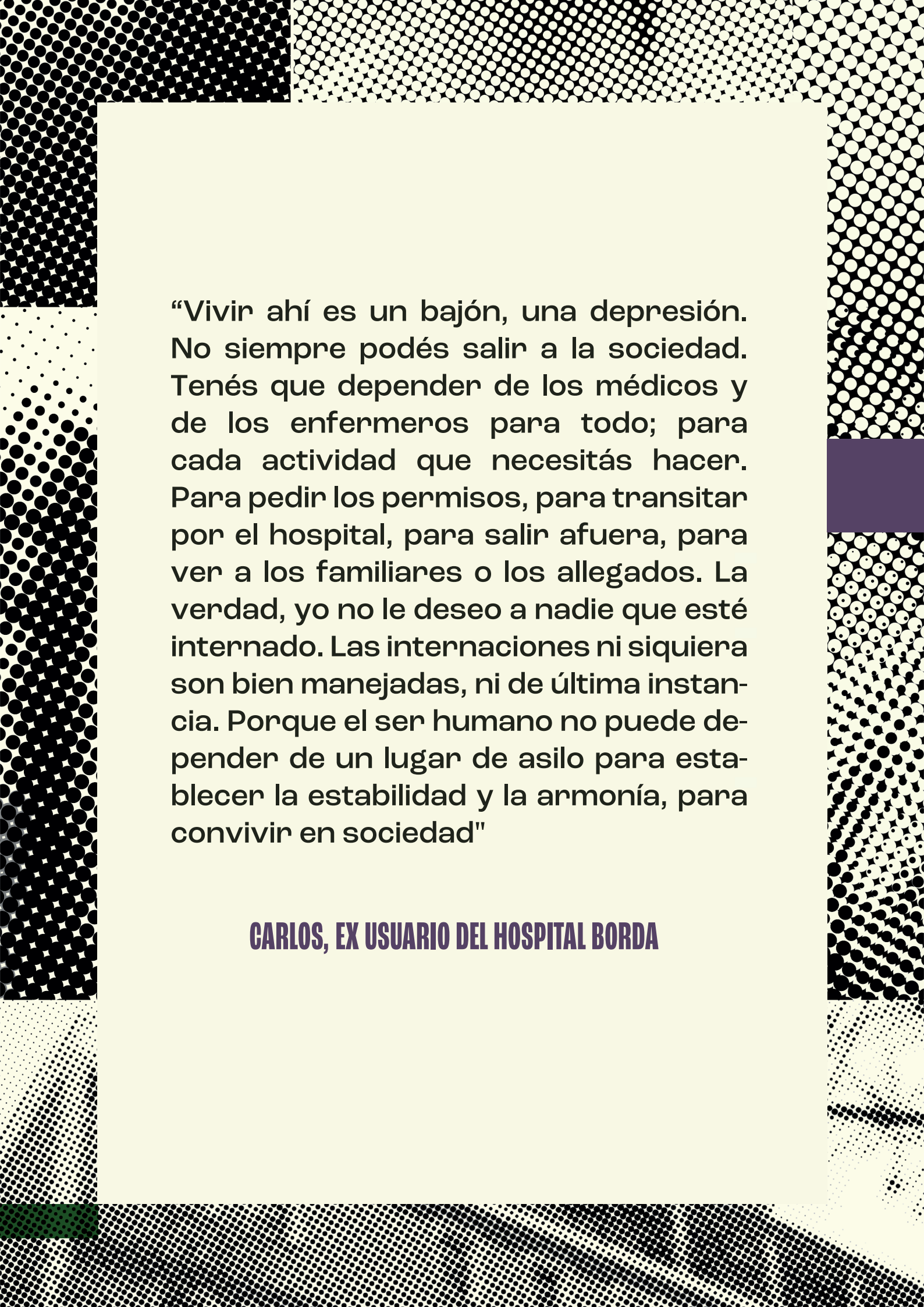




Manicomios porteños: la transformación que no llega

The page features a central white rectangular area containing text. This area is framed by halftone patterns of black and white dots. On the left side, there is a vertical purple rectangular block. At the bottom, there is a horizontal green rectangular block. The overall design is modern and graphic.

“Vivir ahí es un bajón, una depresión. No siempre podés salir a la sociedad. Tenés que depender de los médicos y de los enfermeros para todo; para cada actividad que necesitás hacer. Para pedir los permisos, para transitar por el hospital, para salir afuera, para ver a los familiares o los allegados. La verdad, yo no le deseo a nadie que esté internado. Las internaciones ni siquiera son bien manejadas, ni de última instancia. Porque el ser humano no puede depender de un lugar de asilo para establecer la estabilidad y la armonía, para convivir en sociedad”

CARLOS, EX USUARIO DEL HOSPITAL BORDA

Manicomios porteños: la transformación que no llega

Investigación y redacción

Macarena Sabin Paz, Ana Sofía Soberón (CELS)
Belén Arcucci, Eduardo Quiroga (ACIJ)

Revisión

Celeste Fernandez (ACIJ)

Edición

Alejandro Marinelli (CELS)

Colaboración

Mariana Biaggio, Fabián Murúa, Joaquín Castro Valdez (CELS)

Diseño y diagramación

Florencia Nicolini (ACIJ)

Foto de portada

Nicolás Pousthomis

Agradecimientos

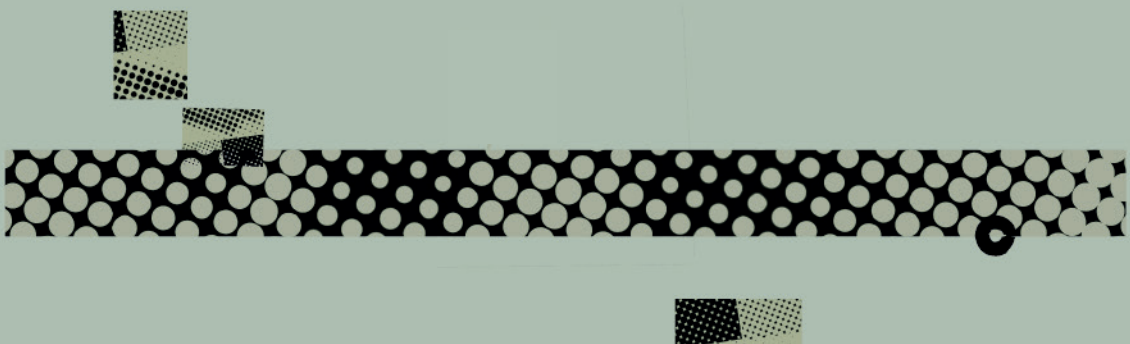
A todas las personas usuarias de los servicios de salud mental que dieron sus testimonios para construir este informe, y a Radio la Colifata, el Pan del Borda y Radio Desate, que hicieron posible las entrevistas con ellas.

ÍNDICE

5	Resumen ejecutivo
8	Introducción
11	El manicomio sigue funcionando
12	1. Psiquiátricos que sobrevivieron
12	2. Un vaivén poblacional
17	3. La promesa de la interdisciplina
21	El manicomio no es un lugar para vivir
24	1. Las condiciones de internación
27	2. El eterno problema de la medicación psiquiátrica
32	3. Mujeres psiquiatrizadas
34	Sin alternativas para vivir afuera
35	1. La ausencia de dispositivos habitacionales
40	2. La falta de asistencia para la vida en comunidad
45	3. La deficitaria atención en salud mental en los hospitales generales
47	Infancias negadas: la salud mental de niños, niñas y adolescentes
52	Conclusión



RESUMEN EJECUTIVO



La Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en 2010, previó la obligación de cerrar los manicomios, neuropsiquiátricos y toda institución de internación monovalente con el objetivo de crear un sistema de atención en salud mental de base comunitaria que respete los derechos humanos. Su decreto reglamentario estableció el año 2020 como fecha límite para sustituir estos establecimientos por dispositivos en el primer nivel de atención, salas en hospitales generales y servicios de apoyo a la vida en comunidad. Sin embargo, a 15 años de la aprobación de la ley, el modelo prevalente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sigue constituyendo un ejemplo paradigmático de su incumplimiento.

En primer lugar, se observa en esta jurisdicción que el encierro psiquiátrico persiste y que no se han implementado políticas orientadas a construir un modelo de abordaje alternativo. Datos oficiales evidencian que:

- En la Ciudad funcionan 4 hospitales psiquiátricos públicos (Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José Tiburcio Borda”, Hospital Neuropsiquiátrico “Braulio A. Moyano”, Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” y Hospital Infanto Juvenil “Carolina Tobar García”) con 1.290 camas de internación. Ninguno se ha sustituido a partir de la ley. En paralelo, solo 6 de los 14 hospitales generales cuentan con servicio de internación en salud mental, con apenas 77 camas disponibles.

- En 2024, las internaciones aumentaron en todos los hospitales psiquiátricos con respecto al año anterior: se registraron 1.036 personas en el Borda, 560 en el Moyano, 409 en el Alvear y 154 en el Tobar García.

- El 72% de las personas adultas internadas entre mayo y octubre de 2024 presentaban internaciones prolongadas (más de seis meses). Se evidenciaron internaciones máximas de hasta 40 años, con un promedio cercano a los 10 años.

- Se observa una clara prevalencia de psiquiatras por sobre otras profesiones. Aun cuando esto puede obedecer a diversas razones, genera un riesgo concreto de que los abordajes sean eminentemente médicos, centrados más en “patologías mentales” que en la perspectiva comunitaria.

- El 75,6% del presupuesto ejecutado en 2024 se destinó a los hospitales psiquiátricos, mientras que el Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS) fue desfinanciado.

Además, se observan en estos establecimientos instalaciones precarias, prácticas de aislamiento, casos de violencia física y psicológica, sujeciones físicas y farmacológicas y muertes que no se investigan debidamente. Los usos indebidos de la medicación psiquiátrica, por su parte, ponen en riesgo a las personas. Utilizadas para el castigo, la coerción y la gestión de conflictos, las prácticas medicalizantes generan efectos adversos y deterioros orgánicos irreversibles que, en ocasiones, llevan a la muerte.

La subsistencia de los hospitales psiquiátricos tiene su correlato en la ausencia de dispositivos que permitan a las personas vivir en la comunidad. La escasez de

estos servicios determina que incluso personas que cuentan con el alta médica, permanezcan en instituciones monovalentes por no tener a dónde ir. En toda la Ciudad, sólo hay 7 Residencias Asistidas de Rehabilitación Psicosocial, con capacidad para 77 personas y 4 grupos familiares, que están permanentemente ocupadas y, por lo tanto, no permiten nuevos ingresos. Esta situación, sumada a la falta de otras políticas efectivas de acompañamiento para la externación (como las de asistencia económica) genera que las personas sigan viviendo y muriendo en el encierro.

Existen determinados grupos que enfrentan formas de violencia específicas y se encuentran en mayor riesgo en este tipo de instituciones.

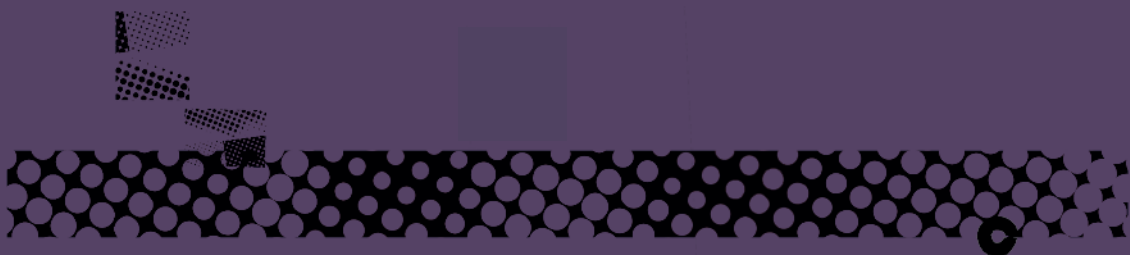
En primer lugar, las mujeres internadas están sujetas a lógicas patriarcales de control sobre sus cuerpos y maternidades que afectan su autonomía y las someten a tratos crueles, inhumanos y degradantes, como la anticoncepción y esterilización forzada y la privación de la responsabilidad parental sobre sus hijos e hijas.

Además, las niñas, niños y adolescentes siguen siendo internados en instituciones monovalentes. De hecho, en 2023 y 2024 se registraron los niveles de internación más altos desde 2012. Organismos públicos de control observaron en estos centros situaciones de riesgo psicofísico y social, traumatismos corporales, amedrentamientos, temores en los niños y niñas, y falta de acompañamiento adulto. Los abordajes centrados en la internación siguen reemplazando, entonces, a las estrategias de fortalecimiento familiar, a las intervenciones domiciliarias-comunitarias y a los dispositivos de cuidado.

Cerrar los manicomios no es solo una obligación legal. Es una deuda ética y social. La discapacidad psicosocial no puede justificar el encierro de los cuerpos ni el doblegamiento de las diversas formas de habitar el mundo. En ningún caso, nunca.



