

# Políticas de Salud Mental en Argentina: 40 años de reformas en la provincia de Santa Fe

*Mental Health Policy in Argentina: 40 years of reforms in the province of Santa Fe*

*Políticas de Saúde Mental na Argentina: 40 anos de reformas na província de Santa Fe*

Jose María Alberdi\*

Eduardo Cesar Mutazzi\*\*

## RESUMEN

El presente artículo pretende una reflexión crítica sobre los procesos de desmanicomialización y desinstitucionalización de la salud mental a partir del retorno de la democracia, enfocada en la singularidad del proceso en la provincia de Santa Fe (Argentina). En forma esquemática, repasa cuatro décadas de este proceso, poniendo relieve en los avances y obstáculos atravesados por el conjunto de actores del campo de la salud mental. El texto se compone de tres partes: una primera, que resume las tres primeras décadas de las reformas en salud mental, una segunda que focaliza la trayectoria en la provincia de Santa Fe, y la tercera cierra el texto con unas conclusiones que permiten pensar los desafíos de una política en salud mental por venir.

**Palabras-Clave:** Salud Mental; Políticas Publicas; Desintitucionalización.

## ABSTRACT

This article aims to critically reflect on the processes of deasylumization and deinstitutionalization of mental health following the return of democracy in Argentina, focusing on the uniqueness of the process in the province of Santa Fe. In schematic form, it reviews four decades of this process, highlighting the progress and obstacles faced by all actors in the field of mental health. The text is made up of three parts: the first one summarizes the first three decades of mental health reforms; the second one focuses on the trajectory in the province of Santa Fe; and the third one closes the text with conclusions that allow us to think about the challenges of a mental health policy to come.

**Keywords:** Mental Health; Public Policies; Deinstitutionalization.

## RESUMO

Este artigo tem como objetivo refletir criticamente sobre os processos de desmanicomialização e desinstitucionalização da saúde mental após o retorno da democracia, enfocando a singularidade do processo na província de Santa Fé (Argentina). De forma esquemática, analisa quatro décadas deste processo, destacando os progressos e os obstáculos enfrentados por todos os intervenientes no domínio da saúde mental. O texto está composto por três partes, uma primeira que resume as três primeiras décadas de reformas em saúde mental, uma segunda que enfoca a trajetória na província de Santa Fé e fecha o texto com conclusões que nos permitem pensar sobre os desafios de uma política de saúde mental que está por vir.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental; Políticas Públicas; Desinstitucionalização.

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80335>

\* Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina.  
E-mail: jmalberdi68@hotmail.com

\*\* Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina.  
E-mail: cesarmutazzi@gmail.com

Como citar: ALBERDI, J. M.; MUTAZZI, E. C. Políticas de Salud Mental en Argentina: 40 años de reformas en la provincia de Santa Fe. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 181-190, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80335>

Recebido em 13 de outubro de 2023.

Aprovado para publicação em 30 de outubro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

## Políticas de Salud Mental en Argentina: cuatro décadas han pasado

Las políticas públicas de salud mental en Argentina, y particularmente en la Provincia de Santa Fe, retoman su cauce desde el advenimiento de la democracia. Desde allí han comenzado las acciones políticas que ponían el eje en la importancia y la necesidad de promover gradualmente una profunda serie de transformaciones para producir el pasaje de una política centrada en la internación psiquiátrica hacia una clínica sustitutiva sostenida en nuevas legislaciones, en una lucha política de creación de nuevos servicios por parte de los trabajadores, en nuevas prácticas y saberes emergentes y que denominamos como campo de la salud mental.

El proceso de desmanicomialización recomenzaba en esta primera década, después de la interrupción de Terrorismo de Estado (1976-1983), y significó un primer momento, visto desde hoy como el de la negación del manicomio, caracterizado por denunciar lo inhumano de la atención centrada en *instituciones totales*, con eje en prácticas de segregación, encierro y exclusión, con internaciones iatrogénicas de larga duración, violaciones regulares de los derechos humanos, cosificación y masificación de la asistencia, en fin, formas de control sanitario y social que rememoraban las prácticas de exterminio usadas en los centros “clandestinos” de tortura y desaparición.

