

Programas comunitarios de viviendas asistidas en salud mental del hospital neuropsiquiátrico Dr. Cabred de la provincia de Buenos Aires: percepciones de los y las trabajadores/as de salud respecto de su implementación (2020-2023)

Community-based supported housing programs in mental health at Dr. Cabred Neuropsychiatric Hospital, Buenos Aires province: healthcare workers' perceptions of their implementation (2020-2023)

Au

Jorge Santiago Rossetto 1
Cecilia Keena 1
Ivana Druetta 1
Luciana Manni 2

Licenciado en Psicología. Director ejecutivo Hospital Psiquiatra y Licenciada en Psicología. Directora asociada Hospital Psiquiatra
Licenciada en Ciencias de la educación. Docente investigadora del área de Metodología de la investigación. Departamento de educación

1 Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico (HIEN) "Dr. Domingo Cabred", Open Door, Buenos Aires, Argentina
2 Universidad Nacional de Luján, Buenos Aires, Argentina

ceciliakeena22@gmail.com

Rs

RESUMEN

Introducción: En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, los programas de inclusión comunitaria en la provincia de Buenos Aires buscan favorecer la integración de personas con discapacidad psicosocial. Las instituciones deben priorizar la rehabilitación y la autonomía de quienes necesitan recursos para desenvolverse plenamente en la sociedad. Los programas de viviendas asistidas resultan fundamentales para una externación sustentable. Su fortalecimiento requiere ampliar su disponibilidad, diversificar estrategias de intervención y optimizar el equipo profesional, garantizando un acceso más equitativo. La falta de sistematización de estas experiencias dificulta su replicación y expansión, limitando su impacto.

Objetivo: Caracterizar los Programas de Viviendas Asistidas del HIEN Dr. Domingo Cabred y analizar percepciones del personal de salud sobre su efectividad en la continuidad de cuidados, la rehabilitación psicosocial y la inserción comunitaria.

Metodología: Se realizó una investigación con estrategias combinadas entre febrero de 2020 y junio de 2023, mediante análisis documental y entrevistas semiestructuradas a agentes de salud involucrados en estos dispositivos.

Resultados: Se presentan resultados sobre la evolución reciente de los Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas del HIEN Cabred, su tipología y población destinataria, así como las representaciones del personal de salud que participa en dichos dispositivos. A través del análisis cualitativo de entrevistas se construyeron tres conceptos centrales, útiles para entender el recorrido vital y profesional del personal de los programas: la figura de referentes comunitarios, la grupalidad como estrategia de cuidado y el techo hospitalario como sentido de pertenencia. Estos hallazgos permiten reflexionar sobre tensiones del proceso de transformación del modelo manicomial hacia un abordaje comunitario.

Discusión: Los programas de viviendas asistidas constituyen una estrategia clave para promover la autonomía, inclusión y vida comunitaria de personas con discapacidad psicosocial. Este estudio identifica aportes del personal de salud en su implementación, subrayando la necesidad de garantizar apoyos adecuados, redes comunitarias articuladas y compromiso institucional. Estos dispositivos no sólo transforman prácticas tutelares, sino también imaginarios sociales sobre la salud mental. Se destaca la importancia de investigaciones que recuperen voces de usuarios y equipos y enriquezcan el campo académico, generando insumos para nuevas investigaciones, políticas públicas y programas de acción en salud.

Palabras clave: Desinstitucionalización; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Salud Mental; Instituciones de Vida Asistida

Ab

ABSTRACT

Introduction: Within the framework of the National Mental Health Law No. 26,657, community inclusion programs in the Buenos Aires province aim to promote the integration of people with psychosocial disabilities. Institutions are expected to prioritize rehabilitation and autonomy for those who require resources to fully participate in society. Supported housing programs are essential to ensure a sustainable deinstitutionalization. Strengthening these programs requires expanding their availability, diversifying intervention strategies, and enhancing professional teams, thereby guaranteeing a more equitable access. However, the lack of systematization of these experiences hinders its replication and expansion limiting its impact.

Objective: to characterize the Supported Housing Programs at HIEN Dr. Domingo Cabred and analyse healthcare teams' perceptions of their effectiveness in ensuring continuity of care, promoting psychosocial rehabilitation, and fostering community integration.

Methodology: a mixed-methods study was conducted between February 2020 and June 2023, using document analysis and semi-structured interviews with healthcare agents involved in these programs.

Results: the findings describe the recent evolution of the Supported Housing Programs at HIEN Dr. Domingo Cabred, their typologies and target populations, as well as the perceptions of healthcare teams involved in these programs. Through qualitative analysis of interviews, three central themes were identified, which help to understand both the personal and professional experiences of the program staff: the role of community referents, groupality as a care strategy, and the hospital setting as a sense of belonging. These findings offer insights into the tensions in the transformation process from an asylum-based model to a community-oriented approach.

Conclusion: supported housing programs represent a key strategy to foster autonomy, inclusion, and community life of individuals with psychosocial disabilities. This study identifies the contributions of healthcare staff to their implementation, and stresses the need to ensure adequate supports, articulated community networks, and institutional commitment. These programs transform not only custodial practices, but also social imaginaries about mental health. The study also emphasizes the importance of research that amplifies the voices of users and teams, enriches the academic field, and generates inputs for new studies, public policies, and health action programs.

