

Documento de Evaluación de Tecnología Sanitaria

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

Gobernador de la Provincia del Neuquén
Cdor. Rolando Figueroa

Vice Presidenta Primera a cargo de la Honorable Legislatura de Neuquén
de la Provincia del Neuquén
Sra. Zulma Reina

MINISTERIO DE SALUD

Ministro de Salud
Martín Regueiro

Subsecretaria de Salud
Guadalupe Montero

Subsecretaria de Administración Sanitaria
Iris Alejandra Martín

TÍTULO: Informe de Evaluación de Tecnología Sanitaria: Dispositivos de Inclusión Habitacional como nueva Tecnología Sanitarias en la Provincia de Neuquén

AUTORES: Jeronimo Pennini y Hasdeu, Santiago

Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

FECHA: Junio de 2025

DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERES: Los autores declaran no poseer C. de I.

CONTACTO: biotecnologiasneuquen@gmail.com

AGRADECIMIENTOS:

Adriana Feltri
Agustina Florencia Zapico Feltri
Carolina Zaffino
Cecilia Miranda
Claudia Baffo
Diana Rorai
Ernesto Ruiz
Fernanda Villalba
Gabriel Rickemberg
Germán Carraro
Gervasio Claverie
Gisela Jara
Hernán Ingelmo
Horacio Trapassi
Mariana León
Mariangeles Martinez
Martín Sapag
Paula Alegría

Resumen ejecutivo

En el mundo, los problemas sanitarios vinculados a la Salud Mental vienen en aumento, configurando un panorama epidemiológico complejo que genera un enorme desafío, tanto para los sistemas de salud, como para las sociedades en general. Dentro de los trastornos de Salud Mental a nivel global, se destaca el gran porcentaje de trastornos vinculados al desarrollo, ansiedad, depresión, psicosis y consumos problemáticos. Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan el 14 % de la carga global de enfermedad, afectando a todos los rangos etarios y todas las regiones del mundo. En su Plan de acción integral sobre Salud Mental 2013-2030 (2022), la OMS manifestó su preocupación por el aumento en la probabilidad de muerte prematura en personas diagnosticadas con depresión mayor o esquizofrenia, siendo este riesgo entre un 40% y 60% mayor que la población general y por las barreras de acceso a un tratamiento efectivo. Esta “brecha en salud” da cuenta de las dificultades adicionales en la accesibilidad que coexisten con los trastornos mentales. En población que además presenta mayor vulnerabilidad socioeconómica, el círculo pobreza-enfermedad-pobreza de Horwitz se retroalimenta, con consecuencias cada vez más adversas, representando un auténtico círculo vicioso.

Históricamente, la internación en instituciones psiquiátricas (manicomios) constituyó una práctica recurrente en la atención de cuadros graves, manteniendo a personas hacinadas, muchas veces de por vida. A partir de la década del '70, se comenzaron procesos de reforma, cierre de instituciones monovalentes y transformación hacia un modelo de atención comunitaria. En América Latina, Brasil fue pionero replicándose su experiencia en el resto de los países de la región, promoviendo un cambio de paradigma hacia una perspectiva comunitaria e integral en los abordajes de las problemáticas de salud mental.

En este complejo escenario, los Dispositivos de Inclusión Habitacional (DIH) representan una estrategia central para la desinstitucionalización, al favorecer la inserción comunitaria de personas con trastornos mentales graves y/o consumos problemáticos. En la Provincia de Neuquén, su implementación supone reorientar las prácticas hacia un modelo de atención comunitaria basado en la atención primaria de la salud, por lo que las autoridades solicitaron su evaluación como nueva tecnología sanitaria. Este informe tuvo por objetivo explorar el impacto clínico, económico y social de los DIH, mediante una evaluación de tecnología sanitaria estructurada, que buscó responder preguntas de investigación explícitas (esquema PICO), realizando una búsqueda bibliográfica exhaustiva de estudios cuantitativos y cualitativos, análisis crítico, evaluación económica e impacto en equidad y en la red prestacional. Se recabó información sobre los marcos legales vigentes en Neuquén y en Argentina, información epidemiológica local y se georeferenciaron dispositivos en funcionamiento y proyectados. La evidencia identificada, tanto cuantitativa (estudios de cohortes, estudios controlados, revisiones sistemáticas, metaanálisis) como cualitativa (Estudios de casos y experiencias en Argentina y Brasil), mostró que, pese a la baja calidad de los estudios y al mayor costo inicial de implementación, los DIH planificados e integrados en la red resultan más efectivos y costo-efectivos que los entornos hospitalarios, con potencial para generar mejores resultados terapéuticos y reduciendo inequidades. En conclusión, los DIH en Neuquén tienen el potencial de ser una alternativa efectiva, segura y conveniente, alineada con la legislación vigente y la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Su efectividad y sustentabilidad requieren articulación intersectorial, monitoreo continuo sobre indicadores consensuados, respeto por la territorialidad de los usuarios, inclusión laboral y prevención de prácticas de transinstitucionalización.

Índice

Resumen ejecutivo	3
Introducción	5
Selección del tema de estudio y contexto de realización del informe	5
Historización	5
Epidemiología de los trastornos de Salud Mental	9
Situación actual internacional / nacional.....	10
Descripción de la Evaluación de la Tecnología Sanitaria	15
Los Dispositivos de Inclusión Habitacional	15
Evaluación de los DIH como tecnología sanitaria	18
La Evaluación de Tecnologías Sanitarias.....	18
La Evaluación de Tecnologías Sanitarias Blandas.....	19
Tecnologías alternativas	19
Objetivo	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
Metodología	22
Pregunta PICO	22
Otras preguntas de investigación	22
Glosario	23
Conceptos Clave	23
Dispositivos similares a los DIH en el mundo	23
Términos DeCS / MeSH	25
Eficacia y Seguridad.....	26
Calidad.....	27
Equidad.....	29
Evaluación económica.....	32
Otros impactos.....	35
Resultados	36
Mapeo de las fuentes de información identificadas	36
Situación epidemiológica provincial.....	37
Actualidad de los Dispositivos de Inclusión Habitacional en la provincia	44
Eficacia y Seguridad.....	49
DIH en otros países y otras experiencias	49
Búsqueda bibliográfica sobre eficacia y seguridad.....	49
Análisis de la bibliografía cuantitativa	50
Calidad.....	64
Equidad.....	68
Evaluación económica.....	74
Otros impactos.....	77
Implementación	78
Discusión	79
Hallazgos principales.....	79
Referencias	82