Entrada la década de los 90, la cual podríamos situar esquemáticamente como segunda etapa, se nota un arduo trabajo de lucha y de momentos significativos, promovidos por las organizaciones de derechos humanos, los colegios profesionales, los movimientos de trabajadores de salud mental (SM) que generaron nuevas legislaciones, el fortalecimiento de los servicios y programas de salud mental en Hospitales Generales, el desarrollo de la atención primaria en salud mental (APS), y diversos programas –incluidos los procesos de reforma asistencial y programas de externación– que generaron una serie de experiencias (con baja capacidad de institucionalización) de salud mental comunitaria en el territorio.

Dichas experiencias priorizaron nuevas formas de trabajo distintas de la atención precaria en psiquiatría. Comprometidas con la mayor accesibilidad a la atención, una clínica ampliada, inspirada en una perspectiva de respeto de los derechos humanos y del derecho a la ciudadanía de las personas usuarias con sufrimiento psíquico y sus familiares, en esta etapa se trabajaron propuestas de inclusión intersectorial con el sistema de salud y con las políticas sociales.

Las reformas en el campo de la salud mental también significaron y significan, especialmente en Argentina y en la provincia de Santa Fe, criticar y reconstruir sobre nuevas bases los fundamentos clínicos, epistemológicos, teóricos y jurídicos que influyen largamente las prácticas asistenciales en el campo. Cabe decir que nos estamos refiriendo

especialmente al modelo médico-hegemónico y a la psiquiatría tradicional. Las reformas permitieron, asimismo, cuestionar las relaciones sociales de discriminación hacia la locura, que sostienen el estigma, la segregación y la violencia para con las personas que padecen sufrimiento psíquico.

En la provincia de Santa Fe, una de las particularidades que marcó una tradición de compromiso con los cambios en el campo de la salud mental, fue la aprobación de la ley 10.772 en el año 1991 (pionera en país), producto de una serie de experiencias asistenciales como de denuncias y movilizaciones por la humanización de la asistencia en los hospitales psiquiátricos y reivindicaciones por mejoras de las condiciones de trabajo en los hospitales.

Durante la década de los 90, las políticas neoliberales generaron cierta tendencia a procesos de desresponsabilización social, y una clínica degradada en el campo asistencial. En las políticas públicas de salud mental, el sesgo neoliberal indujo a deshospitalización y desasistencia, en nombre de los altos costos de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, la defensa de la asistencia pública y de las fuentes de trabajo permitieron reformas parciales en las instituciones psiquiátricas. En el sentido de humanización de la asistencia, la constitución de equipos interdisciplinarios y nuevas formas de trabajo con propuestas grupales y culturales, además de una clínica más atenta al lazo comunitario en el caso de la atención primaria, dicha defensa tuvo fundamental importancia.

En ese periodo fue importante el rol de las entidades internacionales que incidían sobre las políticas de salud mental. Son ellas: la Organización de las Naciones Unidas, con sus convenciones y derechos, y particularmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su reconocida “La Declaración de Caracas” fue orientativa: el eje en la reestructuración de la atención en salud mental ligada a la APS y en el marco de los Sistemas Locales -ya que permitían la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales- implicó necesariamente la revisión crítica del papel hegemónico del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios. Fundamentalmente, a partir de ello, los recursos, cuidados y tratamientos previstos debían salvaguardar la dignidad y los derechos humanos de las personas usuarias, y que las legislaciones debían *aggiornarse*.

En este aspecto se hace necesario resaltar la experiencia de demostración de la OPS en la provincia de Río Negro (1989), que se establece como faro entre las reformas de la política psiquiátrica en los años por venir. Río Negro se afianza como pionera en la desmanicomialización con una política pública de salud mental implementada por un Estado Provincial, aunque deberá esperar unos años para obtener una ley.

En esa provincia se desarrolló un proceso de descentralización de los recursos públicos provinciales de salud mental: se sostuvo la apertura progresiva de nuevos servicios de salud mental comunitaria y la posibilidad de internación en Hospitales Generales para las

situaciones de crisis, riesgo y urgencia. Al mismo tiempo se crearon estructuras intermedias como casas de convivencia y empresas sociales para dar respuestas a las necesidades básicas de la vida en comunidad con estrategias de cuidado orientadas a la inclusión social.

Ya, en la primera década del nuevo milenio y en la Universidad de las Madres de Plaza del Mayo, se hilaron el pasado con el presente, las contribuciones del psicoanálisis, la psicología social y el análisis institucional. Estos tres campos entramaron una matriz de lectura de la crueldad y las culturas de la mortificación en las instituciones psiquiátricas y brindaron y brindan una serie de herramientas clínicas para ayudar a reparar el sufrimiento de las y los usuarios y familiares, entendiendo que en las historias singulares, grupales y comunitarias se sostiene también la tramitación de salidas al trauma colectivo. También ahí se renovaron las energías utópicas regidas por la máxima “No al encierro, sí a la atención” en el campo de la salud mental dando lugar a la discusión de la futura ley nacional.