Keywords: Deinstitutionalization; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Mental Health; Assisted Living Facilities

In

INTRODUCCIÓN

El análisis de los programas de apoyo comunitario resulta fundamental para avanzar en estrategias de desinstitutionalización y fortalecimiento de la autonomía en personas con discapacidad psicosocial. Aunque estas experiencias existen desde hace más de dos décadas en la provincia de Buenos Aires, la información sobre su funcionamiento es escasa y poco sistematizada. En este marco, los programas de viviendas asistidas forman parte de los componentes centrales del Plan de Adecuación del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Cabred, en consonancia con las políticas impulsadas por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a través de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género en el Ámbito de la Salud.

Los dispositivos de viviendas asistidas del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico (HIEN) Dr. Cabred operan bajo un esquema mixto con diferentes niveles de apoyo. En un extremo, el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida está destinado a personas con alto grado de autonomía, mientras que, en el otro, el Programa de Dispositivos Residenciales Comunitarios ofrece asistencia continua las 24 horas. La planificación centrada en la persona permite definir el tipo, intensidad y frecuencia de los apoyos en función de las necesidades específicas (1). Estos dispositivos pueden ser transitorios o permanentes, según el sistema de apoyos requerido y la evolución de cada usuario.

Dichos programas cuentan con recursos humanos, físicos, administrativos, materiales y económicos que conforman

un sistema de apoyos flexible y adaptativo, orientado a evitar la sobreprotección y fomentar la autonomía, promoviendo condiciones equitativas de participación social. En este sentido, aparece la noción de externación sustentable, que, según Silva y col (2, p.86) “contiene y supera el otorgamiento del “alta médica”, entendiendo que la externación hospitalaria no sólo requiere la evaluación clínica del estado de salud-enfermedad, sino además y de forma imprescindible, la evaluación de las condiciones socioeconómicas materiales y subjetivas para la proyección del desarrollo de la vida extra hospitalaria de forma sustentable”.

La construcción de redes de apoyo, el trabajo intersectorial y la articulación con la comunidad resultan aspectos clave para garantizar la continuidad de cuidados y evitar la re-institutionalización.

Desde un enfoque de derechos, esta investigación busca aportar herramientas para comprender mejor estos procesos, respaldando la política pública en salud mental y contribuyendo al desarrollo de estrategias basadas en evidencia. Para ello, nos proponemos analizar los Programas de Viviendas Asistidas del HIEN Cabred entre febrero de 2020 y junio de 2023. Específicamente, buscamos caracterizar su funcionamiento, identificar los recursos y estrategias utilizadas, y explorar las percepciones del personal de salud sobre su impacto en la continuidad de cuidados, la rehabilitación psicosocial y la integración comunitaria. Además, promover la posibilidad de generar insumos que permitan enriquecer futuras investigaciones y orientar el diseño de políticas públicas.

Md

METODOLOGÍA

Para el abordaje de esta investigación se adoptó un diseño descriptivo, basado en una estrategia metodológica que combinó técnicas cuantitativas y cualitativas, desarrolladas en dos etapas.

En la primera etapa se identificaron los Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas, con el objetivo de caracterizarlos según los lineamientos establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental y su reglamentación (3,4), así como por los modelos de abordajes comunitarios sustentables, integrando la perspectiva de género y el enfoque de derechos. Asimismo, se consideró el contexto específico en el que dichos programas fueron diseñados e implementados.

Durante esta etapa, se caracterizaron los dos principales programas de viviendas asistidas implementados por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Cabred: el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), creado en el año 2000 (Resolución N.º 1832) (5), y el Programa de Dispositivos Residenciales Comunitarios (DRC), HIEN Dr. Domingo Cabred, vigente desde 2020 (DISPO - 2022 - 448 - GDEBA - HICDCMSALGP) (6). Estos dispositivos constituyen los dos grandes lineamientos institucionales de abordaje comunitario en el período analizado.

Ambos programas representan los lineamientos institucionales centrales en materia de atención

comunitaria durante el período analizado. Para su caracterización se consideraron las siguientes dimensiones:

Creación y contexto de implementación, incluyendo las perspectivas y supuestos teóricos, metodológicos e ideológicos presentes en el diseño de los programas. Implementación, abarcando aspectos como inicio, financiamiento, recursos disponibles y sustentabilidad, cantidad y características de las viviendas, y articulación con el sistema de salud.

Población beneficiaria, contemplando condiciones de ingreso y egreso, cupos y criterios de permanencia.

Personal de salud interviniente, considerando los procesos de incorporación y reconversión de roles, entre otros aspectos.

Para la recolección de datos se utilizaron fuentes primarias facilitadas por la institución coordinadora (7,8). La técnica de análisis utilizada para esta primera etapa fue el análisis documental y de contenido, considerando el contexto en el que surgieron y se implementaron los Programas y políticas en cuestión (5,6). Esta técnica es entendida como una herramienta de interpretación de textos registrados en cualquier tipo de soporte, “destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (9).