“El esquizofrénico se pierde a sí mismo, y esto le da terror, por eso construye un delirio, que es una realidad subjetiva personal con restos de su memoria infantil. Nosotros también deliramos, igual que un loco, sólo que todos deliramos con un mismo delirio, que es lo que llamamos ‘la realidad’, y también lo que consideramos objetivo, como la realidad social, es una ilusión compartida.”

Alfredo Moffat, 1994

Introducción

Selección del tema de estudio y contexto de realización del informe

La rotación de residentes por el Comité Provincial de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Provincia de Neuquén tiene como eje la elaboración de un informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS). Previo a mi rotación realizada en mayo-junio de 2025 la Dirección Provincial de Salud Mental de Neuquén, y la Subsecretaría de Salud de Neuquén solicitaron al Comité Provincial de ETS la elaboración de un informe sobre los Dispositivos de Inclusión Habitacional para usuarios con trastornos mentales graves y/o consumo problemático de sustancias. El trabajo se inició intercambiando información y logrando consensos mediante reuniones previas a la rotación. Durante los meses de mayo-junio del 2025 se trabajó diariamente en la temática con los miembros del Comité Provincial de ETS, y otros actores involucrados como distintos miembros de la Dirección Provincial de Salud Mental, la Dirección de Epidemiología, la Dirección de Información Sanitaria, el área de Estadísticas Sanitarias, la Dirección de Prestaciones, entre otras.

Pregunta de investigación que busca responder el informe:

¿Qué impacto tienen los Dispositivos de Inclusión Habitacional en comparación con la internación prolongada en instituciones, en términos de calidad de vida, reinserción social, autonomía y riesgos asociados en personas con trastornos mentales graves y/o consumo problemático de sustancias?

Historización

Las críticas al modelo asilar de atención psiquiátrica cobran fuerza en Francia y Estados Unidos a principios del siglo XIX, poniendo de manifiesto no sólo la precariedad edilicia de los hospitales psiquiátricos, sino también la ineficacia terapéutica y las condiciones de encierro a las que eran sometidas las personas internadas. Sin embargo, fue recién después de la Segunda Guerra Mundial que se visibilizó masivamente la situación de abandono, violencia y deshumanización en la que seguían viviendo muchas de estas personas internadas. En ese contexto de posguerra, y en sintonía con un incipiente enfoque de derechos humanos, surgieron los primeros Estados de bienestar y, con ellos, sus sistemas de salud universales de carácter estatal, como el National Health Service en el Reino Unido (1948), bajo el modelo Beveridge, y más adelante, el Medicare en Canadá y Australia (década del 60 y 70, respectivamente). Estos sistemas incorporan como novedad las actividades preventivas y de promoción de la salud, así como el uso de una epidemiología aplicada a las enfermedades no

infecciosas (Gorsky, M., 2015; Marchildon GP, 2017; Department of Health and Aged Care, 2024).

En este escenario internacional de cambios de paradigma en torno a la gestión de la salud pública, y junto con el cuestionamiento al modelo manicomial, la experiencia italiana marcó un punto de inflexión. Liderado por el psiquiatra Franco Basaglia, el movimiento, con fuertes críticas a las instituciones psiquiátricas, dio lugar a una transformación política y sanitaria que permitió la aprobación de la Ley N.º 180 en Italia en 1978, la cual sentó las bases para una psiquiatría sin manicomios. Pero, no fue sino hasta 1994 que se reglamentó dicha ley. Este proceso que inició con la crítica al modelo manicomial y siguió con la movilización política para concluir en la ley nacional y su reglamentación, representó la primera reforma estructural en Salud Mental (SM) a nivel mundial, y sirvió de referencia para orientar la atención en SM hacia un modelo asistencial con base en la comunidad (Amarante P, 2022).

A partir de entonces, diferentes países iniciaron procesos de transformación hacia un modelo de SM comunitaria. Aunque cada reforma asumió características propias según el sistema sanitario y el rol asignado al hospital psiquiátrico, Desviat (2020) identifica ciertos lineamientos comunes: el cierre o transformación de los manicomios, la creación de dispositivos comunitarios, la integración de la SM en la atención sanitaria general, la reforma legislativa en favor de los derechos de las personas usuarias, y la búsqueda por revertir el estigma social asociado al trastorno mental.

En América Latina, los procesos de reforma en SM comenzaron a desarrollarse de forma sostenida a partir de la década de 1990, impulsados por el reconocimiento de los derechos humanos en el campo sanitario y la influencia de experiencias internacionales como la italiana. Sin embargo, estas reformas han estado marcadas por profundas desigualdades estructurales, sistemas de salud fragmentados y escasa inversión estatal, producto de los distintos gobiernos militares de facto y regímenes económicos neoliberales, tanto en dictadura como en democracia, lo que ha dificultado su implementación. A pesar de ello, países como Brasil, Chile, Uruguay y Argentina han avanzado en la construcción de marcos normativos que promueven el cierre progresivo de manicomios y el desarrollo de una red de atención comunitaria.

En particular, Brasil se constituyó en un modelo de referencia regional en SM. Iniciada en la década de 1970 y fortalecida a partir de la Declaración de Caracas¹ (1990), la lucha por la desmanicomialización derivó en la aprobación de la Ley Nacional de Brasil 10.216 (2001), que dispone el cierre de hospitales psiquiátricos, protege los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta las prácticas del modelo asistencial. Dos años después, en 2003, se sumó la Ley 10.708, conocida como “Ley del Programa de Vuelta al Hogar”, que instituye un auxilio–rehabilitación psicosocial para usuarios con trastornos mentales dados de alta de internaciones prolongadas (Berlinck, 2009).