También en la Provincia de Santa Fe, la creación de la Dirección Provincial de Salud Mental en el año 2005 jerarquizó el área en la agenda pública y permitió por un lado fortalecer los procesos de reforma asistencial, y humanización de la asistencia en los hospitales psiquiátricos de la Provincia de Santa Fe.

Desde allí, fueron incentivadas las primeras experiencias de constitución de centros culturales de convivencia y centros de producción e intercambio (denominados en general como “servicios sustitutivos al manicomio”), como forma de generar propuestas complementarias de cuidados y economía social. Esta serie de acciones e iniciativas estuvieron muy marcadas por las limitaciones presupuestarias, y su constitución de carácter experiencial no se institucionalizaba como política de Estado.

La ley nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 (2010) instituyó en su letra un reconocimiento a las experiencias creadas como sustituto de la intervención psiquiátrica clásica y a la lucha de movimientos de trabajadores del campo de la salud mental sucedidos en las décadas anteriores. Legitimó y dio legalidad a las formas de trabajo de una nueva clínica, entonces enmarcada en los derechos ciudadanos de las personas usuarias. Sin embargo, con dificultades para desarrollar una gradual institucionalización de los dispositivos de salud mental, por no haber una rectoría que les permitiera pasar de ser un conjunto de experiencias para transformarse en una política pública.

Y, si bien los desafíos fueron cada vez mayores, y mayores las experiencias de otra clínica de la subjetividad que se validaban socialmente también se produjo: un estancamiento a partir de la profundización (desde fines de 2015) de las políticas neoliberales con recesión económica, aumento del desempleo y del trabajo informal con recortes presupuestarios de las políticas de salud en general, y en particular las políticas de salud mental.

Así, para las bodas de plata de la experiencia en Santa Fe se consolidó en una fuerte humanización de los hospitales monovalentes (progresiva pero lenta disminución de

camas psiquiátricas) y una batería de servicios sustitutivos. Estos fueron desde centros de asistencia desde lo socio-cultural, el acceso al trabajo cooperativo, residencias asistidas, entre otras iniciativas. Sumado a la estrategia APS en los principales centros urbanos, se volvió finalmente complementaria a la situación de una clínica con hegemonía del encierro con intervención biomédica para la intervención del orden psiquiátrico.

Así, hasta el 2020, el proceso de desinstitucionalización entró en periodo de latencia: hubo coexistencia con el manicomio y las respuestas con pretensiones de sustitución acabaron siendo complementarias. Esto fue profundizando el fenómeno de *revolving door*, como en la primera década de reformas en esta provincia.

El año 2020 no fue el año del cierre y abolición de las prácticas manicomiales, sino que fue uno de los años de la peste. Igualmente desde la Dirección Provincial de Salud Mental (Santa Fe), con el pesimismo del análisis y el optimismo de la práctica, se siguió considerando fundamental una praxis democrática que permita la elaboración de una nueva institucionalidad en el campo de la salud mental - una que permita el despegue del estancamiento del proceso de desinstitucionalización que entraba en su cuarta década.

Este panorama general de reformas y contra reformas dejó a los actores del campo frente a un punto de inflexión: o continuar con las experiencias de desmanicomialización en forma aislada y heterogénea, o construir colectivamente una política provincial más institucionalizada. La primera opción era validada por su eficacia clínica, pero al mismo tiempo desvalorizadas por la persistencia del hospital psiquiátrico y la hegemonía del encierro. La segunda, por su vez, demandaba unir los esfuerzos y voluntades de los actores del campo transformando la realidad y la cotidianeidad de los servicios el tratamiento de la locura.

## El plan para la salud mental en Santa Fe post pandémica: el pasaje de las experiencias a la política

Con el fin de presentar a los futuros gobiernos y al actual los ejes principales para la aplicación de una política de acuerdo a la letra de la Ley 26657, la actual gestión en salud mental (2021-2023) decide elaborar un plan rector para la salud mental. Con un diagnóstico situacional del estado de los procesos de reforma de los últimos años, y apoyados en los avances conseguidos por las experiencias armadas en las décadas anteriores, la gestión anhela elaborarlo de en forma participativa, con todos los actores del campo.