En la segunda etapa, se exploraron las construcciones, percepciones y representaciones del personal de salud interviniente respecto de la implementación y efectividad de los programas analizados. Se consideraron como ejes para el análisis de los relatos: los roles y funciones profesionales; las expectativas y satisfacciones laborales; y las percepciones sobre la efectividad de los dispositivos en relación con la continuidad de cuidados, la inserción comunitaria y la inclusión social de las personas usuarias tras la externación. Con ello se pretendió, además, indagar los significados y sentidos que toman las acciones y actividades de los individuos, determinados por su interacción en contextos sociales específicos. Es decir, articular los relatos con el contexto inmediato de las

personas entrevistadas y vincularlo a las historias de otras personas con las que han construido lazos sociales, que a la vez despliegan valores y representaciones que van más allá de los hechos narrados. Así, se intenta capturar la perspectiva microsociedad y contextualizar los hechos relatados.

Se utilizó la técnica de entrevista abierta (10) y la muestra quedó constituida por 10 personas: 3 varones y 7 mujeres, que representaron equitativamente a los dos programas (5 del PREA y 5 del DRC). El método de selección fue el muestreo teórico, comenzando por una muestra intencional con criterios de diversidad en sexo, profesión y rol dentro de los programas comunitarios. El objetivo de esta etapa fue la comprensión en profundidad, por lo cual se trabajó con un número acotado de casos.

El análisis se realizó mediante un análisis comparativo sistemático y constante (11), centrado en identificar significados, similitudes y diferencias entre las respuestas, complementado con la triangulación de datos provenientes de distintas fuentes. Una de las técnicas principales fue el análisis de contenido, entendido desde un enfoque cualitativo. Siguiendo a Bardin (12), se lo define como un “conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendientes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procesos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción-recepción (contexto social) de estos mensajes”.

Este proceso incluyó una lectura horizontal y exhaustiva para construir categorías emergentes, seguida de una lectura transversal orientada a la elaboración de unidades de sentido. El análisis final integró estos niveles para construir un marco interpretativo.

Las consideraciones éticas se abordaron desde una perspectiva ético-relacional crítica. Se respetaron los principios de confidencialidad, anonimato y voluntariedad para la participación, y se garantizó que el tratamiento de la información se ajustara a criterios de respeto y cuidado en el vínculo con los/as entrevistados/as.

Rs

RESULTADOS

1. Caracterización de los Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas dependientes del Servicio de Rehabilitación del HIEN Dr. Domingo Cabred

La Ley Nacional de Salud Mental promueve de forma enfática la adopción de un modelo comunitario de atención en salud mental, como alternativa al modelo asilar, e impulsa la reconstrucción de redes sociales e institucionales que potencien la eficacia de los servicios. En

sintonía con la Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente, ambas normativas colocan al usuario del sistema de salud como sujeto de derechos, promoviendo su autonomía y su participación activa en el proceso de atención.

En este marco, los Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas se orientan a la implementación de un modelo de atención con base comunitaria y en redes integradas. Retoman los principios de continuidad de cuidados e

involucran acuerdos entre actores, usuarios y servicios, considerando los recursos disponibles y las necesidades específicas de la población para definir el alcance de las prestaciones (13).

Este modelo requiere de un abordaje intersectorial como política integral, dada la complejidad de los desafíos a afrontar. Así, se considera fundamental la articulación con sectores como Justicia, Desarrollo Social, Seguridad, Derechos Humanos, organizaciones de la sociedad civil, Trabajo, Cultura y Educación, entre otros, en la construcción de estrategias que respondan al gradiente de necesidades, respetando la singularidad de cada situación. En el HIEN Dr. Domingo Cabred, las bases estratégicas para el cambio están centradas en la ampliación del modelo comunitario, con una lógica de cuidados y diversificación de servicios. A esto se suma la promoción de una atención integral mediante la expansión de dispositivos ambulatorios y la oferta de especialidades, así como la consolidación del área de Docencia e Investigación. El uso del predio e instalaciones para la formación de recursos humanos, en articulación con instituciones educativas, constituye un eje relevante del Plan de Adecuación de la institución.

Asimismo, siguiendo las recomendaciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (14) para la transformación de instituciones monovalentes, se establece como prioridad la generación de estrategias de reconversión y redistribución del personal, entendiendo que los/as trabajadores/as son actores clave en el proceso de reforma. La participación activa desde la etapa de planificación fue uno de los aspectos abordados en la segunda parte de nuestra investigación.

1.1. Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas en Salud Mental

El modelo comunitario en salud mental promueve la integración de la atención en redes de servicios descentralizados y cercanos al entorno cotidiano de las personas. Se priorizan acciones de atención primaria, prevención y promoción de la salud, sin descuidar la hospitalización, la rehabilitación y la inclusión social. Este enfoque integra una mirada histórica y social del padecimiento, una ética del cuidado basada en derechos, y una concepción integral del sujeto y del sufrimiento psíquico, reconociendo factores biológicos, psicológicos y sociales, así como los principios de territorialidad, equidad y accesibilidad.