INTRODUCCIÓN



La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (en adelante, “LNSM”), sancionada en 2010, previó la obligación estatal de sustituir definitivamente los manicomios, neuropsiquiátricos y toda institución de internación monovalente, sea pública o privada, con el objetivo de crear un sistema de atención en salud mental de base comunitaria que respete los derechos humanos. Así, esta norma receptó los compromisos internacionales asumidos por nuestro país, en particular los que surgen de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, “CDPD”), y también las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que hace décadas convoca a los Estados a cerrar los hospitales psiquiátricos, por la extendida evidencia de que **el paradigma manicomial deteriora la salud de las personas, daña sus habilidades para la vida autónoma y arrasa con sus proyectos vitales.**

El Decreto 603/2013, reglamentario de la LNSM, estableció el año 2020 como fecha límite para sustituir los referidos establecimientos por dispositivos de atención en el primer nivel, salas en hospitales generales y servicios de apoyo a la vida en comunidad. Sin embargo, **el modelo prevalente en nuestro país continúa basado en el encierro en hospitales psiquiátricos, y a 15 años de la sanción de la ley el imperativo de la desmanicomialización aún está lejos de alcanzarse.**

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires es un ejemplo paradigmático de esta realidad. Tal como lo evidencian los datos oficiales, en esta jurisdicción se interna anualmente a miles de personas por motivos de salud mental en cuatro grandes centros monovalentes públicos y en otros dispositivos privados, desde niños y niñas hasta personas adultas mayores. En estos años, no se registraron avances significativos en garantizar los derechos de las usuarias y usuarios de los servicios de salud mental, y **se mantuvo uno de los mayores circuitos de internación psiquiátrica del país, que cronifica el encierro, tolera el abandono y renuncia al tratamiento digno.**

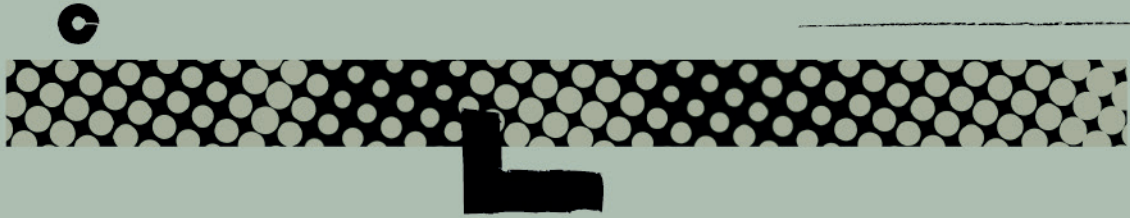
Las condiciones de vida en estos hospitales continúan siendo constitutivas de tratos crueles, inhumanos y degradantes, y una gran cantidad de personas se ven privadas de salir de ellos por no tener una alternativa habitacional adecuada. Además, los procesos de externación requieren diversas intervenciones y articulaciones interdisciplinarias e intersectoriales, que en la Ciudad son excepcionales y dependen de la voluntad de los y las profesionales de los hospitales. Según el Censo Nacional de Personas Internadas¹, solo el 41,72% de las personas internadas en los hospitales públicos de la jurisdicción tenían criterio de internación en los términos de la LNSM (“riesgo cierto e inminente”), por lo que más de la mitad se encontraban en condiciones de salir, pero llevaban meses, años y hasta décadas esperando una vacante en algún dispositivo de tipo residencial para poder vivir en libertad.

En ese contexto, documentar la situación con base en datos y experiencias a fin de contar con insumos para construir soluciones, deviene un imperativo. **Por ello** presentamos este informe, para señalar las principales falencias de

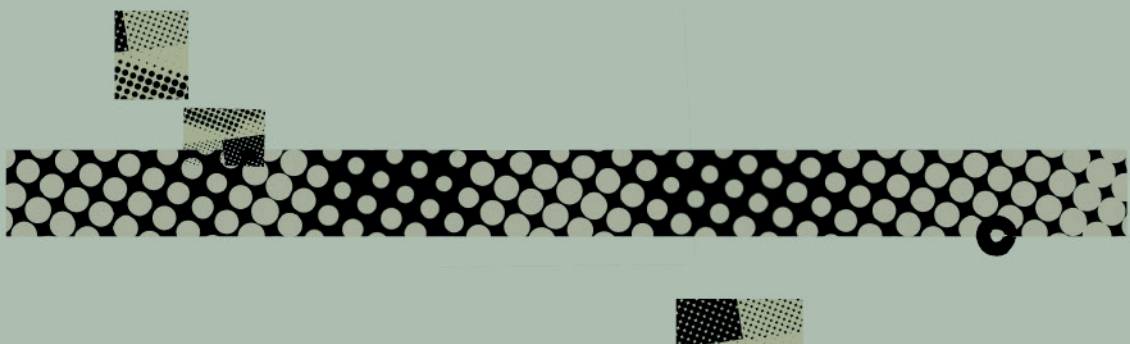
1. Ministerio de Salud de la Nación, *Censo Nacional de Personas Internadas en Instituciones Monovalentes de Salud Mental*, 2019.

un sistema que no dio los pasos necesarios para cambiar la historia de la salud mental y, en consecuencia, alimentó el mismo modelo que debió transformar².

2. Para elaborar el presente documento se realizaron pedidos de acceso a la información pública a los Ministerios de Salud y de Desarrollo Humano y Hábitat del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (las solicitudes y las respuestas están disponibles aquí) y entrevistas a personas usuarias, familiares y trabajadores/as del sistema de salud mental de la jurisdicción. Además, se consultaron publicaciones confeccionadas por diferentes organismos especializados en la temática.



EL MANICOMIO SIGUE FUNCIONANDO





1. PSIQUIÁTRICOS QUE SOBREVIVIERON

A pesar de que la Ley Nacional de Salud Mental dispuso el cierre de los hospitales psiquiátricos y su sustitución por servicios de atención comunitaria, en la Ciudad de Buenos Aires todavía existen 4 instituciones de este tipo: dos para personas adultas (Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José Tiburcio Borda” y Hospital Neuropsiquiátrico “Braulio A. Moyano”), un hospital para emergencias psiquiátricas (Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear”) y uno para niños, niñas y adolescentes (Hospital Infanto Juvenil “Carolina Tobar García”).

Ninguno de ellos se sustituyó como preveía la LNSM, sino que siguieron funcionando sin que se elaboraran planes para su transformación. Y no sólo continúan existiendo, sino que aún tienen grandes cantidades de camas para internar.

Tabla 1: Cantidad de camas por hospital en 2024

HOSPITAL 	CAMAS 
BORDA	539
MOYANO	619
ALVEAR	78
TOBAR GARCÍA	54

Fuente: respuestas a pedidos de acceso a la información presentados por ACIJ al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

2. UN VAIVÉN POBLACIONAL

A diferencia de lo que se observa en otras jurisdicciones del país, en la Ciudad de Buenos Aires los hospitales psiquiátricos sufren un efecto “vaivén”: por épocas la cantidad de personas internadas disminuye —aun sin saber cuál es su destino ni donde se encuentran viviendo, ni en qué contextos o condiciones— y de igual forma, la población aumenta en forma repentina sin que se conozcan las causas de ese incremento. A continuación, se detallan los datos provistos por el Gobierno de la Ciudad hasta diciembre de 2024.

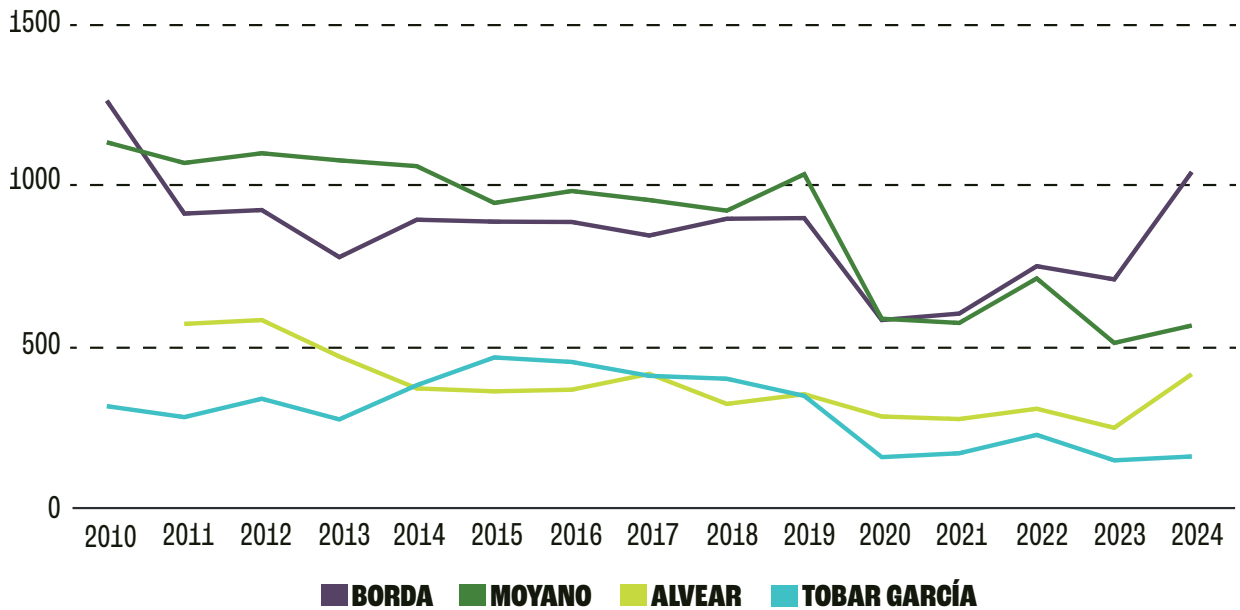
Tabla 2: Ingresos y egresos de los hospitales psiquiátricos públicos por año (2010-2024)

AÑO	BORDA		MOYANO		ALVEAR		TOBAR GARCÍA	
	INGRESOS	EGRESOS	INGRESOS	EGRESOS	INGRESOS	EGRESOS	INGRESOS	EGRESOS
2010	1.257	1.297	1.128	1.144	NO HAY REGISTRO	491	310	321
2011	907	997	1.064	1.128	565	522	276	280
2012	918	995	1.094	1.115	577	506	333	357
2013	772	819	1.072	1.114	464	453	269	267
2014	888	886	1.054	1.088	365	436	375	377
2015	882	887	940	1.011	356	364	461	434
2016	881	914	977	1.034	361	304	447	472
2017	839	856	949	990	410	406	404	402
2018	891	899	916	948	317	316	395	390
2019	893	928	1.029	1.022	347	353	342	335
2020	577	676	581	613	278	291	152	198
2021	597	601	568	585	270	270	164	155
2022	744	707	706	706	302	305	221	220
2023	703	691	506	723	243	229	142	160
2024	1.036	1.041	560	766	409	403	154	148

Fuente: respuestas a pedidos de acceso a la información presentados por ACIJ al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En los cuatro hospitales se puede observar disparidad en lo relativo a las internaciones. Los datos del Hospital Borda reflejan que se mantienen relativamente constantes entre 2011 y 2019, que se reducen significativamente en 2020 (posiblemente producto de la pandemia de COVID-19) y a partir de allí se registran números más elevados, que alcanzan un pico histórico en 2024, sólo superado en 2010. En el Hospital Moyano se mantuvieron relativamente constantes hasta 2019, observándose un descenso pronunciado en 2020 y luego una evolución irregular, que combina incrementos y reducciones. Así, en 2022 crecieron nuevamente, pero en 2023 y 2024 volvieron a oscilar entre las 500 y 600 personas ingresadas. El Hospital Alvear, si bien muestra registros más parejos, también tiene una tendencia a la baja, pero alcanza uno de sus picos más altos en 2024. En el Hospital Tobar García se observa una tendencia a la baja desde 2015. Cabe destacar que **en 2024, la cantidad de internaciones crece en los 4 hospitales respecto del año anterior.**

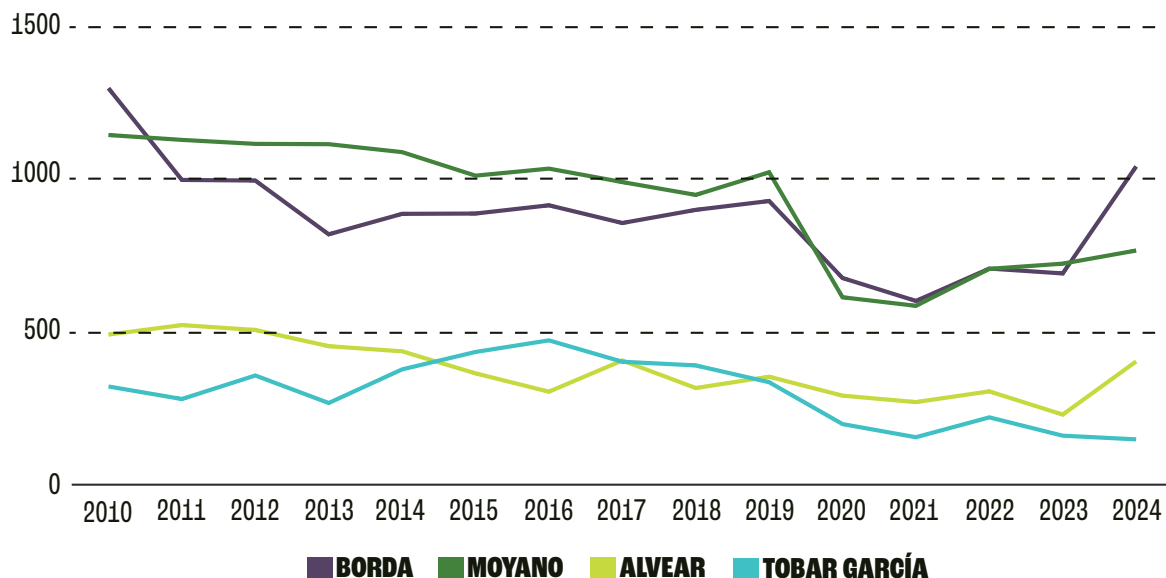
INGRESOS A LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS POR AÑO (2010-2024)



Fuente: respuestas a pedidos de acceso a la información presentados por ACIJ al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Por otra parte, al cruzar estos datos con los de egresos en el mismo período, se observa que los comportamientos de ambas variables son muy similares en todas las instituciones, con excepción de los años 2023 y 2024 en el hospital Moyano, donde los egresos superan con mayor margen a los ingresos. Este cruce da cuenta de que **los hospitales tienden a tener plena ocupación**, dado que cuando se liberan plazas por la externación, derivación o fallecimiento de quienes las ocupaban, estas se reemplazan con nuevos ingresos, por lo que al final del período estos números tienden a coincidir. Con ello, se evidencia la **persistencia del sistema asilar y hospitalocéntrico**, dado que a medida que se producen los egresos esas camas no son retiradas y reemplazadas por otro tipo de dispositivos, sino que se ocupan nuevamente.