¹ En 1990, la OPS y la OMS publicaron un documento titulado “La reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina: una nueva política para los servicios de SM”, conocido como la Declaración de Caracas, este documento tuvo un fuerte impacto en la reforma psiquiátrica brasileña.

Además de la Declaración de Caracas y la experiencia normativa de Brasil, en la región se llevaron a cabo otros acuerdos internacionales que orientaron las prácticas en SM. Entre ellos se destacan:

la Asamblea General de las Naciones Unidas (1991), que establece que “(...) toda persona que padezca una trastorno mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad”;

la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad (2001);

la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), promulga la inclusión, la no discriminación, la capacidad jurídica e independencia de las personas con discapacidad, y marca un cambio de paradigma al reconocer que la discapacidad surge de barreras sociales y ambientales, no solo de condiciones individuales;

el Consenso de Brasilia (2013), donde usuarios de servicios de SM y sus familiares afirman: “El compromiso de los Estados es asegurar, promover y proteger el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de los usuarios de servicios de SM, adoptando las medidas necesarias para la equiparación de oportunidades (...) la inclusión en la comunidad y el acceso al conjunto de las políticas públicas”;

y el Plan de Acción en SM de la OMS y Marco para servicios de salud integrales y centrados en la persona (2016), reforzando un enfoque de recuperación de base en la comunidad, centrado en la persona y basado en evidencia (ONU, 1991, 2006; OEA, 2001; Consenso de Brasilia, 2013; OPS, 2022)

En Argentina, con el retorno a la democracia (1983), se reactivó el impulso reformista, generando que la discusión sobre la necesidad de cambiar las prácticas en SM cobrara mayor fuerza, en sintonía con el contexto regional de reformas. Sin embargo, recién en el año 2010 se logró la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (LNSM), que constituyó un hito al establecer la desmanicomialización como principio rector y reconocer la SM como un derecho humano. En su artículo 27, la LNSM (2010) establece que la Autoridad de Aplicación, junto con las autoridades provinciales, especialmente aquellas con instituciones monovalentes en sus territorios, deben elaborar planes para reemplazar estos dispositivos por alternativas de base comunitaria. Estos planes deben incluir plazos y objetivos concretos, con una fecha límite de cumplimiento fijada para el año 2020, en línea con el Consenso de Panamá adoptado por la OPS/OMS. Además, el acceso a apoyo técnico y financiero nacional dependerá del cumplimiento de estos compromisos. El personal de las instituciones deberá recibir formación adecuada y ser reubicado en los nuevos dispositivos comunitarios según sus capacidades.

Esta ley no pudo haberse sancionado sin antecedentes provinciales relevantes: la reforma con enfoque comunitario en Río Negro (1991), la experiencia innovadora en San Luis (1993), y la Ley 448 aún vigente en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000) (Río Negro, 1991; Ciudad

Autónoma de Buenos Aires, 2000; Argentina, 2010; Stolkiner, 2021). El nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (2015) se alinea con un cambio de paradigma en derechos humanos, en consonancia con la LNSM y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Introduce modificaciones significativas sobre la capacidad jurídica y las internaciones por razones de SM, especialmente las involuntarias, promoviendo alternativas que reduzcan los efectos negativos asociados a las condiciones de las instituciones psiquiátricas tradicionales, y haciendo foco principalmente en la interdisciplina como estrategias de abordaje (Puig, 2017).

A pesar de su importancia, la implementación de la LNSM ha enfrentado resistencias institucionales y déficits en el desarrollo de dispositivos intermedios, como viviendas asistidas, casas de medio camino, viviendas comunitarias, dispositivos de inclusión habitacional y redes de apoyo territorial, entre otros servicios con base en la comunidad. En este marco, la desinstitucionalización no puede reducirse al cierre de hospitales psiquiátricos: requiere un entramado de políticas públicas intersectoriales —especialmente en áreas como vivienda, trabajo y cultura, además de salud— que, mediante un trabajo integral, garanticen condiciones reales para la inclusión social de las personas con trastornos mentales graves.

La experiencia de desinstitucionalización en la provincia de Neuquén presenta diferencias notables respecto al resto del país. Desde el inicio del sistema de salud neuquino, se optó por no construir instituciones psiquiátricas monovalentes públicas, lo que marcó una definición política sostenida en el tiempo. En cuanto a la normativa más reciente en SM, se destacan dos hitos importantes: por un lado, la creación en noviembre de 2010 del Consejo Provincial de Atención Integral de la SM y Adicciones (COPAI), a través de la Ley Provincial N.º 2.737, como espacio de planificación, diseño y coordinación de políticas públicas integrales en prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social en el campo de la SM y las adicciones; por otro, la sanción de la Ley Provincial N.º 3.182 en 2018, que establece la adhesión de Neuquén a la LNSM.

La ausencia de instituciones monovalentes públicas hizo que, frente al crecimiento sostenido de la problemática de SM, el sistema de salud provincial comience a articular con instituciones privadas mediante convenios público-privado. Si bien, en un inicio esta estrategia resultó parcialmente efectiva, con el tiempo las condiciones edilicias y de atención en esos dispositivos se deterioraron. Sumado a esto, la cantidad de internaciones sociales en Hospitales Generales y, fundamentalmente, la vigencia normativa de la LNSM, motivaron al gobierno provincial para la creación de Dispositivos de Inclusión Habitacional (DIH), inspirándose en experiencias nacionales que venían (y vienen) mostrando buenos resultados en términos de inclusión, autonomía y calidad de vida.