Desde esta perspectiva, se problematiza una noción homogénea y universalista de ciudadanía, reconociendo su carácter múltiple, dinámico, intersubjetivo y sociohistóricamente situado. Se subraya la tensión entre igualdad legal y desigualdad material, y se incorpora el reconocimiento de las identidades plurales y las diversas formas de habitar lo social, incluyendo la diversidad cultural y de géneros (15). En este marco, los Programas Comunitarios se conciben como dispositivos que favorecen el ejercicio de ciudadanía por parte de personas con

padecimientos mentales, históricamente excluidas de estos espacios.

Los programas de viviendas asistidas están diseñados para fortalecer las capacidades de las personas usuarias y promover su autonomía, brindando los apoyos necesarios en el momento y lugar adecuados para facilitar su integración al entorno. Estos dispositivos ofrecen entornos enriquecidos donde se desarrolla la vida en común; permiten el acceso a los cuidados requeridos dentro de un contexto participativo, y generan sostenimiento/holding en términos integrales y subjetivos, favoreciendo el desarrollo de habilidades personales, como el ejercicio de una vida autónoma en comunidad. En lo que respecta a la participación, las redes con los efectores comunitarios se han complejizado en cuanto a la construcción y sostenimiento de los vínculos, tanto por parte de los usuarios como de los equipos de salud. Esta vinculación incluye a agentes, vecinos y usuarios de múltiples espacios comunitarios, tales como salas de atención primaria, hospitales, consultorios privados, centros de integración comunitaria, escuelas, casas de la tercera edad, casas de la juventud, clubes y gimnasios.

Los programas analizados son: Programa de Dispositivos Residenciales Comunitarios (DRC) con niveles de apoyo medio y alto, y Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) con niveles de apoyo bajo y medio.

A continuación, se presentan sus principales características, tomando como fuente documentos y resoluciones fundacionales de cada uno:

Caracterización comparativa de los programas PREA y DRC

a. Creación y contexto de implementación

PREA: Creado en 1999 mediante resolución del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, con base en la Declaración de Caracas. Su objetivo es la atención comunitaria e integral de personas internadas de mediano y largo plazo en hospitales psiquiátricos, promoviendo su reinserción social.

DRC: Surge en 2020 en el marco de la adecuación institucional del HIEN Dr. Cabred. Apunta a la creación de dispositivos flexibles de atención para personas con trastornos mentales severos, en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

b. Población beneficiaria

PREA: Personas internadas con interés en un proceso de externación asistida, que puedan desenvolverse con cierto grado de autonomía.

DRC: Personas con alta clínica que, sin embargo, enfrentan barreras estructurales para la inclusión comunitaria, con necesidad de apoyos específicos.

c. Objetivos

PREA: Promover la externación y reinserción a través de dispositivos comunitarios adaptados a los recursos disponibles, implicando activamente a pacientes, familias y

trabajadores.

DRC: Mejorar la calidad de vida y autonomía mediante apoyos personalizados y flexibles, evitando internaciones innecesarias.

d. Implementación y recursos

PREA: Dispositivos residenciales y de continuidad de tratamiento garantizados por el hospital. Incluye medicamentos, atención en crisis y condiciones habitacionales adecuadas.

DRC: Atención residencial 24 horas. Financiación combinada (aportes personales, subsidios, programas de empleo). El hospital asegura insumos, alimentos y medicación.

e. Enfoque de atención

PREA: Rehabilitación con énfasis en la autonomía, redes sociales y cooperación comunitaria.

DRC: Enfoque clínico-terapéutico centrado en la persona, adaptado a necesidades individuales.

f. Personal de salud

PREA: Promueve la reconversión del personal hospitalario y su capacitación.

DRC: Equipos interdisciplinarios que incluyen enfermeros/as, acompañantes terapéuticos, psicólogos/as, psiquiatras, médicos/as clínicos, trabajadores/as sociales, entre otros.

Al analizar los programas PREA y DRC se observa una notable expansión en su alcance y capacidad operativa entre 2020 y 2023. En enero de 2020, se registraban 75 personas usuarias bajo estos programas, cifra que ha aumentado a 204 en la actualidad. El equipo de salud también ha experimentado un crecimiento significativo, pasando de 30 trabajadores/as a 122, incluyendo agentes reconvertidos/as y nuevos/as profesionales contratados/as para trabajar directamente en la comunidad. En cuanto a las viviendas, se contaba con 36 espacios en enero de 2020, mientras que actualmente se dispone de 64 casas. Este crecimiento refleja el compromiso continuo con la integración comunitaria y la mejora en la atención de las personas usuarias de estos programas.

En síntesis, ambos programas, aunque desarrollados en contextos históricos diferentes, se complementan en la construcción de una red de atención que reemplaza la lógica asilar por un enfoque de apoyos progresivos según el perfil funcional de cada persona usuaria. Se inscriben en el modelo social de la discapacidad, donde la vida independiente, la autonomía y la toma de decisiones son ejes fundamentales. Si bien persisten desafíos en cuanto a cobertura y suficiencia, en la provincia de Buenos Aires se avanza en la creación de nuevos dispositivos en el sector público y privado. Este proceso se enmarca en normativas tales como las normas complementarias para la habilitación de efectores de salud mental y consumos problemáticos aprobado por Resolución 4750/21 del régimen de establecimientos privados asistenciales o de recreación (16), el Decreto-Ley N°7.314/67(17) y su decreto reglamentario N°3.280/90 (18), así como también a través

de la aprobación del "Modelo de Carta de Intención Oferta Prestacional Salud Mental" a utilizar como oferta a suscribir por parte de las entidades que ofrezcan servicios de salud mental (19).