EGRESOS DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS POR AÑO (2010-2024)



Fuente: respuestas a pedidos de acceso a la información presentados por ACIJ al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Los datos que se registran a más de una década de la sanción de la ley y con el plazo para el cierre de las instituciones por demás vencido ponen de manifiesto que **no existe una política sostenida orientada a construir un modelo de atención basado en la comunidad**. Si así fuera, el número de internaciones en hospitales psiquiátricos debería reducirse progresivamente, conforme a la obligación legal de cernar dichos espacios, pero **los datos ilustran más bien un *statu quo*, la subsistencia de un modelo vetusto de atención en salud mental. Lo cierto es que aún se interna, año tras año, a las personas en establecimientos que no deberían existir más.**

Por otro lado, si hasta hace unos años atribuíamos las internaciones a un mandato de orden social y político sostenido en el estigma social sobre la “locura” y la presunción de “peligrosidad” de la persona con sufrimiento mental³, en la actualidad este mandato convive con las formas de exclusión social y con la patologización de la pobreza. En efecto, hay personas internadas por situaciones de vulnerabilidad habitacional, falta de trabajo y esquemas de protección social deficitarios.

3. Al respecto, ver: Galende, Alberto, *Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires, Paidós, 2015.

SALUD MENTAL Y SITUACIÓN DE CALLE

El 7 de febrero de 2024, mediante la Resolución Conjunta N° 1/SECSEG/24, aprobada por áreas vinculadas a salud, desarrollo social y seguridad del Gobierno de la Ciudad, se aprobó el “Protocolo de atención a personas en situación de vulnerabilidad habitacional con padecimientos de salud mental y/o consumo problemático”. La norma regula la intervención de diferentes sectores gubernamentales en relación con las personas en situación de calle y establece la posibilidad de trasladarlas para ser evaluadas en instituciones médicas.

Sin embargo, no precisa con claridad los criterios para activar el procedimiento ni la manera en la que se garantiza el otorgamiento del consentimiento informado. Asimismo, ante la escasez de camas para internación por motivos de salud mental en hospitales generales, el protocolo habilita a internar personas en hospitales monovalentes, lo que no solo desconoce la Ley Nacional de Salud Mental, sino que podría contribuir a la internación crónica de personas por situaciones de déficit habitacional, dado que la falta de vivienda es una de las situaciones que hace que las personas no puedan salir de estos espacios una vez que ingresaron.

Cabe señalar que la problemática de las personas en situación de calle se está agravando en la Ciudad de Buenos Aires. El Relevamiento Nacional de Personas en Situación de Calle de diciembre de 2023 reveló que hay más de 8.000 personas en situación de calle en la ciudad. El 27,8% de las personas confirmó que su salud mental se vio afectada por la situación de calle y el 51% dijo tener consumos de sustancias⁴.

Estos datos evidencian que un gran porcentaje de la población en situación de calle atraviesa situaciones vinculadas a la salud mental, lo que en muchos casos se explica por sus condiciones de vida, y resaltan la necesidad de una atención integral, que incluya políticas enfocadas en el acceso a la vivienda, a la educación, al trabajo y a la salud.

4. Red de Personas en Situación de Calle y Asambleas de la Ciudad de Buenos Aires, Relevamiento Nacional de Personas en Situación de Calle (ReNaCALLE), Buenos Aires, 2023.

3. LA PROMESA DE LA INTERDISCIPLINA


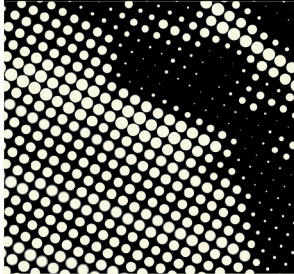
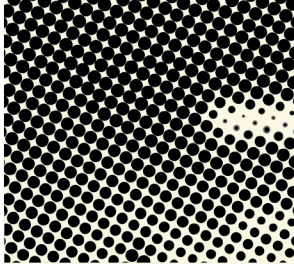
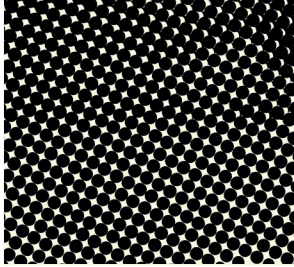
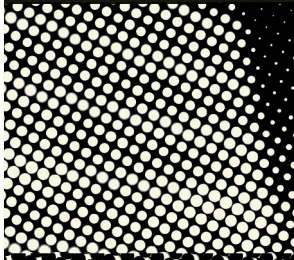
El proceso de transformación del sistema de atención en salud mental requiere de equipos interdisciplinarios que acompañen las trayectorias de las personas usuarias y que contribuyan en el armado de un proyecto de vida independiente en la comunidad. La construcción de un proceso de estas características, aún más en personas que permanecieron internadas 10, 20 o 30 años, precisa una minuciosa arqueología que contribuya a identificar redes sociales y familiares de apoyo y lugares de referencia territorial, y a fortalecer la autonomía para uso del dinero y todo aspecto que permita el rearmado de un proyecto vital. Debe tenerse presente que muchas de estas personas, además, han perdido sus bienes materiales: **el manicomio no solo las despoja de vínculos personales, sino también de activos que podrían favorecer su independencia.**

Al analizar la conformación de los equipos de profesionales que brindan atención a las personas que se encuentran internadas o que reciben tratamiento en forma ambulatoria en los cuatro hospitales psiquiátricos de la Ciudad, observamos que en total **hay 387 psiquiatras, 265 psicólogos/as, 93 trabajadores/as sociales y 80 terapeutas ocupacionales.** Si bien en estas instituciones también hay profesionales de otras pocas especialidades, tomamos estas cuatro porque el número de las restantes es muy inferior a ellas y por considerar que son las centrales para evaluar los niveles de interdisciplina presentes en los hospitales. Aunque la LNSM menciona también a la enfermería como parte integrante de los equipos interdisciplinarios, esta profesión no se incluye en el análisis por cuanto su impacto en la decisión sobre el tipo de tratamiento que reciben las personas es más difuso que en el resto.

Salvo en el caso del Hospital Tobar García (que cuenta con una preeminencia de psicólogos), en el resto de los centros **el número de psiquiatras supera al de las tres profesiones restantes, incluso cuando se las suma a todas.** Aun cuando esto puede obedecer a diversas razones, genera un **riesgo concreto de que los abordajes sean eminentemente médicos,** centrados más en “patologías mentales” que en la perspectiva social, absolutamente necesaria para definir y apuntalar los procesos de externación y vida en la comunidad.

Finalmente, si comparamos la relación entre la cantidad de profesionales por institución y la cantidad de camas disponibles en cada una de ellas, se observa una desigualdad entre los establecimientos. **Mientras que en el Hospital Tobar García hay 2,89 profesionales por cada cama disponible y en el hospital Alvear hay 2,09, en el hospital Moyano el número de profesionales por cama es de 0,43 y en el Borda de 0,45.**

Tabla 3: Tipo de profesionales en hospitales monovalentes públicos en 2024

HOSPITAL 	TIPO DE PROFESIONAL	CANTIDAD
BORDA 	PSIQUIATRAS	132
	PSICÓLOGOS/AS	70
	TRABAJADORES/AS SOCIALES	21
	TERAPISTAS OCUPACIONALES	19
	TOTAL	242
MOYANO 	PSIQUIATRAS	142
	PSICÓLOGOS/AS	71
	TRABAJADORES/AS SOCIALES	29
	TERAPISTAS OCUPACIONALES	22
	TOTAL	264
ALVEAR 	PSIQUIATRAS	82
	PSICÓLOGOS/AS	51
	TRABAJADORES/AS SOCIALES	20
	TERAPISTAS OCUPACIONALES	10
	TOTAL	163
TOBAR GARCÍA 	PSIQUIATRAS	31
	PSICÓLOGOS/AS	73
	TRABAJADORES/AS SOCIALES	23
	TERAPISTAS OCUPACIONALES	29
	TOTAL	156

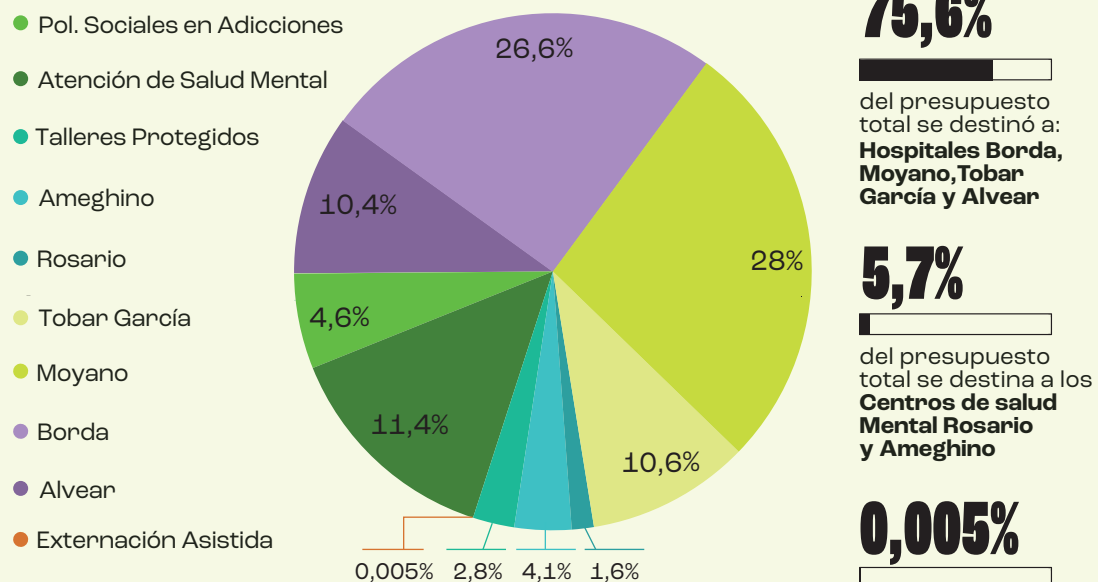
Fuente: respuestas a pedidos de acceso a la información presentados por ACIJ al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

UN PRESUPUESTO CENTRADO EN LOS MANICOMIOS

La distribución del presupuesto de la Ciudad de Buenos Aires ejecutado en 2024 en materia de salud mental es un reflejo más de la subsistencia del modelo asilar. En efecto, evidencia la concentración de recursos en los 4 hospitales monovalentes y la insuficiente inversión en políticas y dispositivos comunitarios, de apoyo y de inclusión social.

En el presupuesto existen varios programas y actividades con partidas específicas destinadas a salud mental que pueden analizarse y compararse. Ellos son el programa “Atención de Salud Mental” del Ministerio de Salud (se distribuye en diversos subprogramas: el Hospital Alvear, el Hospital Borda, el Hospital Moyano, el Hospital Tobar García, el Centro de Salud Mental “Ameghino”, el Centro de Salud Mental “Hugo Rosario”, los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica y un remanente para “Atención De Salud Mental”, que contiene presupuesto para actividades como conducción y administración, programas residenciales y reinserción social) y los programas “Externación Asistida” y “Políticas Sociales en Adicciones” del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. Es posible que haya gasto en salud mental por fuera de ellos, pero al no hacerse explícito que tiene esa finalidad, este no puede identificarse.

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO EJECUTADO 2024



Fuente: elaboración propia en base al Informe sobre ejecución presupuestaria, producción física y stock de deuda - Ejercicio 2024, correspondiente al cuarto trimestre de 2024.

La concentración de recursos en el sostenimiento de las instituciones monovalentes en detrimento de otros programas que favorecen la salud mental comunitaria, como los centros de salud mental y el Programa “Externación Asistida”, muestra la continuidad de un modelo que daña la salud, somete a las personas a tratos crueles, inhumanos y degradantes y les impide elegir y concretar sus proyectos de vida. Esta situación no es una excepción de 2024: se reitera año tras año.





EL MANICOMIO NO ES UN LUGAR PARA VIVIR



En los últimos 15 años, diferentes publicaciones, denuncias e investigaciones permitieron desbloquear la realidad de los hospitales psiquiátricos y conocer la situación de las personas alojadas en ellos, definida por el abandono generalizado, los malos tratos, la ausencia de tratamientos y la prevalencia de abordajes iatrogénicos. Caído el velo, se pudo conocer en carne viva la crueldad hacia las personas que residen ellos. **La sanción de la LNSM consolidó un orden jurídico, político, social y moral que buscó poner fin a la impunidad y al trato inhumano.**



Sin embargo, las lógicas de la manicomialización no se extinguieron sino que subsisten, en ocasiones en un modo silencioso y menos explícito. **La manicomialización es la operatoria, la función, la regla de juego por la que tomamos nota de que el hospital psiquiátrico, como dispositivo de anulación subjetiva, continúa siendo altamente efectivo.** Según entrevistas realizadas para este informe, las personas internadas no se quejan: luego de mucho tiempo de aplanamiento no denuncian la falta de elementos de higiene, de espacios de intimidad, de libertad para entrar o salir de las salas, el encierro físico, la falta de revisión de los esquemas de medicación, la ausencia de tratamientos complementarios con el suministro de fármacos, la inexistencia de procesos de fortalecimiento de la autonomía. Quienes están internados, “quedan a merced del control, del juicio y de los proyectos de los otros, sin que el interesado pueda intervenir para modificar la marcha y el sentido de la institución”⁵.