Estas iniciativas de externación y relocalización son monitoreadas y acompañadas por el Órgano de Revisión Provincial en SM, creado como parte de la adhesión a la LNSM, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas con trastornos mentales y velar por la adecuación de las políticas provinciales al marco legal vigente.

Epidemiología de los trastornos de Salud Mental

Los trastornos de SM aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales. En Argentina y en el mundo, el impacto epidemiológico de esta problemática, representa un desafío creciente para los sistemas de salud así como para la sociedad.

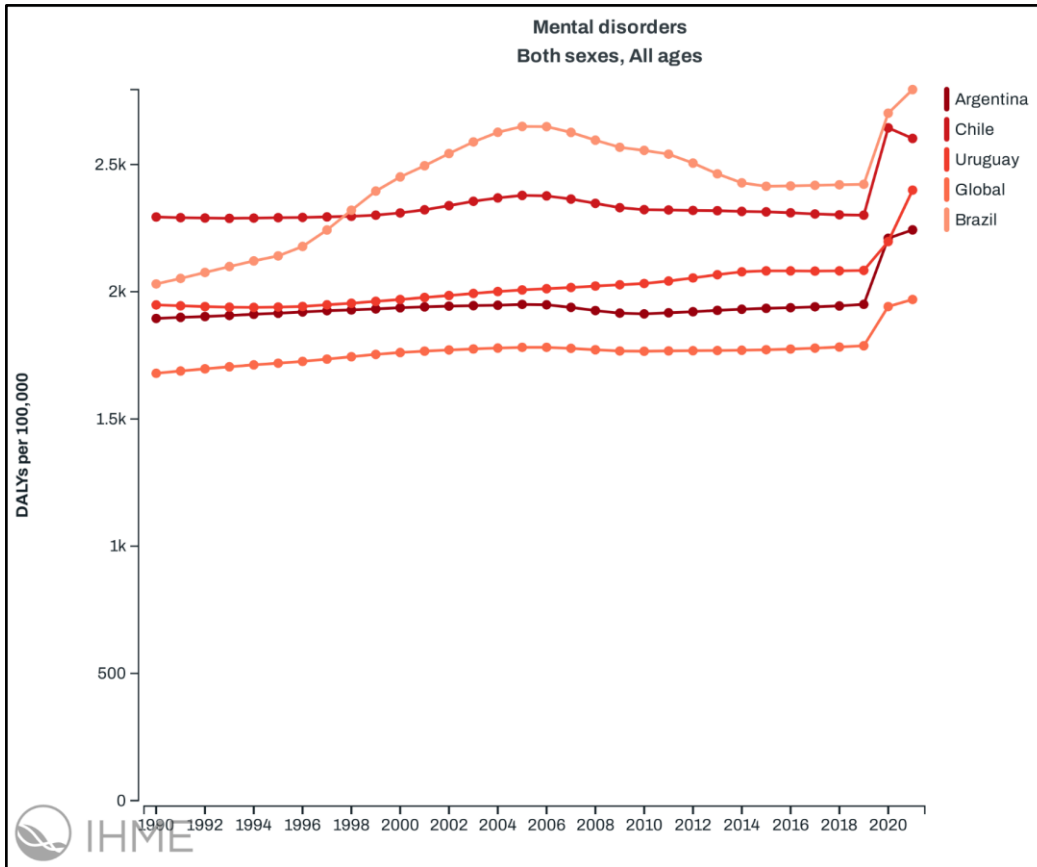
Según un informe de la OMS, para el 2019 la prevalencia de trastornos de SM fue de 970 millones de personas (52,4% de sexo legal femenino y 47,6% masculino). De este total se destaca que, el 31% (301 millones de personas) padecía trastornos de ansiedad, el 28,9% (208 millones) trastornos de depresión, el 11,1% (108 millones) a trastornos del desarrollo (idiopático), y el 8,8% (85 millones) trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (OMS, 2022).

Además, el Plan de acción integral sobre SM 2013-2030 de la OMS (2022) indica que, las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio (segunda causa más frecuente de muerte en grupos etarios jóvenes) (OMS, 2022).

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias afectan a personas de todas las edades y regiones del mundo, representando el 14 % de la carga global de enfermedad. Sin embargo, una gran proporción de quienes los padecen —hasta un 75 % en países de bajos ingresos— no accede al tratamiento necesario. Esto evidencia la llamada “brecha en SM”, que da cuenta de las barreras en accesibilidad a la atención en general, que padecen las personas diagnosticadas con algún trastorno de SM. Para reducir esta brecha, la OMS implementó el Programa de Acción para Superar las Brechas en SM (mhGAP), que promueve el acceso a atención, apoyo psicosocial y medicación, incluso en contextos con recursos limitados (OMS, 2015).

Situación actual internacional / nacional

Figura 1. Tendencia temporal de la tasa de DALYs por Trastornos mentales en ambos sexos y todas las edades (Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Mundial)