2. Representaciones del personal de salud

En la segunda etapa de nuestro trabajo, empleamos una metodología que nos permitió desarrollar teorías, conceptos y nuevas hipótesis basadas directamente en los datos recolectados, sin apoyarnos en supuestos previos. Este enfoque nos llevó a identificar dos tipos principales de códigos:

Códigos sustantivos: Emergen directamente de los datos empíricos originales y representan categorías que encapsulan patrones o temas identificados durante el análisis.

Códigos "in vivo": Son términos o frases utilizadas textualmente por los propios participantes. Estos códigos son especialmente valiosos porque reflejan el lenguaje y significado preciso que las personas asignan a sus experiencias, aportando una alta significación interpretativa en el área de estudio.

A continuación, se presenta un resumen de los conceptos construidos a partir del análisis de la información obtenida de las entrevistas realizadas que consideramos de gran utilidad para comenzar a comprender el trayecto profesional y su impacto subjetivo en el personal de salud desde el momento de su incorporación a los programas comunitarios.

a. Referentes comunitarios

En el ámbito de la salud mental comunitaria, el concepto de "Referentes comunitarios" refleja una transformación significativa en el rol y la percepción de los profesionales de la salud. Estos profesionales, sin distinción de su disciplina o función específica dentro de los dispositivos, actúan como facilitadores clave en el vínculo entre las personas externadas y la comunidad. Su labor implica coordinar el apoyo y acompañamiento necesario para la reintegración comunitaria de los usuarios, lo que requiere un trabajo en equipo interdisciplinario y, en muchos casos, una resignificación de su proyecto laboral y de la comprensión de sus propios roles y funciones.

Esta transformación puede generar una sensación de pérdida de especificidad en el rol profesional; sin embargo, también resalta el valor del trabajo interdisciplinario. Como expresó un entrevistado: "ya decididamente vos sos la expresión del equipo ahí afuera". En este contexto, el personal de salud se convierte en un verdadero referente comunitario para los usuarios, estando presente en el "momento en que van redescubriendo algo nuevo".

Estas experiencias han llevado a que el "encierro" vivido por los usuarios no sea asumido de manera natural por los profesionales, quienes son testigos directos de sus efectos

perjudiciales. Sus perspectivas reflejan una postura ante la tensión entre la inercia hacia la centralidad manicomial y la integración comunitaria. En este sentido, los referentes comunitarios ofrecen un sostenimiento, una continuidad de cuidados y apoyos en la comunidad, esenciales para la sostenibilidad de la salud y la vida cotidiana de los usuarios.

Dentro de este marco, se destacan varios aspectos clave:

Reconfiguración de roles profesionales: Se subraya la necesidad de repensar la flexibilidad de los roles en el ámbito de la salud mental comunitaria. actitudes y estrategias frente a los cambios y exigencias del entorno laboral, sin perder de vista sus objetivos y valores personales, integrando nuevas competencias y resignificando el propio rol disciplinar.

Interdisciplinariedad: La afirmación de que el equipo de salud se convierte en "expresiones del equipo" resalta la importancia del trabajo interdisciplinario en la atención comunitaria. Esto enfatiza la cooperación entre diferentes disciplinas para abordar de manera efectiva las complejas necesidades de salud comunitaria. Implica compartir una posición crítica hacia los conceptos aceptados, es decir, para pensar un problema en común. **Vínculo comunitario:** La idea de que los trabajadores de la salud actúan como puentes simbólicos, convirtiéndose en referentes comunitarios y facilitadores del vínculo entre las personas externadas y la comunidad, es fundamental para garantizar procesos de inclusión social. Esto enfatiza la importancia de comprender y abordar las necesidades y valores individuales de los usuarios.

Resignificación del proyecto laboral: La necesidad de que los profesionales resignifiquen su proyecto laboral pone de relieve la importancia de la adaptabilidad y la capacidad de aprendizaje continuo a lo largo de la carrera. En este proceso, la subjetividad se constituye en un motor central que orienta, sostiene y da sentido al aprendizaje, especialmente en escenarios atravesados por el cambio permanente. En este sentido, la gestión del cambio y la posibilidad de reinventar el proyecto profesional no pueden desligarse de los procesos subjetivos que los trabajadores movilizan para dar sentido a su experiencia.

b. Grupalidad como Estrategia

El concepto de grupalidad emerge como una estrategia clave en dos dimensiones interrelacionadas: la grupalidad de las personas usuarias y la del propio equipo de salud.