Mariano está internado hace 7 meses en el Borda y ante la pregunta sobre si quisiera in-se, responde:

 **Más o menos. No y a la vez sí. Porque me hice amigos, conocidos y no me quiero ir. Pero después pienso, y también tengo que seguir mi vida. Me siento incómodo acá porque me viene todo de arriba, la comida y todo eso, tengo un techo. Y no me gusta vivir así, de los demás. Yo quisiera salir y no sé, agarrar algún emprendimiento, vender cosas en la calle** 

(Mariano, usuario del Borda)

Algunas de las personas internadas suelen decir que están bien en el encierro, pero una vez externadas, reconocen que no se podía vivir en el manicomio, que salieron peor que como entraron, que perdieron familia y amigos, que no tienen contactos para buscar trabajo, y que cuando las personas atraviesan un problema de salud mental, deberían poder resolverlo en la comunidad y no en el aislamiento.

 **La verdad, yo no le deseo a nadie que esté internado. Las internaciones yo considero que ni siquiera son bien manejadas, ni de última instancia. Porque el ser humano no puede depender de un lugar de asilo para establecer la estabilidad y la armonía, para convivir en sociedad** 

(Carlos, ex usuario del Borda)

5. Basaglia, Franco, *La Institución Negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, Buenos Aires, Ediciones Corregidor, 1970, p. 305.

El Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (en adelante, “ORN”) señala que la ausencia de proyectos de vida por fuera de la institución deriva en una realidad donde muchas personas, desinformadas y desprovistas de habilidades para desenvolverse fuera del hospital, rechazan el egreso, y que esta situación expone una deuda estructural con los principios de autonomía, consentimiento informado y derecho a vivir de forma independiente y en la comunidad⁶.

En paralelo, **quienes están en condiciones de salir deben permanecer internados por no tener dónde vivir**, tal como se desarrollará más adelante. Los equipos que las tratan las impulsan a “buscar un lugar para irse” y ellas mismas manifiestan sus deseos de continuar viviendo en la comunidad, pero con frecuencia la alternativa es quedar en situación de calle. **La respuesta estatal a las crisis en salud mental, lejos de procurar alivio, pone a las personas en un callejón sin salida: sobrevivir en el manicomio o intentarlo fuera de él.**



Hace como 5 meses que estaría para irme, me están echando diciéndome que no soy una paciente con criterio de internación, pero no tengo lugar donde ir



(Laura, usuaria del Moyano)

En similar sentido, Néstor reflexiona sobre este punto:



Si no estaba acá, moría. Vine acá a pedir ayuda. Porque en ese momento evalué que era lo mejor y terminó siendo una única alternativa de vida. Porque era eso o morir afuera (...) Prefiero estar en un psiquiátrico a estar expuesto a la situación de la calle. Mínimo vine 30 veces a pedir que me internen otra vez para no estar en la calle. Y me dijeron que no, que estaba bien y yo en verdad no estaba bien



(Néstor, usuario del Borda)

Quienes defienden el modelo del hospital monovalente en salud mental suelen argüir que muchas personas eligen quedarse allí. No obstante, como evidencian estos testimonios, estas decisiones no son libres. Son más bien el reflejo de una opción única. Sin alternativas adecuadas, no hay libertad. Y un modelo que enferma más de lo que cura, nunca puede ser una respuesta.

A continuación, se profundiza en las formas de “vida” en el hospital psiquiátrico, incluyendo las condiciones de internación, el uso de la medicación psiquiátrica y la situación de las mujeres.

6. Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2024, 2024, p. 289.

1. LAS CONDICIONES DE INTERNACIÓN

Las condiciones en las que se encuentran las personas internadas en hospitales psiquiátricos distan de ser las que se requieren para una vida digna. Así, existen en estos establecimientos **situaciones de aislamiento y encierro, casos de violencia física y psicológica, sujeciones físicas y farmacológicas y muertes que no se investigan debidamente**. Además, **las condiciones edilicias y habitacionales** de estos lugares son **notablemente precarias** y no garantizan condiciones mínimas de bienestar ni aseguran la intimidad de las personas alojadas allí.

Durante la pandemia, el abandono se recrudeció e incrementó el riesgo para las personas que residían en estos centros. En 2021, en el marco de un amparo colectivo presentado ante la Justicia de la Ciudad de Buenos Aires⁷, se presentó una pericia⁸ de expertos que trabajaron sobre la integridad psicofísica de las personas internadas durante la pandemia. El trabajo ponía especial atención en las condiciones de internación.

Recuperando algunos de sus hallazgos, en el Hospital Borda solo se vio dispensar de jabón y alcohol en las oficinas de profesionales. En los baños y servicios no había alcohol, jabón ni toallas de papel. En uno de los servicios refinieron que no ponían estos elementos porque se los tomaban.

En el Hospital Moyano se observaron perros sueltos sin collar, además de gatos, palomas y loros. Señalaron que cada tanto el equipo de zoonosis iba para castrar a los perros.

Respecto del baño para las personas internadas en el Hospital Alvear no se encontró jabón líquido ni toallas, y la higiene ambiental era deficiente. Se identificaron condiciones de encierro y aislamiento en el servicio de guardia del hospital, con salas que permanecían cerradas con cerrojos externos y falta de acompañamiento. Además, informaron que el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires tenía un protocolo de indicación de sujeción mecánica para algunos casos.

Finalmente, sobre el Tobar García se identificó que los baños no tenían puertas, lo que según se había informado era por seguridad. También que los accesos a los dormitorios estaban cerrados con rejas. Al consultar al respecto se había afirmado que era así “para tenerlos a la vista y controlados”⁹.

7. Se trata del caso “CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS) CONTRA EL GCBA SOBRE AMPARO SALUD -OTRO” (Expediente N° 3187/2020-0) iniciado en el año 2020 ante la Justicia en lo Contencioso Administrativo, Tributario y de Relaciones de Consumo de la Ciudad de Buenos Aires.



8. Pericia realizada en fecha 12 de diciembre del 2021, incorporada al expediente mediante actuación n° 2948340/2021.

9. *Ibíd.*, p. 19

Por otro lado, la pericia constató la presencia de personas que habían sido trasladadas desde los hospitales generales hacia los hospitales psiquiátricos, en su mayoría con problemas vinculados a la ausencia de políticas sociales. Así, se afirma allí lo siguiente:

En lugar de implementarse externaciones desde el hospital monovalente hacia los hospitales generales o hacia el medio comunitario tal como prevé la ley, se implementó el está camino inverso, profundizando la continuidad de las internaciones por causas sociales, económicas y habitacionales. (...) La prolongación de la internación en los hospitales monovalentes por los motivos señalados afecta el bienestar y los derechos de las personas. (...) En primer término porque se ven expuestas a la posibilidad de nuevos daños a su salud derivados de la propia hospitalización (...) pero además porque se ven impedidas de acceder a un espacio adecuado para vivir, debiendo someter sus necesidades y expectativas a las normas y procedimientos de una institución que difícilmente logra contemplar la complejidad de tales situaciones. Ninguna de estas personas había firmado un consentimiento informado sobre el traslado¹⁰.

Las personas entrevistadas para este informe también refirieron que cuando perciben pensiones por discapacidad deben comprar con su propio dinero los productos de higiene personal.

 **Hay sequía de papel higiénico. Toallas y cosas de perfumería yo tengo las mías, porque cuando tenés pensión no te dan nada** 
(Laura, usuaria del Moyano)

Sobre la comida recibida, algunas personas señalaron que es de mala calidad; que en general son hidratos de carbono, que tiene mal sabor y poca variedad:

 **La comida lamentablemente es espantosa, es muy fea. Es un sacrificio comer acá, es puro carbohidratos** 
(Laura, usuaria del Moyano)

En relación con los equipos de profesionales, la pericia constató la escasez de personal en el Hospital Moyano. En dicha institución se informó que al menos 5 equipos no tenían profesional del trabajo social, que los equipos no estaban en todos los días y horarios sino que solo quedaban guardias, y que faltaba personal de diferentes disciplinas y de acompañantes¹¹. En relación con el Hospital Borda, el instrumento mostró que que en la guardia había entre 7 y 9 médicos/as, 1 psicólogo/a y 1 trabajador/a social, que no estaban en todas las guardias ni admisiones porque “no era necesario en todos los ingresos”¹².

10. *Ibíd.*, p. 29

11. *Ibíd.*, p. 11.

12. *Ibíd.*, p. 12.

INCENDIO EN EL MOYANO: EL COSTO DE LA DESIDIA ESTATAL

El 14 de mayo de 2024 se produjo un incendio en los servicios Griessinger y Santa María del Hospital Moyano. Si bien no se registraron víctimas ni personas heridas, se constató la precariedad estructural del edificio, las deficiencias en los sistemas de calefacción y agua caliente y un número claramente insuficiente de personal de enfermería en ambos pabellones.

A modo de ejemplo, el ORN señaló que en el servicio Santa María a la hora del hecho había 1 enfermero para 31 personas, y que un segundo enfermero que debía concurrir se encontraba de licencia; mientras que en el servicio Griessinger se encontraban internadas 37 personas y solamente había 2 enfermeras. Esta situación resulta preocupante, toda vez que ambos servicios contaban con personas con movilidad limitada y/o “postradas” y otras que eran usuarias de silla de ruedas¹³.



Estas falencias estructurales habían sido señaladas en reiteradas oportunidades por el ORN a las autoridades del Ministerio de Salud de la Ciudad, sin que se adoptaran medidas efectivas al respecto.

13. Ministerio Público de la Defensa, *op. cit.*, p. 299.



En los manicomios, las personas internadas también están expuestas a abusos físicos y sexuales, algo que ha sido denunciado en múltiples ocasiones. Se ha dicho con acierto que

La existencia de abusos físicos y sexuales contra las personas institucionalizadas en instituciones neuropsiquiátricas estatales es innegable, y constituye una violación de la Convención Americana y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, normas que establecen que ninguna persona deberá ser sometida a torturas ni a un trato ni a castigos crueles, inhumanos o degradantes. El Estado argentino carece de mecanismos efectivos para proteger a las personas internadas, bajo su custodia, de estos abusos, y esta carencia implica que no cumple con su obligación de prevenir las violaciones de derechos humanos, ni con su obligación de investigar y sancionar a los responsables¹⁴.



Estos tratos crueles y repetidos muchas veces no son denunciados por miedo a represalias:

 ***Un enfermero entró al cuarto cuando estaban en la merienda, me quiso manosear y meterme los dedos. Yo estaba dopado por el Decanoato que me habían inyectado dos días atrás*** 
(Felipe, usuario del Borda)

Ante la pregunta sobre si pudo denunciar esa situación de abuso, agregó:

 ***No porque si llego a hacer eso me informan en el libro de historia y me dan más inyecciones todavía*** 
(Felipe, usuario del Borda)

En palabras de Laura,

 ***Según el día, es como te tratan: '¡Andá para allá!, ¡No me molestes! Estoy ocupada, ¿no podés esperar?'. Te hacen sentir mal, acá todo te hace sentir mal*** 
(Laura, usuaria del Moyano)

Por último, cabe detenerse en otra problemática presente en estas instituciones: la presencia de personal policial tanto en los ingresos como en las salas de internación. Esta situación se agudizó durante 2023 y generó una recomendación del Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental sobre el uso inadecuado de consignas policiales durante las internaciones tanto civiles como del ámbito penal¹⁵. Estas medidas deberían ser excepcionales y contar con autorización judicial, ya que no colaboran con la recuperación de las personas sino que, por el contrario, en muchas ocasiones escalan situaciones de violencia evitables y obstaculizan tratamientos. El personal policial en ningún caso puede ni debe suplir el recurso sanitario ni estar presente durante las entrevistas entre profesionales y personas internadas.

14. Mental Disability Rights International (MDRI) y Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), *Vidas Arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*, Washington, 2008, p. 54.

15. Ministerio Público de la Defensa - Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental, Resolución S.E. N° 06/2023, 2023.

De la misma manera, la Unidad de Letrados, en su informe anual de 2023¹⁶, indicó que se había producido un incremento de las consignas policiales en instituciones de salud mental, cumplidas en su gran mayoría por la Policía de la Ciudad y habitualmente requeridas por los propios hospitales mediante fórmulas genéricas sin describir motivos concretos ni explicitar el plazo de duración de la consigna ni de revisión de la medida.

El organismo señala perjuicios adicionales a los mencionados, como los riesgos por el uso de armas reglamentarias, la utilización de esposas, la toma de decisiones que no responden ni respetan a las indicaciones terapéuticas y los vínculos inadecuados con la persona internada. Según afirma, la presencia policial agrava las condiciones de internación y restricción, reforzando el concepto de “peligrosidad” de quienes residen allí.

MORIR EN EL ENCIERRO: JORGE Y KENNY

En mayo de 2020, a pocos meses de declarado el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por la pandemia de COVID-19, Jorge Marcheggiano, internado en el servicio 15 del Borda, fue atacado por cinco perros mientras caminaba por el parque del hospital, y horas después murió como consecuencia del ataque. Las jaurías de perros ya habían sido denunciadas, pero el Gobierno de la Ciudad había negado la existencia de perros en el predio¹⁷. La muerte de Jorge fue evitable, y representa la triste fotografía de la institución manicomial, lugar de abandono estatal.

En diciembre de 2021, una persona usuaria internada en el Hospital Borda falleció en una pelea con otra. No hubo personal de la institución para intervenir y prestar asistencia. Según los informes previos realizados por su equipo tratante y por el ORN en ocasión de ser consultado para la elaboración de este informe, Kenny era una persona sorda que alegaba haber sido internado producto de su discapacidad. Además, los reportes indican que se encontraba en condición de alta y entusiasmado con la posibilidad de salir del hospital. A pesar de que oportunamente se solicitó una vacante en algún dispositivo residencial a la Dirección General de Salud Mental de la Ciudad, no hubo respuesta del organismo y continuó internado hasta que murió allí.