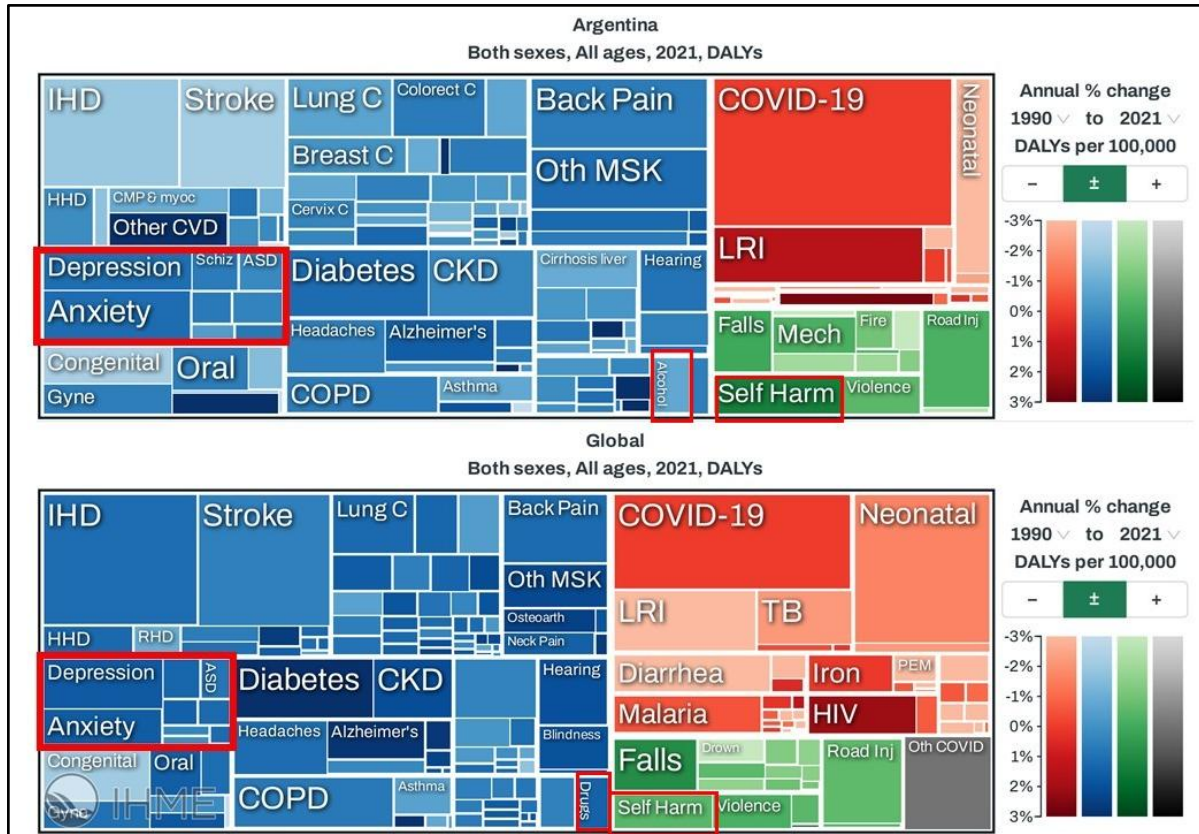


Fuente: IHME (Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud)

En la figura superior se observa la tendencia a lo largo del tiempo de los DALYs² para trastornos mentales (F00-F99, en CIE-10) en Argentina, Uruguay, Chile, Brasil y a nivel global. En el caso de Argentina, se muestra que estos padecimientos impactan notablemente menos en nuestra población que en Brasil o Chile, y de manera similar que en Uruguay. Si bien la tendencia general es menor en Argentina que en estos países, aún así está por encima de la media global. Además, se observa que, en los 4 países como también a nivel mundial, el impacto de estos trastornos viene aumentando en los últimos 3 años mostrados, probablemente debido a la pandemia de SARS-CoV 2 cuyas consecuencias en la SM han sido ampliamente descritas.

Figura 2. Tasa de DALYs en Argentina y a nivel Global. Trastornos mentales (recuadro rojo) en ambos sexos y todas las edades (2021).

² DALYs (por sus siglas en inglés, Disability-Adjusted Life Years) significa “Años de Vida Ajustados por Discapacidad” (AVAD) y es un indicador que estima la carga total de una enfermedad combinando los años de vida perdidos por muerte prematura (YLLs) y los años vividos con discapacidad (YLDs).