b.1. Grupalidad como Resiliencia

Este concepto, expresado por el personal de salud en referencia a las personas usuarias de los dispositivos, se centra en cómo los individuos emplean la formación de grupos y las relaciones grupales como una estrategia de producción de subjetividad. Esta dinámica crea un "tercer espacio" que ofrece una alternativa al encierro y a las experiencias previas vividas. Se fundamenta en dos aspectos esenciales:

b.1.a. Grupalidad como Resiliencia interna

Dentro de las instituciones de salud mental, como hospitales o centros de tratamiento, las personas usuarias suelen experimentar sensaciones de encierro y aislamiento. La formación de grupos se convierte en una estrategia para contrarrestar estos sentimientos, permitiendo a los individuos compartir experiencias y aspiraciones de vida fuera de la institución. Esta comunidad de apoyo mutuo brinda seguridad en momentos de vulnerabilidad y facilita la creación conjunta de recursos y estrategias para afrontar el encierro.

b.1.b. Grupalidad como Resiliencia externa

Al egresar de la institución, las personas usuarias a menudo son percibidas por otros como individuos que "viven en otro mundo" en comparación con quienes no han experimentado el encierro institucional, lo que puede generar estigmatización. A pesar de ello, al participar en dispositivos comunitarios, desarrollan recursos y habilidades para enfrentar la vida fuera de la institución, apoyados por el personal de salud y otros actores sociales. El concepto de "Grupalidad como Resiliencia" refleja cómo las personas usuarias de dispositivos de salud mental utilizan la formación de grupos como una estrategia para resistir y superar el encierro y la estigmatización, tanto dentro como fuera de la institución. Esta grupalidad proporciona sostenimiento y apoyo emocional, además de facilitar el desarrollo de habilidades y recursos en el proceso de inclusión en la sociedad. El equipo de salud reconoce la importancia de comprender y trabajar con esta dinámica compleja para brindar un apoyo más adecuado a las necesidades de las personas usuarias.

b.2. Grupalidad como Intervención

Esta dimensión se refiere a una estrategia de trabajo adoptada por el personal de salud como alternativa a las formas tradicionales de intervención. En lugar de centrarse únicamente en el tratamiento individual, se promueve la exploración y el aprovechamiento de la dinámica grupal como parte integral de la atención sociosanitaria. Al trabajar desde la grupalidad, se reconoce la importancia de comprender y abordar las relaciones y dinámicas interpersonales que influyen en el bienestar general.

Es esencial también trabajar con la propia grupalidad como profesionales intervinientes, donde se ponen en juego las individualidades y las diversas perspectivas del mundo. Esto implica manifestaciones y formas vinculares que se configuran entre los profesionales, apostando por la interdisciplina como estrategia y lógica de intervención sustentada en la grupalidad y la humanización. Se trata de un abordaje centrado en dispositivos grupales, desde una perspectiva interdisciplinaria a cargo de agentes de salud con diferentes concepciones de sus propios roles y funciones. Esta forma de intervención se caracteriza por centrarse en la escucha empática, el respeto por el otro, la circularidad de la palabra y la horizontalidad en las relaciones.

c. Techo hospitalario como Sentido de pertenencia

El concepto de "Techo hospitalario como Sentido de pertenencia" aborda la compleja interacción entre la búsqueda de seguridad y protección emocional, laboral y profesional por parte del personal de salud, y las tensiones que emergen al redefinir sus roles y funciones al integrarse en dispositivos comunitarios.

Por un lado, la incorporación laboral a estos dispositivos permite valorar la autonomía en el trabajo y ofrece oportunidades enriquecedoras para el contacto social, la variedad de tareas, la disponibilidad de información y el feedback sobre las labores realizadas. Además, se destaca la valoración social positiva del trabajo y el apoyo de compañeros/as, coordinadores/as y supervisores/as, características que pueden hacer que la experiencia laboral sea gratificante y enriquecedora.

Por otro lado, el personal de salud enfrenta desafíos como la falta de especificidad en los roles y funciones asignadas, la asunción de múltiples tareas, la percepción de escasez de personal, la necesidad de dedicación y disponibilidad constante, la alta demanda y dependencia por parte de las personas usuarias, y la vinculación con la institución hospitalaria. La tensión entre estas dos dimensiones, que podrían sintetizarse como la valoración social positiva del trabajo y el desafío ante la falta de especificidad de roles y

funciones contribuye a la formación del concepto construido "techo hospitalario como sentido de pertenencia". El personal busca un nivel mínimo de seguridad y protección emocional y laboral en su entorno de trabajo, pero esta búsqueda se ve desafiada por condiciones laborales y expectativas a menudo abrumadoras. Esta tensión constante puede dar lugar a sentimientos de agotamiento y frustración.

En este mismo sentido, se manifiesta una sensación de incertidumbre. Aparece reiteradamente la sensación de "estar solos", "como si no hubiera un techo protector", al mismo tiempo que se valora positivamente la necesidad de tomar iniciativas frente a las distintas situaciones que se presentan en los dispositivos: "uno toma un montón de decisiones estando fuera del hospital y estando solo". Aunque las percepciones sobre el trabajo son subjetivas, también revelan desigualdades, conflictos y tensiones que pueden ser analizadas racionalmente para comprender mejor la realidad investigada.

Este trabajo, particularmente en profesiones donde se lidia con el sufrimiento ajeno, presenta un carácter ambivalente: puede ser fuente de satisfacción personal, pero también de agotamiento. La evidencia destaca que las relaciones socioafectivas y el sentirse apoyado son recursos clave para manejar el estrés asociado a estas dinámicas profesionales.