16. Ministerio Público de la Defensa, Informe Anual 2023, 2023, p. 96.

17. Para más información, ver: <https://www.cels.org.ar/web/2020/05/hospital-borda-cuando-la-vida-no-vale-nada/>.

2. EL ETERNO PROBLEMA DE LA MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA

El uso de la medicación psiquiátrica en las personas internadas o que permanecieron en el manicomio durante largos períodos de tiempo presenta límites poco claros, pudiendo convertirse en un **elemento de castigo y de gestión de conflictos**. En los hospitales psiquiátricos se observan diferentes modalidades de prácticas medicalizantes, no excluyentes entre sí: el recurso a dosis superiores a las indicadas para determinados medicamentos; la indicación simultánea de distintos psicofármacos cuyos efectos conjuntos son desproporcionados; la utilización de versiones de medicamentos obsoletas y con efectos secundarios más fuertes; y el uso de medicación de depósito (que se libera progresivamente en el cuerpo durante un período de tiempo) como modo de saltar la rutina de la toma cotidiana del medicamento.

La restricción química puede causar dolor a través de la inyección de medicación y generar múltiples efectos adversos: espasmos musculares, rigidez, movimientos involuntarios, temblores, alteraciones cardíacas, baja presión, alucinaciones, deterioro cognitivo o apatía¹⁸. Estos daños se suman a otras consecuencias subjetivas como la dependencia, la somnolencia permanente y la pérdida de autonomía. **La sobremedicación ha mostrado, además, su relación con deterioros orgánicos irreversibles que, en ocasiones, llevan a la muerte.**

Pese a ello, la práctica no fue desterrada y se explica, entre otras causas, por lo que Gøtzsche denomina “medicalización en espiral”:

Quando un médico o psiquiatra receta un fármaco, a menudo acaba recetando otros hasta crear una especie de espiral. Por ejemplo, los antipsicóticos pueden hacer que el paciente se sienta letárgico y deprimido, por lo que también se le recetarán antidepresivos; y si ha empezado tomando antidepresivos puede desarrollar síntomas de manía, lo que hará que su médico también le recete antipsicóticos¹⁹.

Al respecto, Faraone y Bianchi reconocen que en el contexto de la institución psiquiátrica la práctica de la medicación designa

“...una predisposición hacia la asistencia que, en el marco de la medicalización de la sociedad se constituye como una acción terapéutica que reduce la opera

18. Organización Mundial de la Salud, Strategies to end seclusion and restraint. *WHO QualityRights Specialized training - Course guide*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019, ISBN 978-92-4-151675-4, p. 15. La traducción es propia.

19. Gøtzsche, Peter, *Psicofármacos que matan y denegación organizada*, Copenhague, Institute for Scientific Freedom, 2022, p. 41.

toria al síntoma y que se direcciona preferencialmente hacia un abordaje uniterapéutico y mediado por la utilización del fármaco”²⁰.

Felipe, quien está hace 5 meses internado en el Borda señala sobre la medicación:

Me están dando de más. Me están diciendo que me la están bajando, pero me están subiendo otra que me está haciendo peor. Porque no sé qué le pasa a mi organismo, como que rechaza esa medicación. (...) Cuando esto me pasó de más chico casi me agarra un infarto. Es por eso que estoy preocupado por mi salud. Y los doctores no me quieren escuchar

(Felipe, usuario del Borda)

Las experiencias de usuarios como Felipe se inscriben en un patrón más amplio de coerción institucional, donde los fármacos no solo se utilizan con fines terapéuticos sino también como mecanismos de control. Sobre esta cuestión, Laura afirma que

En este hospital no curan a nadie, (...) te dan medicación para que te quedes tirada y no molestes, estamos muy mal medicadas

(Laura, usuaria del Moyano)

En el mismo sentido, el ex Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud advirtió que los sistemas de salud mental en todo el mundo “están dominados por un modelo biomédico reduccionista que utiliza la medicalización para justificar la coerción como práctica sistémica y califica como ‘trastornos’ que necesitan tratamiento las diversas respuestas humanas a los determinantes subyacentes y sociales perjudiciales (como las desigualdades, la discriminación y la violencia)”²¹.

Diversas organizaciones de derechos humanos han denunciado la persistencia de este problema en nuestro país. En una audiencia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en 2019, nueve organizaciones sostuvieron que “el manicomio degrada, cosifica, humilla y desvaloriza a las personas mediante el control de todos los actos de su vida cotidiana” y que en ellos “el encierro, las celdas de aislamiento, la sujeción mecánica y principalmente los psicofármacos, son los mecanismos de control”²². Estas denuncias condujeron al reconocimiento, por parte del Estado argentino, de las violaciones de derechos humanos ocurridas en hospitales

20. Bianchi, Eugenia, “Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad”, Revista Psicología, conocimiento y sociedad, Facultad de Psicología de la Universidad de la República, 2018, ISSN: 1688-7026, p. 75.

21. Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/HRC/44/48, 2020, párr. 9.

22. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Audiencia temática “Denuncias de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes en hospitales psiquiátricos en Argentina”, 14 de febrero de 2019, disponible en: <https://www.oea.org/es/cidh/sesiones/audiencia.asp?Hearing=3295>.

psiquiátricos y a un compromiso formal de avanzar hacia su cierre progresivo²³, lo que aún no ha ocurrido.

Por su parte, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas expresó que *“la institucionalización expone a las personas a intervenciones médicas forzadas con medicamentos psicotrópicos, como sedantes, estabilizadores del estado de ánimo, tratamientos electroconvulsivos y terapias de conversión, (...) y a la administración de fármacos y a otras intervenciones sin su consentimiento libre, previo e informado”*²⁴. En 2023, el organismo alertó sobre los tratamientos involuntarios a los que se somete a las personas internadas en Argentina, entre ellos la medicación forzada y la terapia electroconvulsiva, recordando que estas prácticas vulneran la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes²⁵.

El problema de la medicación psiquiátrica es indudablemente uno de los que evidencian con más claridad la necesidad de avanzar hacia modelos de atención comunitaria, libres de coerción y centrados en el consentimiento informado.

23. Ver más en: <https://acij.org.ar/estado-argentino-reconoce-violaciones-de-ddhh-en-hospitales-psiquiatricos-y-se-compromete-a-garantizar-su-cierre/>.

24. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia, CRPD/C/5, 2022, párr. 6.

25. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Argentina, CRPD/C/ARG/CO/2-3, 2023, párr. 31.

3. MUJERES PSIQUIATRIZADAS

A lo largo de la historia y hasta la actualidad, **las mujeres internadas han sido ubicadas en categorías marginales que adquieren formas diversas. “Loca”, “promiscua”, “prostituta”, “adicta”, “mala madre”, son algunas de ellas. Y, en forma complementaria, se han creado institutos jurídicos que determinan el encierro de sus cuerpos, con prácticas de anticoncepción y esterilización forzada o la determinación de adopciones sobre sus hijos e hijas.** Sin embargo, en las evaluaciones para determinar una internación es frecuente identificar que, para las mujeres, la entrevista recorra aspectos vinculados a los roles de cuidado sobre otros/as: hijos/as, adultos/as mayores u otros miembros de la familia.

El impacto del proceso de manicomialización en sus vidas está íntimamente relacionado con una mirada heterocispatriarcal, encarnada en los discursos, prácticas, lógicas e intervenciones de familias, funcionarios/as judiciales, profesionales de la salud y en el resto de la sociedad, que generó normas y expectativas sobre sus modos de vida, su sexualidad, sus cuerpos y sus maternidades. Históricamente han recibido anticonceptivos sin su consentimiento bajo el pretexto del cuidado, y son depositarias de un conglomerado de supuestos en el que convive la presunción de ser poco autónomas, de correr más riesgos que los varones, de requerir mayor protección y ayuda, y de no contar con habilidades para la realización de oficios, entre otros²⁶.

La decisión de internarlas plantea tensiones en las que las familias participan: consideran que debe procederse a ello porque abandonó las labores de cuidado, pero que debe retornar pronto al hogar para volver a cuidar. **La red de cuidado es sostenida centralmente por las mujeres, pero a su vez, de ellas se exige que ese rol sea realizado de acuerdo a ciertos estándares esperables de madre “ejemplar” y “abnegada”. Los corrimientos respecto de este mandato son valorados no como diversidades, sino como formas de patologización, constituyendo una fuente de malestar y sufrimiento psíquico que, en algunos casos, determina la propia existencia.**

Marcela Lagarde y de los Ríos dirá que la razón se sitúa en la interpelación al poder de género. Ofrece algunos supuestos en los que siempre la mujer ha fallado respecto de las normas impuestas por dicho poder: la definición de las mujeres como seres sociales en torno a la renuncia; una racionalidad diferente frente a la norma que somete a las mujeres al poder que las mutila; y las dificultades para cumplir con las expectativas del género (ser buena madre, buena mujer, hacer un buen matrimonio, tener una familia feliz). En cualquier caso, supone la construcción de las “locas” como mujeres que fallaron, como mujeres que erraron, ya sea

26. Al respecto, ver: Sabin Paz, Macarena, *Los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos y el derecho a la maternidad de las mujeres internadas en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn desde una perspectiva de género. Entre buenas y malas mujeres, mujeres posibles*, Tesis para la Universidad Nacional de Lanús, 2022.

en el cumplimiento de sus mandatos y deberes de la condición de la mujer o bien como resultado de la transgresión de esas condiciones de vida²⁷.

Todo ello una comprensión interseccional que considere los modos tradicionales en los que el sistema heterocispatriarcal ha valorado los corrimientos respecto de las hegemonías de lo femenino, lo sexual, los roles de cuidado y lo normativo esperable para las mujeres.

27. Al respecto, ver: Lagarde y de los Ríos, Marcela, *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, Monjas, Putas, Presas y Locas*, México, Universidad Autónoma de México, 2005.



SIN ALTERNATIVAS PARA VIVIR AFUERA



1. LA AUSENCIA DE DISPOSITIVOS HABITACIONALES

La falta de soluciones habitacionales que permitan a las personas institucionalizadas en los manicomios de la Ciudad salir de ellos y vivir en la comunidad con los apoyos que requieran constituye una deuda histórica. **A pesar de que gran parte de la población alojada en los hospitales psiquiátricos públicos se encuentra en situación de alta, la inexistencia de alternativas que permitan su externación las condena a transcurrir sus vidas en estos lugares, en los que esas vidas dejan de pertenecerles.** A su vez, esa misma falta de dispositivos es la que en muchos casos determina que las personas ingresen a los manicomios por primera vez o que reingresen luego de haber vivido fuera de ellos durante un tiempo. La misma omisión estatal explica, entonces, que se ingrese, que —habiendo ingresado— no se pueda salir y que —habiendo salido— se vuelva a ingresar.

Si bien la LNSM dispuso la creación de dispositivos comunitarios (por ejemplo, viviendas asistidas, equipos de atención domiciliaria, cooperativas de trabajo, entre otros) que promuevan la inclusión social, la Ciudad no avanzó en su habilitación. Esto quedó demostrado, tal como se mencionó, en el Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019), **según el cual más de la mitad de las personas en la Ciudad se encontraba en situación de externación, pero llevaban meses, y hasta años, esperando un dispositivo residencial.** De acuerdo a información brindada por el Ministerio de Salud de la Ciudad a un pedido de acceso a la información pública presentado por ACIU, en 2024, 120 personas continuaban alojadas por la ausencia de respuestas alternativas a la internación. Sin embargo, esta cifra no se ajusta a los resultados del censo nacional, que mostraron un número superior de personas en situación de alta en la Ciudad.

La falta de un lugar propio para vivir, la ausencia de una red de contención familiar y los pocos recursos económicos son algunas de las situaciones que vuelven imprescindible la respuesta estatal para los cientos de personas que habitan los hospitales psiquiátricos.

De acuerdo a la investigación Cruzar el Muro, el porcentaje de personas que antes de la internación vivía en casa propia o de familiares (59,85%) disminuyó de forma drástica luego de internaciones prolongadas (16,40%), lo que da cuenta de que la internación implica además, un despojo de la vivienda propia o familiar²⁸.

Las soluciones habitacionales que el Gobierno de la Ciudad ofrece a las personas que utilizan los servicios de salud mental tienen dos problemas centrales: la insu-

28. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), *Cruzar el Muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015, p. 57.

Las soluciones habitacionales que el Gobierno de la Ciudad ofrece a las personas que utilizan los servicios de salud mental tienen dos problemas centrales: la insuficiencia y escasez de vacantes disponibles, por un lado; y la falta de adecuación de los pocos lugares disponibles a los estándares que exige la LNSM y la CDPD, por el otro.

La principal política pública de la Ciudad en esta materia es el programa de Residencias Asistidas de Rehabilitación Psicosocial (RARPS), dependiente de la Dirección General de Salud Mental, que constituye una red de “dispositivos de alojamiento terapéutico flexible y transitorio (máximo estimativo de dos años de permanencia)”, y está destinada a las personas que presentan “trastorno mental severo”²⁹.

En el siguiente cuadro se muestra la información disponible sobre las 7 residencias de este tipo que existen en la Ciudad.

Tabla 4: **Residencias Asistidas de Rehabilitación Psicosocial existentes en CABA (2024)**

RESIDENCIA	AÑO DE CREACIÓN	CAPACIDAD Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN
RESIDENCIA ASISTIDA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL “GORRITI”	2011	CAPACIDAD PARA 18 PERSONAS Y UN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL 100% .
RESIDENCIA ASISTIDA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL “NUEVA POMPEYA”	2012	CAPACIDAD PARA 9 PERSONAS Y UN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL 100% .
DEPARTAMENTO ASISTIDO “SAN JUAN”	2012	CAPACIDAD PARA 4 PERSONAS Y UN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL 100% .
RESIDENCIA ASISTIDA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL “AVELLANEDA”	2013	CAPACIDAD PARA 14 PERSONAS Y UN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL 100% .
RESIDENCIA ASISTIDA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL “WARNES”	2015	CAPACIDAD PARA 17 PERSONAS Y UN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL 100% .

29. Cabe destacar que la expresión “trastorno mental severo” se replica en este informe porque es la utilizada por el Gobierno de la Ciudad. Sin embargo, no adherimos a su uso, toda vez que se basa en el modelo médico de la discapacidad al presuponer que hay personas “normales” y personas “con trastornos”.

RESIDENCIA	AÑO DE CREACIÓN	CAPACIDAD Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN
RESIDENCIA ASISTIDA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL MATERNO-INFANTIL "PEDRO GOYENA"	2015	CAPACIDAD PARA 4 GRUPOS FAMILIARES Y UN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL 100% .
RESIDENCIA "ALVAREZ THOMAS"	2023	CAPACIDAD PARA 15 PERSONAS Y UN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL 100% .

Fuente: causa "SAF y otros c/ EN - Ministerio de Salud de la Nación y otros s/AMPARO LEY 16.986" (Expte. 074516/2014) y respuesta al pedido de acceso a la información pública presentado por ACIJ en 2025.

Además, según se informó en sede judicial en el año 2021, existe una Casa de Medio Camino gestionada en forma conjunta por la Dirección General de Salud Mental y el Hospital Borda, que fue creada en el año 2001 y que en ese entonces contaba con 7 vacantes.

La situación actual refleja, entonces, que:

- ➔ Desde 2015 prácticamente no se incrementan los dispositivos comunitarios. En los últimos 10 años, el GCBA creó una sola residencia, que sumó 15 vacantes a las ya existentes.
- ➔ A pesar de la alta demanda, ninguna de las Residencias Asistidas de Rehabilitación Psicosocial cuenta con vacantes disponibles para permitir el ingreso de nuevas personas.

Por otro lado, **las residencias existentes están diseñadas como dispositivos temporarios y no como una respuesta habitacional permanente para las personas que egresan de hospitales psiquiátricos.** En la práctica, muchas permanecen allí durante largo tiempo por no contar con otra alternativa residencial, lo que evidencia un doble problema: al no disponer de opciones para abandonar estos dispositivos, viven en ellos más tiempo del necesario, y, por otro lado, se bloquea el ingreso de nuevas personas que puedan necesitarlo para ser externadas. Esto refuerza la necesidad de contar con residencias permanentes que garanticen soluciones habitacionales estables (viviendas, alquiler social, entre otras).

Sin embargo, **el problema no es solo de cantidad o de temporalidad, sino también de calidad.** Sobre este punto, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad advierte acerca de ciertas características propias de los entornos institucionales que estos dispositivos deberían evitar. Además de albergar a pocas personas, aun en dispositivos pequeños, resultan prácticas problemáticas el compartir los o las asistentes personales de forma obligatoria, la segregación de la vida en comunidad, la falta de control sobre las decisiones cotidianas, el sometimiento a una rutina y a un sistema de supervisión permanente, la reali-

zación de actividades idénticas y la sujeción a una autoridad³⁰.

Siguiendo lo anterior, las particularidades de las residencias asistidas existentes en la Ciudad, que cuentan con salas de entrevistas, de personal, de administración, depósito de medicamentos, vestuario, baños compartidos y vacantes para más de 15 personas, indicarían que —aun en pequeña escala— estamos ante estructuras de tipo asilar, que no parecerían funcionar como una vivienda ni garantizar efectivamente los derechos de quienes las habitan.

El testimonio de una trabajadora del sistema entrevistada para esta investigación confirma lo expresado:

La política de residencias del GCBA reproduce la lógica manicomial. No están pensadas en términos de continuidad de cuidados, de autonomía, y con el objetivo de que los usuarios vuelvan a la comunidad y ejerzan su ciudadanía”
(Juana, trabajadora del sistema de salud mental)

Asegurar la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad psicosocial de acuerdo al artículo 19 de la CDPD, implica que ellas puedan elegir dónde, cómo y con quién vivir y que lo hagan en la comunidad, evitando pasar de un tipo de institución a otra más pequeña que también reproduzca las dinámicas propias de los manicomios.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL EN LA JUSTICIA

Las deficiencias de la política pública de dispositivos habitacionales que permitan la salida de los hospitales psiquiátricos fue corroborada por el Poder Judicial en diversas oportunidades. Un ejemplo paradigmático es el caso “SAF y otros c/ EN - Ministerio de Salud de la Nación y otros”, iniciado en el año 2014 por la

30. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general nro. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, CRPD/C/GC/5, 2017, párr. 16 (c).

situación de cuatro personas que estaban internadas en el hospital Moyano y en la clínica Cabred, y que a pesar de tener el alta médica, seguían alojadas allí por la falta de vivienda. Las sentencias ordenaron al Ministerio de Salud de la Nación y de la CABA la creación de los dispositivos necesarios para garantizar la salida del hospital a estas cuatro personas y a todas aquellas que no tuvieran criterio de internación en los términos de la LNSM.

Sin embargo, en los 10 años que lleva la ejecución de esta causa, nada cambió para las personas que viven en los hospitales monovalentes de la Ciudad. Incluso, dos de las personas por las cuales se inició el caso lograron salir, pero fueron reinternadas en los hospitales Borda y Moyano porque los dispositivos en los que se encontraban alojadas dejaron de funcionar. Por el incumplimiento de la sentencia, el GCBA fue condenado a pagar una multa de \$100.000 por cada día de retardo.

En el marco de este caso judicial, los hospitales Borda, Moyano, Tobar García y Alvear, informaron en 2021 que al menos 100 personas de las que se encontraban encerradas tenían condición de alta (como se expresó previamente, esta cifra no se ajusta a los resultados del Censo Nacional de Personas Internadas, que dan cuenta de un número mayor) y llevan meses, y hasta años, a la espera de una vacante en algún dispositivo de tipo residencial para poder vivir fuera del manicomio. Aun considerando que el número de 100 personas fuera correcto, el Gobierno de la Ciudad no cuenta con lugares disponibles en ninguno de los dispositivos actualmente existentes.

La grave situación que exponemos también se confirma con los informes que anualmente elabora la Unidad de Letrados del artículo 22³¹. El organismo indica que una de las principales falencias del sistema de atención es la permanencia de personas internadas de manera prolongada en instituciones de salud mental, especialmente en hospitales monovalentes del sector público. Se trata de un problema histórico, que se mantiene en el tiempo y afecta especialmente a quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad socioeconómica y de falta de acceso a recursos básicos como vivienda, empleo y cobertura sanitaria o social. En este sentido, la Unidad denuncia:

31. Cuerpo de abogadas y abogados del Ministerio Público de la Defensa que ejercen la defensa técnica de las personas internadas de manera involuntaria por motivos de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de acuerdo al artículo 22 de la Ley 26.657.

- Ausencia estatal de estrategias y programas suficientes destinados a la desinstitutionalización.
- Falta de recursos de atención que permitan la vida en comunidad.
- Persistencia de la concentración del presupuesto en hospitales monovalentes, en contra de los lineamientos previstos en la LNSM.
- Problemas específicos para el abordaje de género y salud mental, como la falta de dispositivos residenciales para alojar a mujeres madres con sus hijos e hijas y de políticas públicas de apoyo para el ejercicio de la maternidad.³²

El ORN expone la misma situación en relación con las internaciones prolongadas por problemáticas sociales. En este sentido, el organismo realizó un análisis de la situación entre mayo y octubre de 2024, y constató que **el 72% de las personas adultas internadas en instituciones de salud mental presentaban internaciones prolongadas, entendidas como aquellas que superan los seis meses. Los casos relevados evidenciaron internaciones máximas de hasta 40 años, con un promedio cercano a los 10 años.** Esta situación evidencia que las internaciones no se fundan en situaciones de riesgo presentes en un momento dado como exige la LNSM, sino en la falta de dispositivos que permitan la continuidad de la vida fuera del establecimiento de salud.

2. LA FALTA DE ASISTENCIA PARA LA VIDA EN COMUNIDAD

Para abandonar las instituciones monovalentes las personas no solo necesitan respuestas habitacionales adecuadas (que, como se mencionó anteriormente, prácticamente no existen), sino también acompañamiento para la vida autónoma y recursos económicos para afrontar los gastos cotidianos.

En el año 2010 se creó, a través del Decreto 608/10, el Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS) en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social, con el objetivo de promover la inserción comunitaria y laboral de las personas en situación de alta residentes en los hospitales dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad. Según se informó en respuesta a pedidos de acceso a la información pública presentados por ACIU, el programa hoy funciona en la órbita del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat.

En esa misma contestación, el Gobierno de la Ciudad expresó que en el marco del PREASIS se realizan acciones de apoyo comunitario (intervenciones en pos de la recuperación y el desarrollo de habilidades para alcanzar mayores niveles

32. Ministerio Público de la Defensa, Informe Anual 2022, 2022, p. 85.

de autonomía para la vida diaria, el autocuidado, la organización y el manejo del dinero, la alimentación y los intercambios sociales), otras para promover relaciones interpersonales y los lazos de pertenencia social y comunitaria, y otras de capacitación e inclusión laboral mediante el apoyo para la capacitación en oficios y la formación educativa. La falta de información detallada sobre la frecuencia e intensidad de estas actividades y sobre los resultados alcanzados impide extraer conclusiones sobre su impacto concreto.

Según se informó, al cuarto trimestre de 2024, participaban del programa 75 personas y trabajaban allí 6 (dos psicólogos, un Licenciado en Trabajo Social, un estudiante de trabajo social, un profesor de recreación y una persona que realiza tareas administrativas). Considerando la demanda de la población en situación de alta y los propios objetivos enunciados por el programa, la cantidad de profesionales asignados a él pareciera ser insuficiente.

El PREASIS también incluye apoyo económico. En primer lugar, el mismo decreto que lo creó previó en su órbita el “Subsidio de Revinculación Familiar”, una prestación monetaria mensual no retributiva, intransferible e inembargable de \$700, destinada a las personas externadas de los hospitales de salud mental dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, que tiene por objetivo promover la revinculación familiar, facilitar el acceso a la educación y la protección de la salud de las personas beneficiarias, y la búsqueda de empleo y reinserción sociocultural. En segundo lugar, en el año 2012, mediante el Decreto 506/12, se creó también dentro del PREASIS el “Subsidio de Externación y Reinserción Social”, consistente en una prestación monetaria mensual por beneficiario, no retributiva, intransferible e inembargable de \$900, destinada a personas con alta de internación en los hospitales de salud mental de la Ciudad, que poseyeran ingresos insuficientes para garantizar su independencia habitacional y carecieran de familiares que pudieran brindar acompañamiento y contención habitacional. En esa misma norma se elevó el monto del “Subsidio de Revinculación Familiar” de \$700 a \$900 para equipararlo a esta otra prestación.

A pesar de la relevancia de estos instrumentos para acompañar los procesos de externación, al día de hoy ambos subsidios se mantienen en el monto de \$900 cada uno. El marco normativo no previó ninguna pauta de actualización automática, y tampoco se aumentaron con posterioridad a 2012. Como es evidente, con ese monto es imposible que estos subsidios cumplan con la finalidad para la que fueron diseñados.

Por otra parte, en la Ciudad de Buenos Aires existe el Programa de Subsidio Habitacional 690, que otorga ayuda económica con fines habitacionales a individuos o familias en situación de calle. Algunas personas con discapacidad psicosocial acceden a este subsidio luego de ser externadas de hospitales psiquiátricos, al no contar con un lugar donde vivir. En su versión actual (Decreto 161/2025) se otorga un monto máximo de \$227.000 por 12 meses, prorrogables cuando el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat lo considere según el caso. De esta manera, aunque permite una rápida respuesta ante emergencias, constituye una política precaria: su transitoriedad hace que no sea posible resolver la situación habitacional a mediano o largo plazo y que exista un riesgo elevado de quedar en situación de calle. Además, por su escaso monto existe un desfase muy amplio

con los precios de mercado, tornando el subsidio insuficiente para para cubrir los costos totales de alquiler³³. Más allá de los déficits estructurales de la política, tampoco se contemplan las particularidades de la población de personas externadas de hospitales psiquiátricos, al no garantizarse financiamiento diferencial para servicios de apoyo o acompañamiento que favorezcan la vida autónoma.

La insuficiencia del apoyo económico tampoco se ve compensada por prestaciones a nivel nacional. No hay allí programas específicos focalizados en apoyar a la población externada. Parte de esta población podría eventualmente aplicar para recibir una pensión no contributiva por “invalidez laborativa”³⁴, prestación regulada por el Decreto 432/97 y dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad. Sin embargo, la tramitación de estas pensiones puede llevar años, y su escaso monto (70% del monto de una jubilación mínima) es insuficiente para solventar adecuadamente los gastos de vivienda, alimentación, vestimenta, salud y otros de la vida diaria. Además, tras la reforma introducida por el Decreto 843/2024 los criterios para acceder a ella son más restrictivos que los que estaban en vigencia desde 2023.

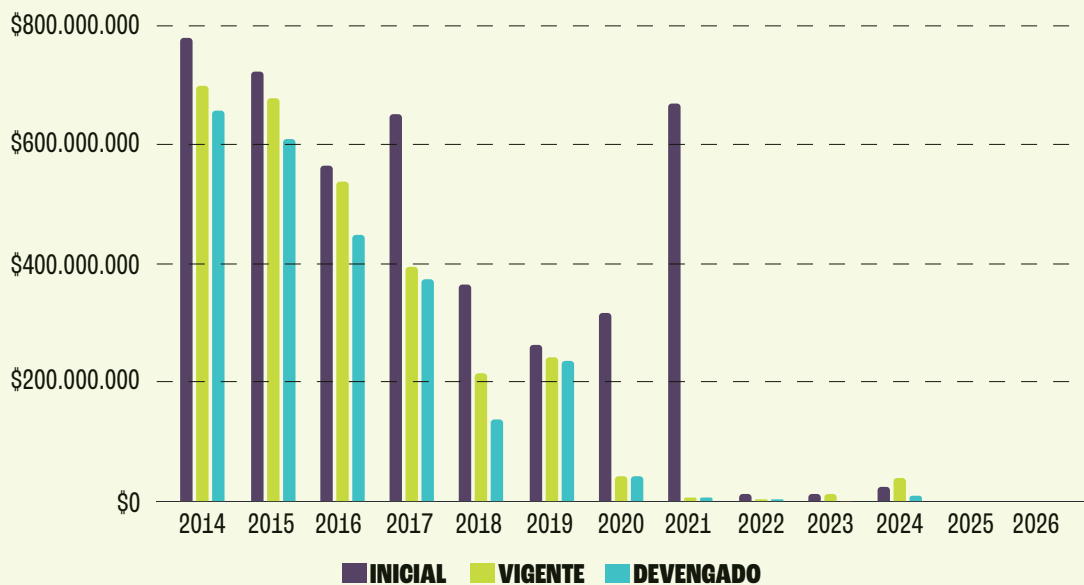
33. Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Ministerio Público de la Defensa, *Personas en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires*, 2025, p. 29.

34. Este término es el utilizado por el Decreto 432/97, pero figura entre comillas porque su uso no es conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La perspectiva del modelo social, adoptada por este tratado, cuestiona la clasificación de las personas en “válidas” e “inválidas”, por cuanto entiende que aquellas consideradas “inválidas” solo enfrentan barreras para ejercer sus derechos debido a la falta de accesibilidad de los entornos en los que viven y no a sus características individuales.

EL DESFINANCIAMIENTO DEL PREASIS

Aun cuando según los documentos presupuestarios este programa se vincula con la desinstitucionalización progresiva, la reinserción y la creación de sistemas de apoyo que permitan alternativas terapéuticas menos restrictivas que la internación, desde el año 2014 se observa una clara tendencia a la baja de los recursos destinados a él, y a partir de 2020 una situación de grave desfinanciamiento.

PRESUPUESTO PARA EL PROGRAMA EXTERNACIÓN ASISTIDA



Fuente: elaboración propia en base a la información publicada por el Ministerio de Hacienda y Finanzas de la CABA. Los valores nominales son actualizados mediante la inflación promedio anual para permitir comparaciones interanuales.

En 2020 y 2021 el programa tuvo un presupuesto inicial elevado, pero su diferencia con el vigente evidencia que fue fuertemente desfinanciado en los meses subsiguientes de esos años. En 2022 y 2023 el programa ya tuvo muy escaso presupuesto asignado inicialmente y los recursos ejecutados fueron también muy bajos (en 2023 se ejecutó sólo un 7,3% del presupuesto vigente, de por sí bajo). Para 2024, el presupuesto sancionado se incrementó y el vigente también, aunque permaneció muy lejos de los niveles registrados en años anteriores, y ese año solo se ejecutó el 21% del presupuesto vigente.

En el proyecto de Ley de Presupuesto para 2025 presentado por el Gobierno de la Ciudad este programa desaparece, y tampoco figura en

las planillas correspondientes a la jurisdicción del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la ley de presupuesto sancionada³⁵. Al consultar al Gobierno de la Ciudad sobre esta situación, informaron que el programa continuaba activo, pero sin aportar claridad sobre las razones de su desaparición en el diseño presupuestario.

Dejar sin recursos suficientes y adecuados a una política como el PREA-SIS, en el actual contexto de escasez de otras herramientas necesarias para promover la externación y garantizar la inclusión social es una muestra más del lugar marginal que ocupa la política de desinstitucionalización entre las prioridades estatales.

35. El Presupuesto 2025 del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat se encuentra disponible en: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2025-01/45_-_Ministerio_de_Development_Humano_y_Habitat.pdf.

3. LA DEFICITARIA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LOS HOSPITALES GENERALES

La Ciudad de Buenos Aires organiza sus servicios de salud en tres niveles: los centros de salud distribuidos en los barrios (primer nivel), los servicios especializados en hospitales generales (segundo nivel) y los hospitales monovalentes (tercer nivel). Como fue expresado previamente, la LNSM y la CDPD ordenan priorizar los tratamientos que respeten y sostengan los lazos de la persona con su entorno. Esto implica la adecuación de los servicios y de las partidas presupuestarias para robustecer todos los servicios de salud no manicomiales, es decir, los del primer y segundo nivel, creando, expandiendo o reformando servicios y aumentando el número y perfil de profesionales de diferentes disciplinas.

La inclusión de la salud mental en el primer nivel es un recurso fundamental, no sólo para quienes necesitan realizar una consulta, sino para dar continuidad a los tratamientos de las personas que ya fueron externadas. Estos dispositivos, que forman parte de la red de servicios generales, juegan un rol importante en materia de promoción, prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las crisis, contribuyendo a evitar situaciones que puedan conducir a internaciones. Además, son más accesibles y cercanos para las personas que requieren asistencia y fomentan el fortalecimiento de sus redes de apoyo y la creación de espacios de participación comunitaria.

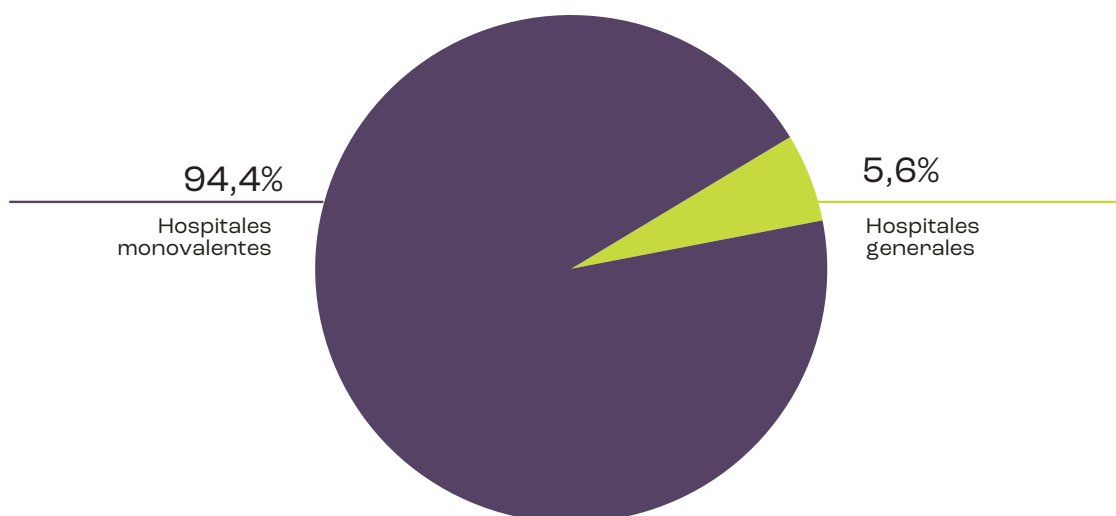
En la Ciudad estos servicios de atención primaria son denominados Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), y se integran a las áreas programáticas de los hospitales generales. En total, son 46 y, según informó el Ministerio de Salud, todos cuentan con equipos de atención en salud mental. Además, la Ciudad cuenta con dos centros especializados en salud mental: el Centro de Salud Mental N° 1 “Hugo Rosarios” y el N° 3 “Arturo Ameghino”. Sin embargo, la respuesta del Gobierno de la Ciudad al pedido de acceso a la información presentado por ACIU sobre cantidades de profesionales y niveles de demanda insatisfecha no permite evaluar la suficiencia y la calidad de la atención en este primer nivel.

En el segundo nivel de atención, se registran falencias significativas. En CABA existen 14 hospitales generales de agudos (Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Grierson, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Vélez Sarsfield, Zubizarreta) y 2 pediátricos (Gutiérrez y Elizalde) que brindan atención ambulatoria a usuarios y usuarias de los servicios de salud mental. A su vez, existe una atención de guardia las 24 horas en los 16 hospitales mencionados.

Si tomamos los hospitales generales de agudos, **a 2024 únicamente 6 de los 14 contaban con servicio de internación por razones de salud mental.** Estos son los

hospitales Pirovano, Piñero, Álvarez, Rivadavia, Tornú y Durand, **que tienen un total de 77 camas disponibles para este tipo de ingresos³⁶. Este dato contrasta fuertemente con las 1.290 camas de internación que están disponibles en los hospitales psiquiátricos.** Si analizamos los pediátricos, según el Gobierno de la Ciudad ambos ofrecen internación en salud mental, pero al ser consultado sobre el número de camas disponibles, el organismo no brindó respuesta.

CANTIDAD DE CAMAS DISPONIBLES PARA LA INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL SEGÚN TIPO DE HOSPITAL (2024)



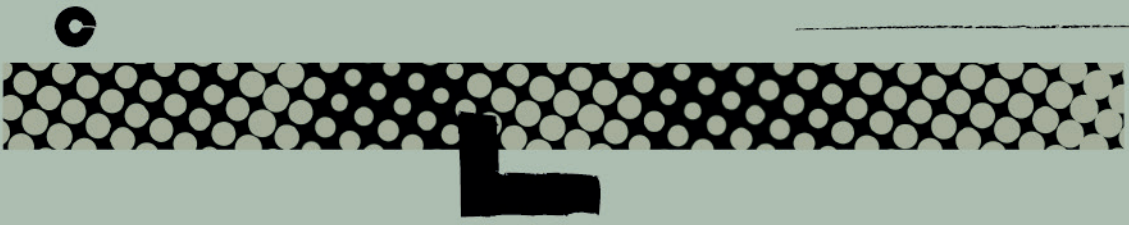
Fuente: respuestas a pedidos de acceso a la información presentados por ACIJ al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La situación descrita no es demasiado distinta a la del pasado: en 2018, en respuesta a otro pedido de acceso a la información³⁷, la Ciudad había informado que 4 de los 16 hospitales tenían camas de internación en salud mental, alcanzando un total de 54 (3,5% del total).

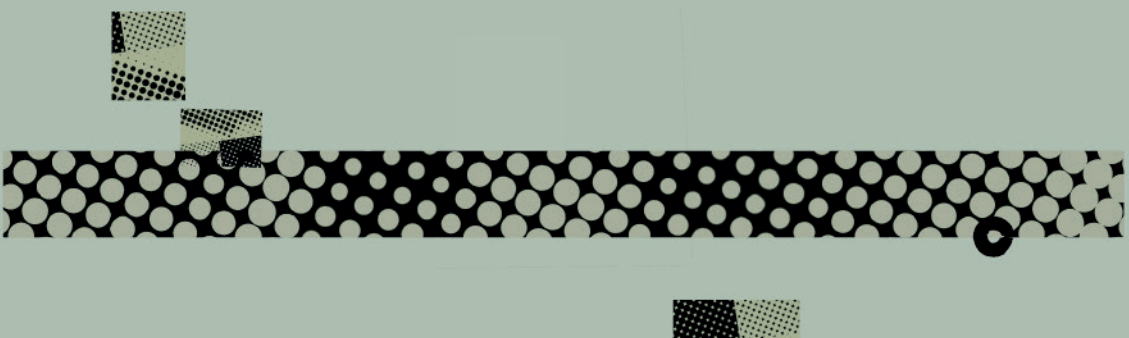
Este dato es un reflejo fiel de la política de salud mental porteña: los espacios privilegiados para las internaciones por salud mental siguen siendo los hospitales monovalentes. Sin prevención en salud mental y sin adaptación de los servicios generales, cientos de personas serán condenadas a pasar largos períodos en hospitales psiquiátricos o, incluso, a vivir encerradas para siempre.