El citado diagnóstico arrojaba que el grado de cobertura y de acceso a los servicios de salud son representativos del desarrollo heterogéneo e inequitativo de las distintas regiones de la Provincia de Santa Fe. La distribución espacial de los diferentes servicios, instituciones y programas presenta notorias desigualdades regionales, poniendo en cuestión el grado de adecuación de los servicios públicos de salud a los principios de equidad

socio-espacial y solidaridad regional. La mayor concentración y áreas de mayor accesibilidad a Hospitales de Alta Complejidad se registran en los municipios con mayor densidad de población. La población, en diferentes etapas de su vida, demanda servicios de salud en sus diversas modalidades y especialidades.

En el sur-este provincial, en torno a Rosario y su área metropolitana, se localiza el principal punto de demanda del servicio de salud. Constituye un aglomerado que supera el millón de habitantes, siendo la tercera ciudad en la jerarquía urbana nacional, y primera en la provincial. El segundo punto más poblado se ubica en el centro-este provincial, en el Gran Santa Fe, representando menos de la mitad que el primero. La tercera aglomeración en importancia también se ubica en el sur provincial (Venado Tuerto); en el escasamente poblado norte santafesino. El cuarto punto de demanda de servicios es el aglomerado Reconquista Avellaneda.

En el caso de las instituciones y programas de salud mental, la situación se agrava en una serie de sentidos. En primer lugar, la estrategia APS en el caso de la salud mental, si bien ha sido priorizada en especial en los principales centros urbanos, sigue siendo un problema central en las culturas institucionales de la atención precaria. Sumado a ello, los mecanismos culturales y lingüísticos todavía presentes en el campo de la psicología conforman filtro de accesibilidad y segregación de las clases populares en los abordajes terapéuticos y en los programas de salud mental.

También debe notarse que desde un punto de vista regional la distribución de profesionales en el campo de la salud mental es sumamente heterogénea. Esto impide la constitución de equipos interdisciplinarios y especialmente la atención en el ámbito local de las situaciones de crisis y urgencias, sobre todo en localidades del Norte de la Provincia. Por consiguiente, surge la necesidad de traslados a otras localidades, reforzando las formas de trabajo hospitalocéntricas, más allá del compromiso de asistencia de los equipos locales.

En la Provincia de Santa Fe las internaciones en hospitales generales se ha realizado con bajo presupuesto y precaria institucionalización. Así, son limitadas las posibilidades de un mejor abordaje en la urgencia, y, luego, aumentan los tiempos de internación. Paralelamente, los equipos de guardia soporte tienen baja articulación con la atención ambulatoria programada, la atención y tratamiento de niños y adolescentes y limitada coordinación con los equipos de salud mental del propio Hospital y los Centros de Ate

Un capítulo aparte es realizar un análisis de coyuntura de las tres instituciones totales de la Provincia de Santa Fe. Las tres han vivenciado durante la transición democrática distintas oleadas de reforma asistencial, y los propios cambios de denominación son una evidencia de las reformas psiquiátricas desarrolladas. La primera, el “Psiquiátrico Suipacha”, como comúnmente se lo reconoce en la ciudad de Rosario, es hoy reconocido institucionalmente como Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila. La segunda,



el mayor manicomio provincial, conocido como la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, es oficialmente Hospital Interdisciplinario de Salud Mental. Por fin, el Mira y López, de un tiempo a esta parte Hospital Polivalente es el principal efector de salud en la región Norte de la Ciudad de Santa Fe.

La Colonia Psiquiátrica de Oliveros “Dr. Abelardo Freyre” (CPO) se encuentra en la localidad de Oliveros a 60 km de la Ciudad de Rosario en la zona rural cercana a la localidad de Maciel en el Departamento Iriondo. Es la institución monovalente que recibe más demandas de internación de las distintas regiones sanitarias. A la fecha y a partir de sucesivas reformas, el hospital ha generado distintas propuestas de trabajo: programas de externación, comités de admisión para controlar las internaciones arbitrarias, equipos interdisciplinarios y desarrollo de programas culturales, de la economía social, casas asistidas, entre otras. Ha jerarquizado la puesta en valor de la clínica ampliada y el desarrollo de prácticas asistenciales asociadas a la humanización de la asistencia, así como la de prevención de la violación cotidiana de los derechos humanos. Entre los generadores de tal violación se puede mencionar: la iatrogenia hospitalaria y la larga institucionalización, la arquitectura manicomial y la necesidad de “encierros terapéuticos” durante la pandemia. En forma simultánea, debe sumarse a ello a la permanente descarga que realiza el poder judicial, en parte para administrar la superpoblación carcelaria con la internación forzosa de pacientes que deben cumplir las penas en el hospital. Esta acción se realiza sin criterios clínicos con la apoyatura específicas de los equipos forenses que no cumplen con el criterio interdisciplinario que exige la ley de salud mental.