Cn y Ds

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La naturaleza exploratoria y descriptiva de esta investigación no permite extraer conclusiones definitivas y generalizables. Sin embargo, hemos identificado constantes y hallazgos que, aunque provisionales, ofrecen una base para futuras investigaciones que amplíen y enriquezcan estos resultados.

Se destacan en los resultados de las experiencias narradas en las entrevistas que estos programas generan oportunidades de interacción y colaboración, fomentan la comprensión mutua y ayudan a derribar barreras estigmatizantes. De este modo, promueven una cultura más empática y equitativa, donde las personas con discapacidad psicosocial son reconocidas no sólo por sus aportes concretos, sino también por la riqueza de sus experiencias y perspectivas, facilitando así su participación plena y la construcción de comunidades inclusivas y resilientes.

Según las percepciones del personal de salud, si bien persisten obstáculos y desafíos, los objetivos de estos programas se cumplen en la mayoría de los casos. No obstante, es fundamental destacar que de la información obtenida en los resultados es relevante, como concepto analítico, el rol crucial que ocupa el Estado y las instituciones públicas para garantizar la sostenibilidad, el

funcionamiento y la identidad de estas estructuras dentro de los procesos de transformación institucional. En este sentido, la articulación en torno al concepto de sistema de apoyo o soporte comunitario, como señala Rodríguez (20), plantea la necesidad de promover y organizar, a nivel local, una red coordinada de servicios, recursos, programas y equipos que acompañen a las personas usuarias en la satisfacción de sus distintas necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando su aislamiento o exclusión de la comunidad.

Por ello, los resultados demuestran que es fundamental el papel del personal de salud en la implementación efectiva de estos programas, no solo como puente simbólico entre los usuarios y la comunidad, sino también como recurso humano capacitado que posibilita la rehabilitación y la inclusión comunitaria plena, de un modo lo más autónomo posible. Cabe destacar la importancia de la dimensión relacional del equipo interdisciplinario, es decir, las pre-condiciones intersubjetivas para el trabajo (21). La necesidad de repensar la flexibilidad de los roles en el ámbito de la salud mental comunitaria se relaciona con el concepto de adaptabilidad profesional (22) entendiendo por ésta a la capacidad de las personas para ajustar sus habilidades.

El concepto de "Referentes comunitarios" en el campo de la salud mental enriquece con nuevas dimensiones que colaboran a la complejización del campo de conocimiento, al enfocarse en la evolución de los roles profesionales, la importancia de la colaboración interdisciplinaria, la construcción de identidades profesionales y la atención centrada en la persona en entornos comunitarios.

Como señala Billett (23), el aprendizaje a lo largo de la vida no es solo una respuesta funcional a las transformaciones del trabajo, sino que se vincula estrechamente con la construcción de la identidad y la agencia de los sujetos, quienes al aprender también configuran y reconfiguran sus trayectorias laborales.

En este marco, consideramos que el concepto de "Grupalidad como Intervención" y su capacidad para generar sentido, propicia la transformación y creación de subjetividades. Reconoce que la salud es un fenómeno multidimensional y que abordarla de manera integral requiere un enfoque colaborativo, comprensivo y progresivo. Al adoptar esta metodología, el equipo de salud fortalece la relación terapéutica al involucrar activamente a las personas usuarias en su propio proceso de atención y reinserción en la comunidad.

El concepto construido a partir de las entrevistas realizadas, "Techo hospitalario como Sentido de pertenencia" subraya la importancia de reconocer que, para mantener al personal de salud saludable y motivado, es fundamental atender las tensiones inherentes a su labor. Esto implica garantizar que el entorno hospitalario ofrezca condiciones que promuevan su bienestar, mediante medidas de protección tanto emocional como laboral. Puede incluir la implementación de políticas y prácticas que promuevan claridad en los roles, capacitación adecuada, distribución pertinente de tareas, apoyo emocional y acceso a recursos para el bienestar del equipo, clarificación

y fortalecimiento institucional de los programas implementados, e instancias de encuentro y trabajo grupal donde se visibilice el cuerpo total de agentes de salud que actualmente están trabajando bajo estos programas. En última instancia, este concepto busca equilibrar las demandas y las recompensas en el trabajo del equipo de salud interviniente en los dispositivos para mantener el bienestar y la satisfacción de quienes desempeñan un papel fundamental en la atención y acompañamiento de las personas usuarias.

La puesta en marcha de estos programas representa un avance significativo hacia la construcción de una sociedad más justa, inclusiva y consciente en materia de salud mental.

Finalmente, consideramos esencial continuar promoviendo investigaciones y acciones que contribuyan a sistematizar experiencias y procesos de inclusión comunitaria, recuperando las voces y saberes construidos por las instituciones, los equipos de salud y las propias personas usuarias.