36. . Información brindada por la Dirección General de Atención Primaria del Ministerio de Salud de CABA en respuesta a un pedido de acceso a la información pública realizado en enero de 2025

37. El pedido y su respuesta están disponibles aquí..



INFANCIAS NEGADAS: LA SALUD MENTAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

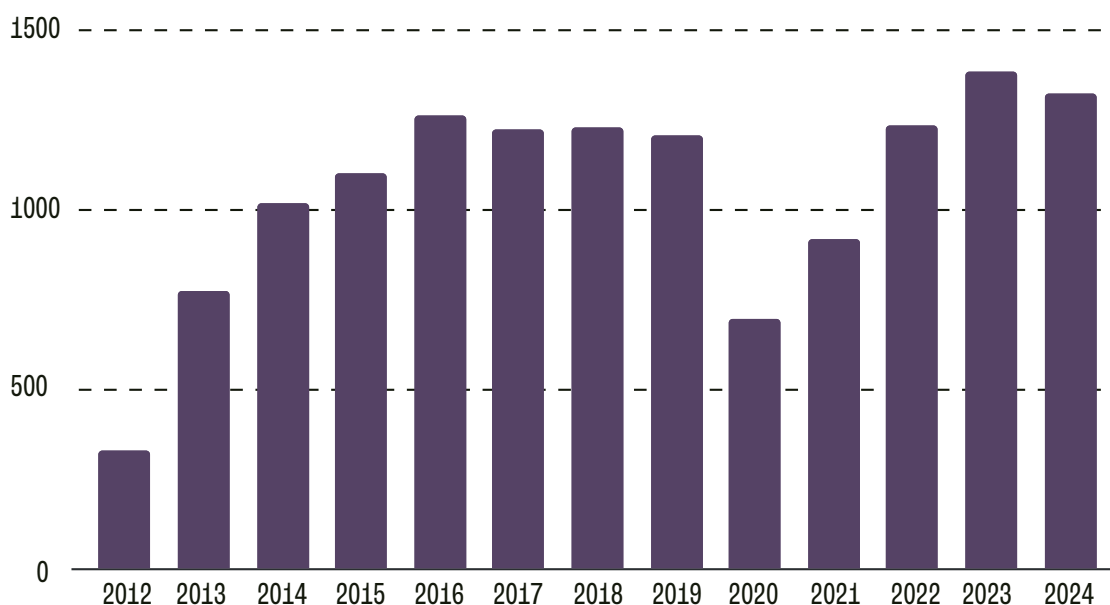


Las niñas, niños y adolescentes (NNyA) con discapacidad psicosocial que viven en la Ciudad de Buenos Aires tienen acceso a pocas y deficientes respuestas sanitarias, sociales y de cuidado. **El abordaje de las cuestiones de salud mental en las infancias se caracteriza por la prevalencia de la internación y la ausencia de estrategias de fortalecimiento familiar, de intervenciones domiciliarias-comunitarias y de dispositivos de cuidados alternativos al encierro.**

En la actualidad, parte de las internaciones de NNyA todavía se realizan en instituciones monovalentes, en clara contraposición a lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental. De acuerdo a lo documentado por la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad³⁸, en el período 2022-2024 la mayoría de ellas tuvieron lugar en el sector público. Mientras que en los dos primeros años predominaron las internaciones en hospitales monovalentes, en 2024 la mayor parte se concentró en hospitales generales. Independientemente de las proporciones, lo cierto es que año tras **año se internan niños y niñas en lugares que no deberían existir más.**

Como muestra el siguiente gráfico elaborado en base a datos de los informes anuales de la referida Unidad, que incluyen todos aquellos casos de internaciones en hospitales generales y monovalentes, públicos y privados, de la Ciudad de Buenos Aires, **si bien el número de NNyA internados descendió en 2020 a raíz de la pandemia de COVID-19, la cantidad de internaciones comenzó a incrementarse nuevamente al año siguiente, y en 2023 y 2024 se registran los niveles de internación más altos desde 2012**, año en el comenzó a funcionar la referida unidad. Además, aumentaron las internaciones de NNyA de entre 8 y 12 años³⁹.

CANTIDAD DE INTERNACIONES DE NNyA POR AÑO (2012-2024)



Fuente: Informes anuales de la Unidad de Letrados.

38. La Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad (art. 22, ley 26.657) del Ministerio Público de la Defensa es un cuerpo de abogadas y abogados que ejercen la defensa técnica de los niños, niñas y adolescentes internados por motivos de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

39. Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2024, *op.cit.*, p. 96.

A ello se suma que el tiempo de internación suele ser extenso. Según el Órgano de Revisión de Salud Mental, en 2023 este fue de más de 30 días en el 75% de los casos y de más 90 días en el 25%⁴⁰.

Un estudio realizado por la Unidad de Letrados sobre la situación de las niñas y niños que se encontraban internadas e internados en abril de 2018⁴¹ reveló que **más de la mitad de los casos correspondían a reinternaciones, y que el 15% de ellos se trataba de, por lo menos, la cuarta internación**. Además, del total de casos estudiados, el 42% de los NNyA no había accedido a ningún tipo de tratamiento previo a su primera internación.

Especial atención merece el hospital Tobar García. Esta institución monovalente pública, que alberga solo infancias y adolescencias, presenta un preocupante historial de reclamos y denuncias vinculadas a las condiciones en que los NNyA son internados allí y a diferentes situaciones de malos tratos que se han registrado en los últimos años. Al igual que el resto de los hospitales monovalentes de la Ciudad, tampoco cuenta con un plan de adecuación a la LNSM.

Durante 2024, el seguimiento del ORN en este centro reveló una grave situación de conflictividad entre los niños, niñas y adolescentes allí internados, constatando que no existían respuestas adecuadas ni estrategias de abordaje oportunas y adecuadas por parte del personal para hacer cesar la violencia⁴². **Se registraron situaciones de riesgo psicofísico y social, traumatismos corporales, amedrentamientos, temores en los niños y niñas, quejas y reclamos de familiares. Estas situaciones se ven agravadas por la falta de acompañamiento adulto, tanto familiar como de otras figuras referentes, y por una preocupante naturalización de lo que ocurre por parte de los equipos tratantes.**

Durante la visita, el referido organismo pudo registrar que **el personal de enfermería, además, permanecía aislado de las personas internadas tras una reja cerrada con llave. También se identificaron deficiencias estructurales críticas** como la falta de gas durante cinco días, que impidió la higiene básica de los NNyA internados. En un caso, una madre denunció que los/as familiares no podían dormir en la sala, y que, si decidían quedarse, debían permanecer en el piso.

En este hospital también se constató la persistencia de una **lógica centrada en la institucionalización, evidenciada en frecuentes reinternaciones y derivaciones a hogares convivenciales o terapéuticos**. Estas decisiones se adoptan sin haber agotado previamente alternativas menos restrictivas, como el fortalecimiento de apoyos y acompañamiento en el centro de vida o residencia habitual de los/as niños, niñas y adolescentes internados/as⁴³.

40. Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2023, op. cit., p. 6.

41. Crespo Kaul, Hernán, Folgar, María Laura y Muñoz Genestoux, Rosalía, "Todas las rutas llevan a... Descripción trans-institucional de internaciones de niños, niñas y adolescentes en hospitales públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" (pp. 223-237), en Barcala, Alejandra y Poverene, Laura (compiladoras), *Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina*, 2019, pp. 227 y 228.

42. Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2024, op. cit., p. 298.

43. *Ibíd.*, p. 280.

Es importante señalar que **las infancias y adolescencias institucionalizadas por motivos de salud mental también enfrentan significativas barreras para acceder a la educación** mientras están internadas, ya sea por falta de propuestas educativas adecuadas o por la desvinculación de sus escuelas de origen. En relación con este tema, el ORN advierte que, tanto en el sector público como en el privado, falta una promoción sostenida de la inclusión educativa, lo que provoca que la mayoría de los NNyA en internaciones prolongadas pierdan el año escolar⁴⁴. Por otro lado, en numerosos casos el ingreso a estas instituciones está precedido por trayectorias escolares discontinuas o de deserción educativa, sin que haya existido un abordaje suficiente por parte de los organismos de protección de derechos⁴⁵ y en algunos casos involucrando situaciones de acoso escolar⁴⁶.

En relación con este tema, se ha expresado que **si bien las políticas orientadas a la niñez lograron una disminución de la institucionalización en hogares de menores, la institucionalización psiquiátrica de NNyA, por el contrario, mostró un incremento con una importante tendencia progresiva**⁴⁷.

La institucionalización en psiquiátricos se ve promovida por el hecho de que los hospitales generales de niños y niñas hoy registran serios problemas para brindar una atención adecuada. Presentan déficits en sus condiciones edilicias y en los recursos humanos para sostener las internaciones, a lo que se suma la disminución de profesionales en la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil⁴⁸. Estas situaciones generan actitudes expulsivas, lo que constituye un acto de discriminación prohibido por el artículo 28 de la Ley 26.657.

Entre las consecuencias de esta situación se observa no solo la derivación automática de infancias y adolescencias a hospitales monovalentes, sino también la prolongación de las internaciones en los servicios de guardia. Esto último implica que las **niñas y niños son alojados en condiciones muy precarias, no acceden a camas en salas de internación, no cuentan con un equipo interdisciplinario de seguimiento ni acceden a actividades recreativas y terapéuticas**. Este escenario es generado por la falta de políticas adecuadas para promover que NNyA vivan en la comunidad y realicen sus tratamientos de manera ambulatoria fuera del ámbito hospitalario.



La experiencia estuvo atravesada por una concepción de la salud mental que no consideró ni la existencia de una familia continente ni la posibilidad del tratamiento ambulatorio. Durante su internación en el Gutiérrez fue atendida por lo menos por cuatro



44. Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental, Informe de gestión 2024 aprobado por Resolución S.E. No 01/2025, p. 6.

45. Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2023, op. cit., p. 92.

46. Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2024, op. cit., p. 97.

47. Barcala, Alejandra y Faraone, Silvia, A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Teseo, 2020, p. 119.

48. Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2024, op. cit., p. 91.



equipos médicos diferentes que volvían a hacer una y otra vez las mismas preguntas a una persona que era lo que menos necesitaba
 (María, madre de una niña internada por motivos de salud mental)



Por otro lado, la falta de dispositivos habitacionales y la escasez de vacantes en los pocos que existen genera que muchos NNyA que son internados por motivos de salud mental y provienen de un hogar convivencial o terapéutico no puedan reingresar a ellos una vez obtenida el alta porque ya no cuentan con lugar disponible⁴⁹. Esta situación provoca la continuidad de internaciones indebidas y expone a los NNyA a transitar diferentes instituciones y a perder sus vínculos sociales y afectivos. Por ejemplo, de acuerdo a datos brindados por el Ministerio de Salud porteño en septiembre de 2023, el Hospital Tobar García tenía 11 NNyA que permanecían internados esperando poder ingresar a un hogar.

Es importante mencionar que **la realidad es todavía más cruda cuando se trata de niños y niñas que atraviesan especiales situaciones de vulnerabilidad**. Gran parte de los/as NNyA que son internados en la Ciudad se encuentran en situación de calle o residen en lugares cerrados, y no cuentan con cuidados familiares ni con intervenciones eficaces por parte de los organismos de protección de derechos⁵⁰. Sus vidas transcurren entre hogares de menores, paradores, centros socioeducativos de régimen cerrado y hospitales, sin acceso a un abordaje integral que garantice sus derechos y produciendo un grave deterioro en su salud psicofísica⁵¹.

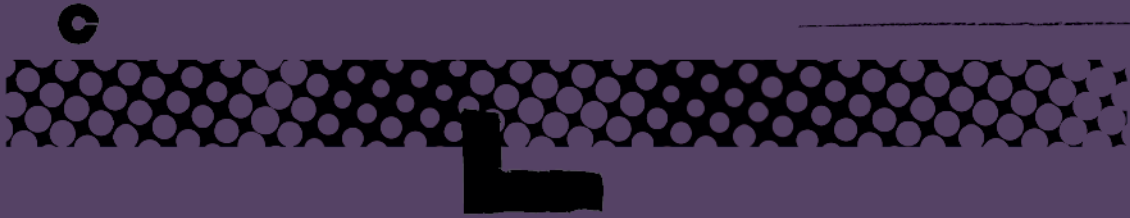
En el caso específico de las niñeces y adolescencias con consumo problemático de sustancias se registra un abordaje insuficiente por parte de los servicios existentes. En este sentido, los/as NNyA que requieren tratamiento por consumo, si bien ingresan habitualmente a hospitales generales, luego son trasladados a comunidades terapéuticas conveniadas con el Gobierno de la Ciudad. Estos espacios no cumplen con los estándares de la CDPD y la LNSM, y, en muchos casos, incluso se encuentran en la Provincia de Buenos Aires, lo que genera fracasos en la adhesión al tratamiento y retorno a la situación de extrema vulnerabilidad⁵².

49. *Ibíd.*, p. 93.

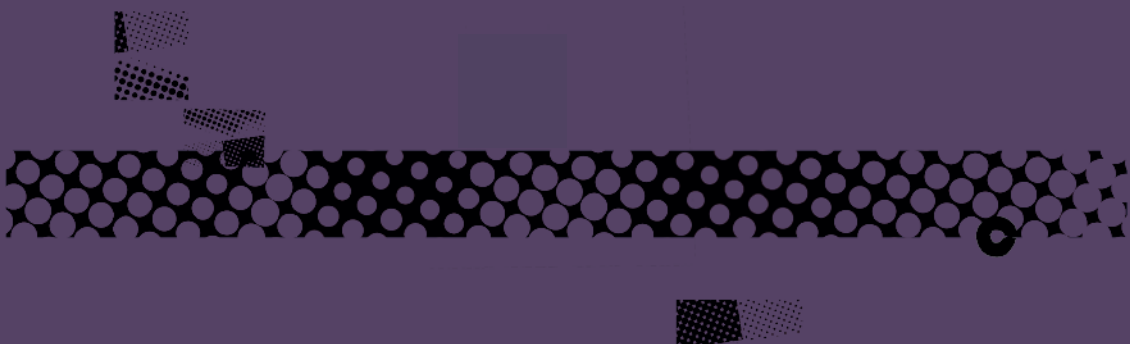
50. Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2019, 2019, p. 121.

51. Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2020, 2020, p. 122.

52. Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2024, *op. cit.*, p. 97.



CONCLUSIÓN



Es evidente que las políticas de la Ciudad de Buenos Aires para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población no sólo son escasas, sino que mantienen abordajes vetustos que en nuestro país y en el mundo demostraron poca eficacia y nulo respeto por los derechos humanos. Como consecuencia de ello, centenas de personas continúan sometidas a un régimen de encierro que las segrega de la comunidad, las expone a situaciones de violencia y las condena a vivir una vida sobre la cual no tienen ningún control. Sus proyectos personales, sus vínculos, sus deseos, permanecen paralizados a la espera de esa externación que nunca llega. Y cuando a la discapacidad psicosocial se suman otras vulnerabilidades como el género o la pobreza, el resultado suele ser aún más cruel e inhumano.

El encierro no cura, y por lo tanto nunca puede ser concebido como una medida sanitaria. Por el contrario, es el modo tradicional en que las sociedades han tratado algunas formas de comportamiento no hegemónico, en un intento por controlarlas, disciplinarlas y aislarlas. **La discapacidad psicosocial no puede justificar el encierro de los cuerpos ni el doblegamiento de las diversas formas de habitar el mundo. En ningún caso, nunca.**