Si bien la pandemia modificó en parte estos datos cuantitativos desde el relevamiento del 2020, la CPO contaba con 230 camas, de las cuales aproximadamente 200 estaban ocupadas (24,5 % del total de las personas censadas). Siendo la mayor tasa de internación en la Provincia, 45 personas continuaban internadas por situaciones de crisis graves y riesgo para sí y para terceros y 100 aproximadamente (50 %) por problemas socio-económicos, de vivienda y de falta de apoyos socio-familiares. Igualmente, con propuestas colectivas (viviendas, ingresos, acompañamiento) que se complementan con los proyectos terapéuticos singulares, estarían en condiciones de pasar a vivir en comunidad entre 80 y 100 personas, con distintos tipos de acompañamiento según sus condiciones de autonomía e interdependencia. Igualmente, es importante notar la alta tasa de reinternación de pacientes debido a la fragilidad de las redes de salud mental en las ciudades y comunidades de la que son oriundos los y las pacientes.

En el caso del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila, el mismo se encuentra emplazado en el macrocentro de la Ciudad. Es el único hospital psiquiátrico público de la Ciudad de Rosario. En este centro regional también se han desarrollado una serie de reformas asistenciales: equipos interdisciplinarios para la atención de la Crisis y las Urgencias; equipos de evaluación y acompañamiento de las internaciones,

equipos de trabajo para la atención de pacientes de larga institucionalización, el Centro Cultural Gomecito con una oferta de cuidados diarios y culturales para los y las pacientes externados, el equipo de abogadas especializadas en mediación y derechos de los usuarios y sus familiares. Según el relevamiento de 2020, había 63 camas de internación, estando más de 90% ocupadas en los momentos más críticos. Había 52 internados, siendo 8 de ellos en situaciones de crisis y riesgo subjetivo, y 11 por problemas sociofamiliares y de falta de vivienda. Tendrían condiciones de externarse alrededor de 30, con mayor y menor acompañamiento según las condiciones de autonomía y dependencia de los internados.

El Hospital General Dr. Emilio Mira y López, desde sus primeras reformas asistenciales, para su transformación en un Hospital Polivalente, ha pasado por diversos cambios. Ha fortalecido la oferta sanitaria para la subregión Norte de la Ciudad de Santa Fe, ha mejorado su infraestructura hospitalaria, así como el área de consultorios externos y ha creado un centro de día para niños y adolescentes en salud mental con el apoyo provincial, y de la Asociación Cooperadora. Paralelamente, ha mejorado las condiciones de vida de sus pacientes internados, en especial los de larga institucionalización y con discapacidad.

Este diagnóstico del campo de la salud mental elaborado y estas hipótesis de lectura de este documento de trabajo, revelan también un problema fundamental: la información epidemiológica y de evaluación de servicios y programas es escasa, fragmentada y con indicadores cuali-cuantitativos de baja relevancia para una política que quiera fortalecer los procesos de implementación de la ley nacional de salud mental. Esto cual ocasiona la necesidad de fortalecer la construcción de un equipo de trabajo, que recupere la serie de contribuciones de la epidemiología crítica en el campo de la salud colectiva y de la salud mental.

Este diagnóstico sirvió de material de discusión en las rondas participativas y consultivas para la elaboración del Plan Provincial para la Salud Mental (2022-2028), que focaliza seis ejes para la consecución de una política (ARGENTINA, 2023). Y la propuesta innovadora que allí se plasma es la creación de Centros Territoriales de Salud Mental para nuestro territorio. Durante el último año se ha puesto en funcionamiento el primero de ellos, para la zona norte de Rosario.