Desde esta perspectiva, la producción de investigaciones que contemplen a las personas usuarias de los servicios de salud mental pero también, como es el caso de nuestro trabajo, al personal de salud, permite interpelar la persistencia de prácticas tutelares y alentar el desarrollo de estrategias y recursos sustitutos a la internación, orientados al acceso a derechos y a la consolidación de una autonomía entendida como una empresa social colectiva. Considerar los servicios de salud mental y las prácticas de cuidado a partir de las trayectorias de sus protagonistas contribuye a la optimización, evaluación e implementación de políticas públicas, al constituir referencias valiosas para diseñar respuestas integrales que favorezcan la continuidad de cuidados y la integración social de las personas con padecimiento mental tras la externación.

Fn

FINANCIAMIENTO

Este trabajo se inscribe dentro del Proyecto de Investigación: "Programas Comunitarios de Viviendas Asistidas: estrategias de inclusión social sustentable para personas con discapacidad psicosocial, y percepciones de los y las trabajadores/as de salud respecto de su implementación" realizado en el marco de la convocatoria Programa de Becas Julieta Lanteri 2022-2023, dependiente de la Dirección de investigación y Cooperación Técnica, Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La investigación se desarrolló desde el 14 de noviembre de 2022 al 14 de noviembre de 2023, siendo la institución coordinadora de dicho proyecto el Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred", con la participación interinstitucional de la Universidad Nacional de Luján.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verdugo MA, Ibáñez A, Arias B. La escala de intensidad de apoyos (SIS): adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas. *Siglo Cero*. 2007; 38(2). p 5-16.
2. Silva C, de Pena L, Batalla M, Pedra M. La variable interdisciplinar en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. Una aproximación descriptiva en contextos de vulnerabilidad social. *Fronteras*. 2019; 13. p 83-97
3. Argentina. Congreso. Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914 [Internet]; 02 diciembre de 2010. [Acceso jul. 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
4. Argentina. Congreso. Decreto 603/2013. Ley N° 26.657. Apruébase reglamentación [Internet]; 28 mayo de 2013. [Acceso jul. 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-215485/texto>
5. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Resolución 1.832. P.R.E.A. Programa de Rehabilitación y Externación Asistida. La Plata: MS; 1999.
6. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Disposición 448/2022. Programa de Dispositivos Residenciales Comunitarios del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Cabred. La Plata: MS; 2022.
7. Diario Crónica. Encuentro Provincial de Trabajadores del P.R.E.A. La Plata. 15 de diciembre de 2000.
8. Equipo de Admisión del P.R.E.A. Crónicas de las reuniones de equipo. [Lugar desconocido]: P.R.E.A.; 2001.
9. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica. Buenos Aires: Paidós Comunicación; 1990.
10. Yuni JA, Urbano CA. Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación. Córdoba: Brujas; 2006.
11. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.
12. Bardin L. El análisis de contenido. Barcelona: Ediciones Akal; 1996.
13. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2007; 27(99): 187-223.
14. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Recomendaciones para la adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente [Internet]. Buenos Aires; MS; 2010. [Acceso jul. 2025]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/330000-334999/332088/res3250.pdf>
15. Bárcena F. El oficio de la ciudadanía. Introducción a la educación política. Barcelona: Paidós; 1997.
16. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Resolución 4750/2021. Boletín Oficial [Internet]. 2021 dic 15 [Acceso jul. 2025]; 29.159. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/BOZRgEUy.pdf>
17. Buenos Aires. Decreto-ley 7.314/1967. Boletín Oficial [Internet]. 1967 [Acceso jul. 2025]; 16.002. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/mBge2S30.pdf>
18. Buenos Aires. Decreto 3280/1990. Boletín Oficial [Internet]. 1990 sep 20 [Acceso jul. 2025]; 21.799. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/OQkzkXT4.html>
19. Argentina. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Resolución 766/2022. Aprobación del Modelo de Carta de Intención Oferta Prestacional Salud Mental [Internet]. Buenos Aires: INSSJP; 2022. 20 [Acceso jul. 2025]. Disponible en: https://e-legis-ar.msal.gov.ar/legisalud/migration/pdf/pamires766_2022.pdf.
20. Rodríguez A. La atención residencial en el marco de la atención comunitaria de la población con enfermedad mental severa: problemática, necesidades y modelos de atención. En: Florit Robles A, Cañamares Yelmo JM, Collantes Olmeda B, Rodríguez González A, coord. Atención Residencial Comunitaria y apoyo al alojamiento de personas con enfermedad mental grave [Internet]. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales; 2007. p 17-38. [Acceso jul. 2025]. Disponible en <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007117.pdf>
21. Stolkner A. De interdisciplinas e indisciplinas. En: Elichiry N, comp. El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio. Buenos Aires: Nueva Visión; 1987.
22. Kusyadi Y. Career adaptability in various theories: review through multicultural perspectives. *JOMSJP*. 2020;4(1):14-27.
23. Billett S. Lifelong learning and self: work, subjectivity and learning. *Stud Contin Educ*. 2010;32(1):1-16.



Los documentos publicados en esta revista están bajo la licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Rossetto JS, Keena C, Druetta I, Manni L. Programas comunitarios de viviendas asistidas en salud mental del hospital neuropsiquiátrico Dr. Cabred de la provincia de Buenos Aires: percepciones de los y las trabajadores/as de salud respecto de su implementación (2020-2023). *Salud Pública* [Internet]. 2025 Oct [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo.