y parte en servicios de salud comunitarios y hospitalarios, tales como el Centro Comunitario (Lomas de Zamora), Centro de Salud Mental Comunitario (La Plata) u Hospital de Día (Bahía Blanca). Una diferencia se observa en la experiencia de Bahía Blanca, en donde el acompañamiento más territorial lo realizan personas vinculadas a una ONG, que no se describieron como trabajadores de la salud mental, sino que la identidad predominante para su tarea es de tipo voluntariado.

Ahora bien, cabe señalar que en todas las experiencias se observa que las tareas de los trabajadores está altamente marcada por un compromiso profundo siendo una tarea de militancia por la vida en comunidad de estas personas. Ello hace que se reiteren relatos de situaciones en las cuales las personas trabajan más allá de lo que sería esperable para su rol, siendo incluso descrito en una de las experiencias como una tarea que requiere disponibilidad las 24 horas del día los siete días de la semana, no siendo una mera expresión sino un hecho observable.

Dispositivos habitacionales

En las tres experiencias se cuenta con viviendas grupales, que se ubican tanto en casas como en departamentos. Adicionalmente, en la experiencia de La Plata, se emplea la modalidad de alquiler en pensiones. Es de señalar que las viviendas grupales son en su totalidad específicas para personas externadas, mientras que la vida en pensiones posibilita cohabitar con personas que no necesariamente tuvieron una internación psiquiátrica prolongada. En uno de los documentos sobre la experiencia de La Plata se señalaba sobre las pensiones: "(...) la población con quien reside el usuario es cambiante y heterogénea. Los usuarios que acceden a las mismas tienen un mayor grado de autovalimiento (...) el pago de este alquiler, el cual puede realizarse con subsidios o pensiones por discapacidad, dejan a los usuarios sin recursos económicos

que les permitan sostener con tranquilidad el resto de sus gastos” (López Santi, 2011, p. 82).

La salida de los dispositivos habitacionales, definido por McPherson, Krotofil y Killaspy (2018) como el énfasis puesto en que las personas se muden a otro espacio físico una vez se observe mejoría en ciertas áreas o después de un periodo establecido, es limitado en las tres experiencias. De todas formas, lo anterior no significa que las experiencias no promuevan el desarrollo de mayores niveles de autonomía en las personas en diferentes áreas, pero el “alta” o la “salida” del dispositivo no parece estar presente como una guía o lineamiento de trabajo en las experiencias.

Tipos de apoyo

Las experiencias brindan diversos tipos de apoyo a las personas externadas. Éstos fueron agrupados en cuatro categorías: casa, bazar/red social, trabajo y cuidado de la salud integral. Las tres primeras se retomaron de las dimensiones de la rehabilitación propuestas por Saraceno (1995).

Casa

Dentro de esta categoría se incluyeron los aspectos referidos al desarrollo, por un lado, y la recuperación, por otro, de saberes y prácticas de la vida cotidiana.

Desarrollo de saberes y prácticas de la vida cotidiana

En las tres experiencias se prestan apoyos relativos a habitar la casa. Es decir, se acompaña el proceso de apropiación de la vivienda, las tareas de mantenimiento, de limpieza, etc. A su vez, en La Plata y Lomas de Zamora también se apoya la organización de la vida cotidiana y el recorrido del barrio.

Recuperación de saberes y prácticas de la vida cotidiana

En las tres experiencias se prestan apoyos en la alimentación, es decir, se acompaña a las personas usuarias en la planificación de las comidas, la compra de los alimentos y la preparación de los mismos. En algunos casos, como ya se señaló, se otorgan víveres. También se prestan apoyos en relación al manejo del dinero, tales como ir a cobrar la pensión, manejar el cajero automático, recordar el valor del dinero, administrar el dinero, etc.

Bazar/Red social

Dentro de esta categoría se incluyeron los apoyos vinculados a aprender a vivir con los convivientes y los vínculos con la comunidad.

Aprender a vivir con los convivientes

Como muchas veces los grupos convivenciales se arman sin que las personas usuarias tengan la posibilidad de elegir con quién vivir, en La Plata y Lomas de Zamora se realiza un trabajo previo a la convivencia. Dicho trabajo, en algunos casos, incluye actividades o salidas grupales. Por otro lado, en las tres experiencias se prestan apoyos relativos a la relación entre los convivientes durante la convivencia, esto no sólo se lleva a cabo en los tratamientos individuales sino que en algunos casos se trabaja en asambleas o encuentros grupales.

Vínculos con la comunidad

En La Plata se trabaja con referentes vecinales. El equipo del Centro de Salud Mental Comunitaria los identifica, se presenta y se pone a disposición por cualquier cosa que llegue a suceder. A su vez, en Lomas de Zamora y La Plata se trabaja con las personas usuarias sobre la relación con los vecinos, ayudando a las personas usuarias a resolver algunas dificultades que se puedan presentar. En las tres experiencias se enlaza con otras instituciones de la comunidad, lo cual implica el acompañamiento no sólo en la identificación de las instituciones sino también en el primer acercamiento y la relación de las personas usuarias con ellas.

Trabajo

En las tres experiencias se prestan apoyos para conseguir trabajo, por ejemplo, a partir del acompañamiento para la búsqueda laboral y armado del currículum. Es de mencionar que las experiencias de Lomas de Zamora y de La Plata tienen o se vinculan de algún modo con emprendimientos de la economía social, en los que las personas usuarias pueden incluirse. En Lomas de Zamora, los emprendimientos son dos y dependen del Centro Comunitario del programa. Uno nuclea una feria americana (“Bellísimas”) en la que se acondicionan y venden prendas de ropa, y una imprenta “Remade” en la que producen calendarios, cuadernos, agendas, y otros productos gráficos. El segundo emprendimiento, de reciente apertura se dedica a la gastronomía (“Sureñas”) y hace los menús semanales para los trabajadores del programa. Por su parte, en La Plata, los emprendimientos son siete y están ligados a la ONG “Movida de Locos”. Ellos son: “La cuci de Abe”, un emprendimiento gastronómico de panificado; “El Roperero de Franco”, una feria americana; “A todo trapo” un emprendimiento de diseño y decoración textil; “El viverito”, de producción de plantas, macetas y almohadillas; “Lama cerámica” de cerámica utilitaria; “Gladiadores de la Sonrisa”, pro-

ducción radial y “EscoTrap”, emprendimiento de limpieza institucional. Además de estos emprendimientos, se desarrollan otra serie de acciones tendientes a la inclusión laboral, por ejemplo a través del programa Promover del Ministerio de Trabajo de la Nación.

Salud integral

En las experiencias de Lomas de Zamora y La Plata se trabaja sobre la higiene y la presentación personal. En las tres experiencias se acompaña la relación con servicios de salud y la continuidad de los tratamientos de salud mental.

Discusión

La comparación entre las tres experiencias analizadas muestra una diversidad de prácticas y recursos que reflejan la importancia de la creatividad y el compromiso de los trabajadores como herramientas para paliar la ausencia de una política habitacional consolidada, siendo de señalar que las tres experiencias presentadas tienen un funcionamiento de más de 20 años, la mitad de los cuales ya se contaba en el país con legislación específica en materia de salud mental. Aún así, cabe remarcar, frente a este panorama, que se tiene conocimiento que como parte de los planes de adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires desarrollados a partir de 2020, lo habitacional ha tenido un lugar importante, realizándose diversas acciones a fin de garantizar los apoyos a la vivienda requeridos para la externación de personas de tales instituciones. Así, según datos oficiales, entre julio de 2020 y junio de 2021, hubo un aumento del 69% en el número unidades residenciales para personas externadas (de 76 a 129 en el periodo), y un aumento del 44% en el número de personas externadas recibiendo apoyos habitacionales (de 212 a 306 en el periodo) (Provincia de Buenos Aires, 2021).

Ahora bien, cabe reflexionar, a partir del análisis realizado, que los apoyos habitacionales sean ejecutados principalmente desde el sector salud, y específicamente del sub-sector salud mental, y de modo mucho más específico, vinculados a los hospitales neuropsiquiátricos. En este sentido, y pese a que requiere de un análisis mucho más profundo que excede lo que fue posible de relevar en este trabajo, es interesante, o al menos llamativo, que sea la experiencia derivada de un hospital general la que logró que algunos de los recursos para el apoyo y de las actividades de apoyo sean realizadas por actores no pertenecientes al sector sanitario. Es de señalar que un punto de tensión constante, al estar tales apoyos -y viviendas- dependientes

del sector salud, es el que se produce entre la casa y el servicio. Es decir, si las personas que son apoyadas logran acceder a una casa, en el sentido simbólico del término, o viven en un servicio sanitario, también en el sentido simbólico del término.

En lo que respecta al financiamiento de los apoyos a la vivienda, pese a la heterogeneidad de recursos que se mencionan para hacer frente a todos los costos que implica el funcionamiento de estos dispositivos, un criterio que se podría establecer también a posteriori, para evaluar la evolución de tales dispositivos, es su descentralización financiera de los hospitales, tarea para nada sencilla, pero que constituye un indicador que debe entrar en el análisis de la reforma y la transformación del modelo de atención en salud mental. A su vez, y retomando lo planteado en el estudio del CELS (2015), es necesario considerar si los ingresos que perciben las personas que reciben apoyos a la vivienda les permiten cubrir sus gastos. Según dicho estudio, el 41,5% de las personas entrevistadas en la Provincia de Buenos Aires respondió que no les era posible cubrir los gastos necesarios. Como bien se sabe, el régimen de tenencia es determinante para la estructura de gastos de los hogares y de las personas, siendo de señalar que a nivel nacional, según la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018 (INDEC, 2019) los hogares inquilinos destinan el 28,3% del total del gasto de consumo en el rubro vinculado a la vivienda (alquiler de la vivienda, su mantenimiento y reparación; suministro de agua y gastos comunes, electricidad, gas y otros combustibles para utilizar en el hogar), mientras que en los hogares propietarios el porcentaje de gasto en este rubro es del 10,7%. La discusión desde luego, se complejiza, si la tenencia de la vivienda es de las instituciones hospitalarias, así ello implique reducir los gastos de las personas en relación al rubro “vivienda”.

Por otro lado, el análisis de las experiencias permitió observar diferentes dispositivos habitacionales, así como distinta localización de éstos. Es claro que más allá de lo deseable está lo posible, en relación a cómo y dónde se ubican y se conforman estos dispositivos: dentro, cerca o lejos de los hospitales; como dispositivos en donde residen únicamente personas externadas o también otro tipo de residentes. De todas formas, lo deseable -que incluye dimensiones políticas, éticas y técnicas- debe permanecer como la meta a alcanzar, a partir del análisis y la valoración de las implicancias de optar por una u otra alternativa como meta. Es decir, puede que en momentos iniciales de los procesos de reforma, la opción viable sea que un porcentaje consi-

derable o incluso la mayoría de las viviendas sean específicas de salud mental y que queden cerca de los hospitales, pero si ello no se modifica en el tiempo, empieza a ser una señal de alarma a la cual atender.

También, y desde una perspectiva de evaluación con eje en lo temporal, está el hecho del énfasis en la salida o no de las personas de los dispositivos habitacionales, si ello se entiende como mayores márgenes de autonomía y descentramiento de los apoyos habitacionales del sector salud. ¿Es posible establecer la idea de “alta” en estos dispositivos? ¿Cuáles serían sus indicadores? ¿Qué pasa cuando esta población de personas envejece y puede llegar a requerir nuevamente de más apoyos? ¿Quién debe brindar cuál tipo de apoyo?

Sin duda, la caracterización y análisis de los apoyos habitacionales en el país es una tarea urgente en la que se requiere seguir profundizando, a fin de poder evaluar los avances efectivos en el desarrollo de una red de servicios con base en la comunidad. Sin información clara y sistemática, nuestras discusiones seguirán siendo, únicamente, ideológicas.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses. El presente trabajo recibió financiamiento de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica. Proyecto PICT 2017-2230.

Referencias bibliográficas

- Aita, M. (2016). *Continuidades y rupturas del modelo manicomial en el dispositivo alternativo de residencias compartidas de la Ciudad de Santa Fe. Argentina* (2014-2015). [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Entre Ríos].
- Arzuaga, M. M. (2007). *La desinstitucionalización como alternativa de rehabilitación en un servicio de salud mental en un hospital público de la ciudad de Bahía Blanca. Una mirada desde el trabajo social*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Mar del Plata].
- Benedetti, L. M., Reali, S., Ábaca, C., Ilardo, A., Domínguez, M. P. (2019). Habitar nuevos espacios: La Experiencia de la Casa de Medio Camino, Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná, Entre Ríos. (pp. 81-86). En Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (ed). *Haceres Colectivos: Investigaciones y experiencias en salud mental y adicciones en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación*.
- Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública. (2021). *Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires. Informe año 2021*. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/01/Libre_Manicomio_Informe_Anuar_2021.pdf
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., Riva Roure, M.R. (2009). El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat*, 20(86), 299-307.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Centro de Estudios Legales y Sociales. <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/>
- Cohen, H., Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la forma de salud mental en Río Negro*. Lugar Editorial.
- Cólera, S. (2006). *Evaluación del programa “Vuelta a Casa” como dispositivo para la desinstitucionalización de personas con padecimiento psíquico. Análisis a partir del proceso de reforma del Hospital Cabred (2005-2008)*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Lanús].
- 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. *Revista Argentina De Salud Pública*, 2(8), 43-46. Recuperado a partir de <https://rasp.msar.gov.ar/index.php/rasp/article/view/384>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018a). *Dispositivos de inclusión habitacional. Recomendaciones para la red integrada de salud mental con base en la comunidad*. <http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento220.pdf>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018b). *Estado de situación 2015/2016*.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. <https://banco.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>
- Gallici, M. C. (2015). *Casa de Medio Camino de Mujeres: ¿Iniciativa Innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental?*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Córdoba].
- Gargoloff P, Meliá E., Sanchez C. (1998). La Rehabilitación psicosocial en el Hospital Neuropsiquiátrico “Dr. Alejandro Korn” de Melchor Romero, La Plata, Argentina. *Arch Peruanos Psiquiat y Salud Mental*, (2)1:25- 32.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C (2019). *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018: resultados preliminares / 1a ed.* https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/engho_2017_2018_resultados_preliminares.pdf
- Label, H.P. (2003). El hospital psiquiátrico de San Luis. Una experiencia de transformación institucional dirigida por el Dr. Jorge Luis Pellegrini. *Perspectivas Sistémicas*, 76.
- Leff, H.S., Chow, C.M., Pepin, R., Conley, J., Allen, E., Seaman, C.A. (2009). Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatr Serv*, 60:473-82. doi: 10.1176/appi.ps.60.4.473.
- Ley 26657. (2010, 2 de diciembre). Congreso de la Nación Argentina. Boletín Oficial 32041. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=175977>
- López Santi M.C. (2011). Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 1, 77-84.
- McPherson, P., Krotofil, J., Killaspay, H. (2018). What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: The simple taxonomy for supported accommodation (STAX-SA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020190>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Sistema de Salud Mental en 10 Provincias Argentinas: Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Río Negro, Salta, San Juan, Tierra del Fuego, Tucumán. Resultados de la evaluación realizada mediante el Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental. Año 2009*. https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud, Dirección de Salud Mental y Adicciones y Dirección de Economía de la Salud (2019). *Estudio de costos para el abordaje del padecimiento mental en el marco del modelo de atención dispuesto por la Ley 26.657 en Argentina*.
- República Argentina. Decreto 603 de 2013. (2013, 28 de mayo). Poder Ejecutivo de la Nación. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ancxos/215000-219999/215485/norma.htm>
- Riva Roure, M.R., Hartfiel, M.I., Irachet, V., Cáceres, M.C. (2019). Logros y obstáculos en 20 años de trabajo del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital José A. Estévez. En Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Ed) *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina* (71-80).

- Saraceno, B. (1995). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. Editorial Pax.
- The Mental Health Foundation (2016) *Mental Health and Housing*. Policy Paper. https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mental_Health_and_Housing_report_2016_1.pdf
- Tisera, A., Lohigorry, J. (2018). Prácticas inclusivas socio-habitacionales. Programa Residencial en Salud Mental, Hospital José T. Borda. En Tisera, A. et al. (Eds) *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental* (pp. 61-72). Teseo.
- World Health Organization (2015). *Mental Health Atlas 2014*. Country Profile. Argentina. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2014-country-profile-argentina>
- World Health Organization (2018). *Mental Health Atlas 2017*. Country Profile. Argentina. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2017-country-profile-argentina>
- World Health Organization (2021a). *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organization (2021b). *Supported living services for mental health: promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025820>
- World Health Organization (2021c). *Mental health atlas 2020*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240036703>