Quedan así plasmadas las líneas rectoras de la política para los años venideros, donde se establecen seis ejes, siendo el primero el fortalecimiento de la red de salud mental y procesos de cuidado en el primer nivel de atención (APS). El segundo eje direcciona el abordaje integral de la salud mental en Hospitales Generales, SAMCOS y servicios de emergencias. Un tercer eje indica la definitiva transformación y sustitución de los Hospitales Monovalentes. El cuarto eje lo constituye el fortalecimiento y articulación de la red sustitutiva de salud mental a partir de la creación de las nuevas instituciones denominadas Centros Territoriales de Salud mental, además de la elaboración y presentación de los



Programas de Apoyos para la vida en comunidad, y de apoyos para el acceso al trabajo. El quinto eje hace foco en la formación y transformación de las prácticas y lógicas manicomiales con espacios de capacitación permanente. El último eje apunta, por fin, a la producción epidemiológica e investigación en salud mental.

## **A modo de concluir: avances y desafíos al porvenir**

Si bien en este año asistimos a cumplir 40 años de democracia ininterrumpida en Argentina, podemos reconocer la necesidad cada vez mayor de entender cómo el agravamiento de las condiciones de vida en la post-pandemia impacta en el campo de la salud mental. Algunos factores de importante influencia son: la deuda externa, los programas de ajuste neoliberal del Banco Mundial y el FMI, la inflación, la violencia estructural del desempleo y las violencias urbanas, la crisis de las políticas públicas y el aumento de las poblaciones bajo la línea de la pobreza y, fundamentalmente, la aparición de nuevas formas de fascismo con fuertes discursos anti-derechos y anti-estatales, que tienen particulares efectos en una contra-ofensiva a las políticas de redistribución y reconocimiento del campo de la salud mental.

Esta coyuntura es más que preocupante y exigirá ampliamente una renovación de una cultura de la resistencia para los colectivos, activistas, trabajadores y profesionales en el campo de la salud mental - gran parte de la población asistida regularmente en las instituciones del campo de la salud pública.

Parte de la agenda fundamental de esta etapa de los trabajadores y de las gestiones públicas en el campo de la salud mental, necesita superar un modelo de trabajo que muchas veces se mostró encerrado en un perfil asistencialista, en la administración de la crisis, en innovaciones precarias y sin poder garantizar ni sostener cambios más profundos en la cultura asistencial en las instituciones de internación y en la red de programas y servicios de salud mental.

En este punto, una gestión pública asociada con la desmanicomialización debe comprometerse con la promoción de un enfoque de derechos en el campo asistencial, con una reforma integral de la atención y los sistemas de cuidado en el campo de la salud en general y en la salud mental en particular, y fundamentalmente con la mejora cualitativa de las condiciones de asistencia y de trabajo.

Para concluir, debemos decir que los últimos años han producido, en varias provincias del país, una salida del estancamiento que habíamos asistido en los últimos diez años. Se viene construyendo, con las experiencias logradas en esos años, una política de salud mental participativa en la que los actores del campo, de forma conflictiva, cooperativa y también desde la oposición, se encuentran comprometidos en llevar adelante más allá de las coyunturas por venir.

**Contribuciones de autor:** Ambos autores participaron en la concepción, preparación y revisión del artículo.

**Agradecimientos:** No se aplica.

**Agencia fundadora:** No se aplica.

**Aprobación por el Comité de Ética:** No se aplica.

**Conflicto de intereses:** No se aplica.

## Referencias

ALBERDI, J. *Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina*. Rosario: UNR Editora, 2003.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. SDE/ENSP, 1995.

BASAGLIA, F. *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* Barcelona: Anagrama, 1972.

FARAONE, S.; BARCALA, A. *A diez años de la sanción de la ley Nacional de Salud Mental*. Coordinadas para una cartografía posible. Buenos Aires: Teseo, 2020.

GALENDE, E. *Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1993.

GALENDE, E. *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

GERLERO S. *et al. Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en Salud Mental en Argentina*. Rosario: Laborde, 2007

ROTELLI, F. “*Superando o manicomio: el circuito psiquiátrico de Trieste*”, en *Psiquiatría Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

VASCONCELOS, E.M. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistências, diálogos com o marxismo e o serviço social*. Campinas: Tempo Social 2016

WHO. *World Mental Health Report: transforming mental health for all*. 2022. Disponible em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433523/retrieve>. Acceso en: 01 nov. 2023.

OPS. *Argentina acompaña a cinco provincias en el cambio de la atención en salud mental*. 2023. Disponible em: <https://bit.ly/3EPNywG>. Acceso en: 01 nov. 2023.

ARGENTINA. *Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028*. 2023. Disponible em: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/248907>. Acceso en: 01 nov. 2023.