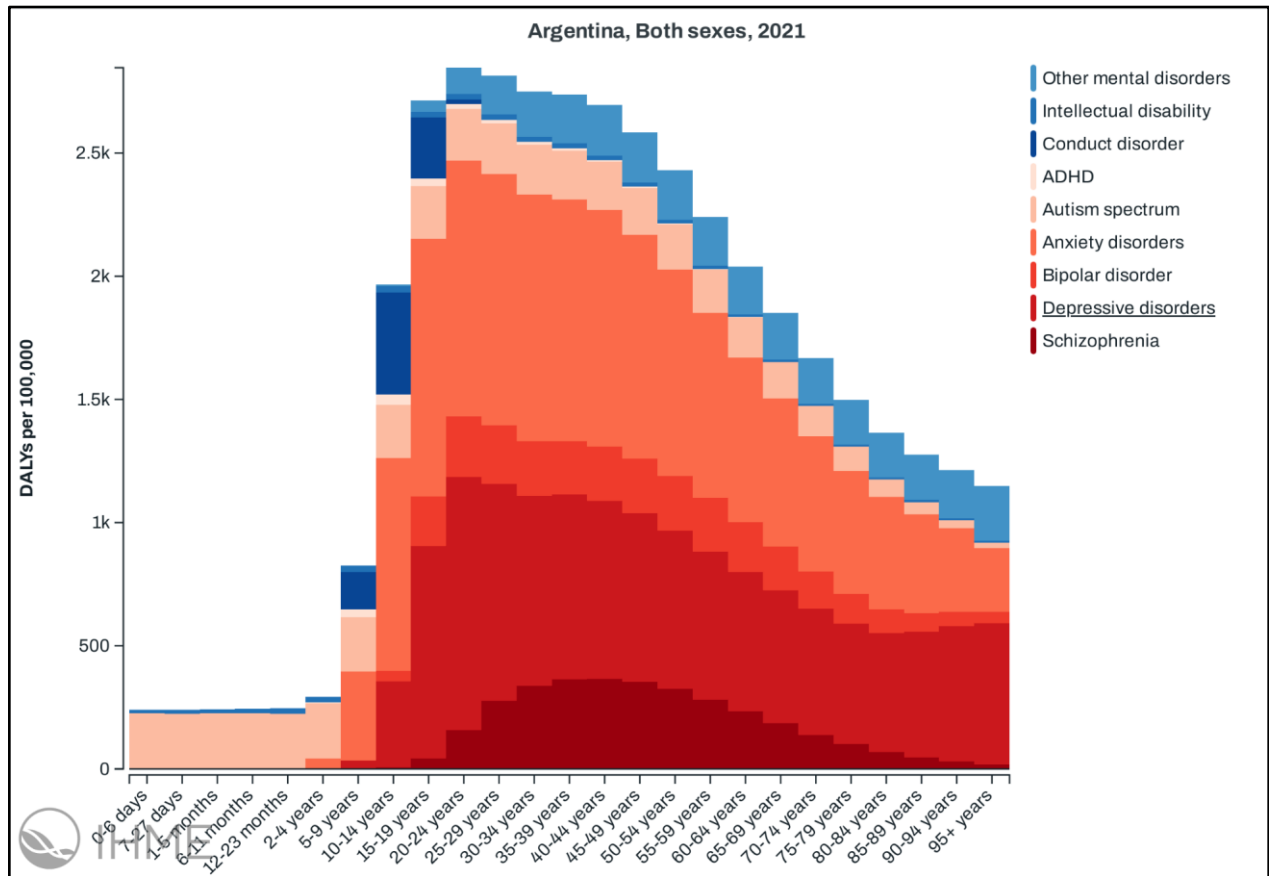


Fuente:

IHME (Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud)

En la figura superior se muestra una comparación entre Argentina y el Mundo, respecto al lugar que estos trastornos mentales ocupan para el 2021 en comparación con otros trastornos. En Argentina, los trastornos mentales representan aproximadamente un 10,2% del total de DALYs, mientras que en el mundo estos representan aproximadamente el 7,8% del total de DALYs.

Figura 3. Distribución por grupo etario de la tasa de DALYs para los trastornos mentales en Argentina en 2021.



Fuente: IHME (Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud)

En la figura superior, se muestra la distribución por grupo etario de los DALYs vinculados a los trastornos mentales en el año 2021 en Argentina. Resulta llamativo, la aparición de Trastornos relacionados a la Ansiedad y Depresión en infancias (2 a 4 años) y su tendencia a aumentar hasta llegar a un máximo en el grupo etario de 14 a 19 años (para la Ansiedad) y de 20 a 24 años (para la Depresión), siendo este último el que mayor cantidad de DALYs suma al agrupar los trastornos mentales seleccionados.

Suicidio:

El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo, destacándose como la tercera causa en las poblaciones jóvenes de entre 15 y 29 años. Según la OMS, cada año más de 720.000 personas fallecen por esta causa. Un informe reciente de la OPS mostró que, en la Región de las Américas, la tasa de suicidio estandarizada por edad aumentó un 17 % entre 2000 y 2019, siendo esta la única región de la OMS que presentó un incremento durante ese período. El mismo informe indicó que, en promedio, se registraron 98.000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019.

En el caso de Argentina, se identificó en la bibliografía una inconsistencia en los datos más recientes sobre mortalidad por suicidio. Existen dos fuentes oficiales nacionales que difieren en 709 eventos en el total de defunciones por esta causa para el año 2023. Por un lado, un informe de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud

de la Nación (Min Sal), publicado en diciembre de 2024, reportó un total de 3.488 muertes por suicidio (incluyendo secuelas) (MinSal, 2024). Por otro lado, el Ministerio de Seguridad de la Nación, a través de su Sistema de Alerta Temprana sobre Suicidios (SAT-SS), difundió un informe basado en datos del Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC), donde se señala que: “(...) Durante el año 2023 se registraron 4.197 suicidios en el país, arrojando una tasa de 9,8 suicidios cada 100.000 habitantes mayores a 5 años. Debido al persistente aumento en los casos durante los últimos 3 años, pasó a ser la principal causa de muerte violenta en el país para el año 2023, representando el 38,1 % de las mismas” (Ministerio de Seguridad de la Nación, 2024).

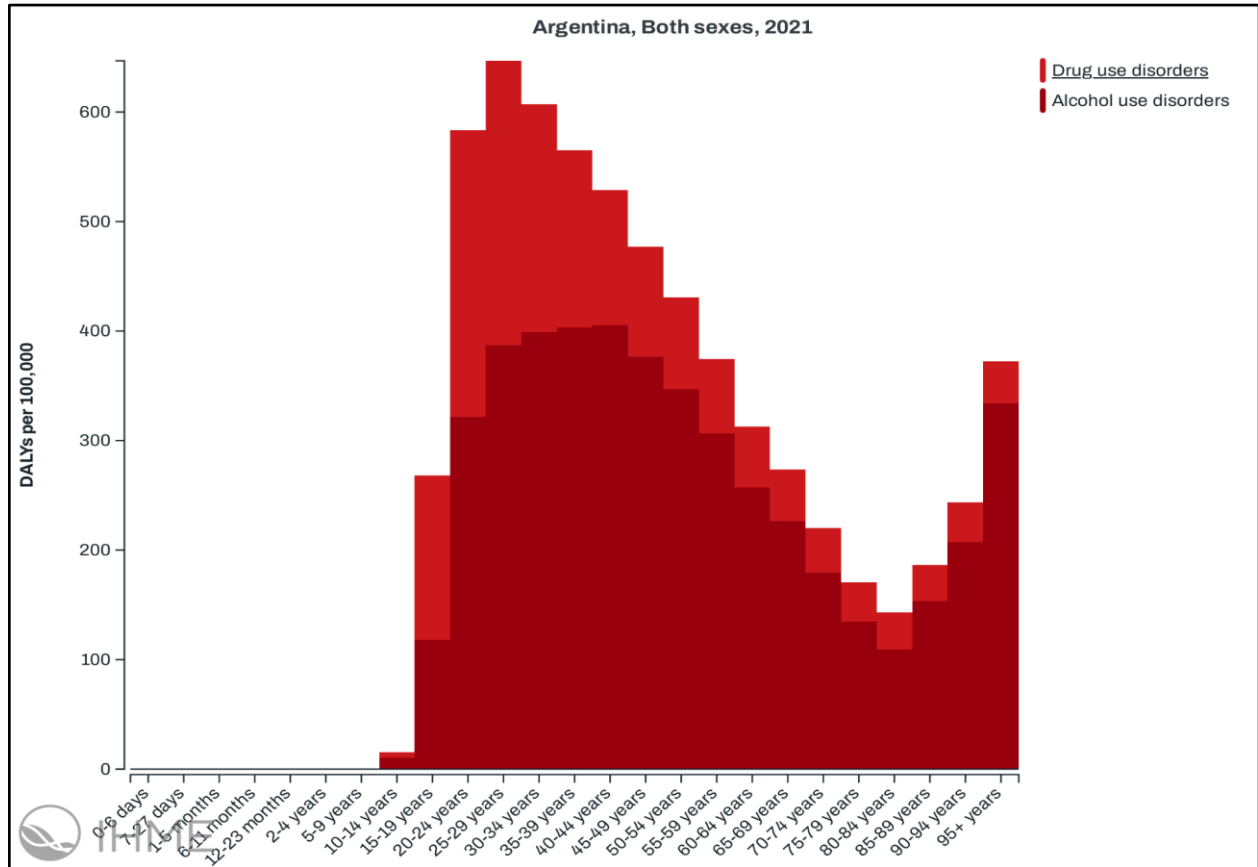
Consumo problemático:

Un informe reciente de las Naciones Unidas (2024) destaca un aumento alarmante en el uso de sustancias psicoactivas a nivel mundial, haciendo hincapié en la transmisión intergeneracional del consumo que afecta a un número creciente de jóvenes. En 2022, una de cada 81 personas a nivel global (64 millones en total) presentó problemas de salud atribuibles al uso de estas sustancias, lo que representa un incremento del 3 % respecto de 2018.

La OPS informa que, en 2024, aproximadamente 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres en América Latina y el Caribe experimentaron trastornos relacionados con el uso de drogas, incluyendo dependencia y otras afecciones asociadas (OPS, 2024).

Según el Observatorio Argentino de Drogas (Sedronar, 2025), para el año 2022 en Argentina se estimó un total de 13.426 muertes relacionadas al consumo de drogas en la población de 15 a 64 años, es decir que fueron el 15,2% de las muertes totales para ese grupo de edad, con una tasa bruta de mortalidad de 45,3 cada 100.000 habitantes. De estas muertes vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas la mayor parte corresponde a varones (70,3%). El tabaco es la sustancia asociada a la mayoría de estas muertes (80,2%), seguido por el alcohol (17,6%), mientras que los estupefacientes y otras sustancias de uso indebido representan proporciones mucho menores (1,5% y 0,7%, respectivamente) (Observatorio Argentino de Drogas - Sedronar, 2025).

Figura 4. Distribución por grupo etario de la tasa de DALYs para los trastornos vinculados a consumos de sustancias psicoactivas en Argentina en 2021.



Fuente: IHME (Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud)

En la figura 4 se muestra una tendencia en aumento de los trastornos vinculados a sustancias psicoactivas en población joven, comenzando en el grupo de 10 a 14 años y llegando a dos máximos: para los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco), en el grupo de 20 a 24 años; y para el consumo problemático de alcohol, en el grupo de 40 a 44 años. El grupo etario de 24 a 29 años es el que presenta la mayor tasa de AVAD al agrupar todos los trastornos vinculados a consumo problemático de sustancias psicoactivas. Las leyes que regulan el uso de drogas en Argentina presentan un enfoque contradictorio, oscilando entre una perspectiva punitiva y un enfoque de salud pública (Camarotti y Güelman, 2018). La criminalización del consumo genera malestar y vulnerabilidad en los individuos, además de ser una barrera significativa para el acceso a la atención sanitaria, especialmente para aquellos en condiciones de vulnerabilidad (Epele, 2007). Un ejemplo de esto se revela en un estudio, donde se muestra que las mujeres que consumen drogas durante el embarazo enfrentan rechazo en hospitales, lo que las lleva a ocultar su consumo y a adoptar estrategias de autoatención (Diez, Pawlowicz, Vissicchio, Amendolaro, Barla, Muñoz y Arrúa, 2020). El estigma que rodea a las personas que consumen drogas fomenta la exclusión y discriminación. Sin embargo, hay un movimiento creciente hacia la inclusión social, que busca mitigar esta vulnerabilidad y fomentar nuevas respuestas socio-terapéuticas (Camarotti y Güelman, 2018).

Dualidad en Salud Mental:

En su trabajo Diagnóstico dual: un cambio de paradigma para el tratamiento de las adicciones, Gómez Benumea (2015), identifica que, desde de la década de 1980, diversos estudios epidemiológicos se enfocan en la prevalencia del diagnóstico dual (la coexistencia de trastornos por consumo de sustancias y trastornos mentales) y sus resultados, varían según el método y la población estudiada. Se estima entre un 20 % y 50 % en la población general, y entre un 40 % y 80 % en población con diagnóstico clínico. En Estados Unidos, se ha informado que cerca de la mitad de las personas con alcoholismo y la mayoría de quienes consumen drogas ilícitas presentan también trastornos psiquiátricos. Además, un porcentaje significativo de hombres y mujeres con dependencia al alcohol ha recibido al menos un diagnóstico psiquiátrico en algún momento de su vida. La patología dual también afecta a poblaciones específicas con mayor vulnerabilidad. Se ha reportado una alta prevalencia en personas en situación de calle, personas privadas de libertad y mujeres, especialmente aquellas con antecedentes de violencia o abuso. En personas mayores, la combinación de alcoholismo y depresión alcanza valores elevados y se asocia con un importante número de suicidios en este grupo etario (Gómez Benumea, 2015).

Consultado por esta subpoblación en la Provincia de Neuquén, el especialista en adicciones Dr. Fabio Fortuna refiere que la gran mayoría de los usuarios que atiende por motivos de consulta vinculados al consumo problemático de sustancias psicoactivas corresponden a un diagnóstico dual.

Descripción de la Evaluación de la Tecnología Sanitaria**Los Dispositivos de Inclusión Habitacional**

A pesar de que la LNSM, desde el 2010 establece que: “las internaciones por motivos de SM son un recurso terapéutico excepcional y por un plazo corto de tiempo (3 meses como máximo)”, en Argentina había 12.035 personas internadas en instituciones monovalentes para el 2019 según el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de SM (2019). Este mismo Censo mostró que las personas se encontraban internadas por un promedio de 8,2 años, incluyendo estadías de entre 1 año y 90 años. Si bien el 75% de las instituciones pertenecía al sector privado, el 52% de las personas se encontraba internada en instituciones públicas. En el Provincia de Neuquén, para el 2019 había 99 personas internadas distribuidas en 3 instituciones, en su totalidad privadas, que sostenían internaciones de personas con y sin cobertura en salud, por convenios con salud pública. Estos convenios fueron establecidos en 1998 (el acuerdo con la institución que se llamaba Valle Sereno), en 2004 (con Vida Bella) y entre 2006 y 2007 (con lo que solía ser CIPEC).

Stolkiner A. (s.f.), afirma que las instituciones manicomiales denominadas como hospitales neuropsiquiátricos o monovalentes privan de libertad a las personas internadas bajo el argumento de la curación, separando a las personas de sus ámbitos familiares y comunitarios, favoreciendo la cronificación por los efectos de la propia institucionalización. A esta definición,

Lenta, Tisera y Lohigorry (2020) agregan que dentro del sistema capitalista y las formas de poder en las que se expresa, los modos de internación de estas instituciones producen procesos de desubjetivación a través de la serialización e individualización del control social que predomina en las lógicas manicomiales de tratamiento.

Ante esta compleja problemática, los Dispositivos de Inclusión Habitacional (DIH) surgen como parte de una política pública integral que busca ofrecer una respuesta socio-sanitaria a personas con trastornos mentales graves, especialmente a aquellas que se encuentran bajo tratamiento ambulatorio o en proceso de externación de instituciones monovalentes, y cuya inclusión en la vida comunitaria se ve obstaculizada por la falta de acceso a una vivienda digna o a un entorno familiar adecuado.

Según la Guía Nacional “Buenas Prácticas en SM” (2023), los DIH son unidades convivenciales que forman parte de la Red de Servicios de Atención en SM con Base en la Comunidad, y que funcionan como estructuras intermedias en las que confluyen el cuidado brindado por el sector salud y el acompañamiento desde la comunidad general. Su objetivo principal es constituirse como un paso intermedio entre la internación y la vida independiente en comunidad, promoviendo, a través de intervenciones grupales o individuales, el fortalecimiento de la autonomía y el desarrollo de una vida independiente. En este sentido, los DIH aparecen en distintas partes del mundo como una apuesta por un cambio de paradigma en las prácticas de atención en SM, orientándose hacia un modelo comunitario e incluyendo un abordaje de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado basado en prácticas individuales centradas en el respeto por los derechos humanos.

En la provincia de Neuquén existieron diversas experiencias previas impulsadas por distintas gestiones de salud pública que exploraron alternativas a la institucionalización tradicional. Antes de la creación formal de los DIH como política pública provincial, se llevaron adelante iniciativas orientadas a dispositivos intermedios de alojamiento y cuidado comunitario. Una de estas experiencias se desarrolló post pandemia, hacia fines del 2021, en la ciudad de Neuquén capital. En ese momento, se gestionó una vivienda institucional de manera urgente, debido al cierre de una casa de retiro. En esta vivienda, fueron externadas tres personas adultas de edad avanzada y con discapacidad. De estas personas, el primero en ingresar presentaba un extenso historial de internaciones desde la infancia; los otros dos eran, un adulto mayor con demencia senil y un adulto diagnosticado con un trastorno mental severo. Para acompañar esta externación, se conformó un equipo específico de SM destinado a trabajar en la vivienda. Sin embargo, el proceso fracasó al no lograrse una inserción comunitaria efectiva. Esta experiencia inicial puso en evidencia la importancia del entorno comunitario y la preparación de la red de apoyo local para la efectividad de las estrategias de desinstitucionalización.

Posteriormente, en diciembre de 2023 se creó en la ciudad de Neuquén el primer Dispositivo de Inclusión Habitacional (DIH). Esta vivienda fue nombrada “Ana Maria Firman” por las propias personas externadas, en homenaje a una compañera fallecida en junio de ese mismo año, producto de una gestión deficiente de sus cuidados mientras permanecía internada en la institución Vida Bella. Esta institución, aunque orientada originalmente a adultos mayores,

también alojaba a personas con deterioro cognitivo severo y escasa o nula autonomía. En 2022, un equipo técnico de la dirección de SM y coordinación de zona sanitaria metropolitana intervino tras un conflicto relacionado con el convenio institucional, y se constató el estado de abandono físico y mental en que se encontraban las personas allí alojadas.

A partir de esta situación crítica se retoman los proyectos de externación, con la intención de crear un dispositivo intermedio más adecuado, con mayor vinculación comunitaria y preparación contextual. Se logró entonces la gestión del alquiler del inmueble y la puesta en marcha del primer DIH provincial. Ese mismo año, las personas externadas firmaron su consentimiento informado para habitar la vivienda, y se procedió al cierre de los expedientes judiciales de internación involuntaria, ya que estas internaciones excedían el límite legal de tres meses y respondían más a motivos sociales que terapéuticos. El equipo tratante que acompañó el proceso de externación continuó prestando servicios de acompañamiento en el nuevo dispositivo.

De forma paralela, el Órgano de Revisión Provincial de SM continua con el monitoreo a las instituciones, en este caso en la localidad de Centenario, siendo CIPEC (Clínica de Internaciones Psicopatológica y Enfermedades Crónicas) una de ellas, donde se encontraban personas internadas de toda la provincia. La intervención desde el nivel central permitió constatar condiciones similares a las halladas en Vida Bella, lo que derivó en el diseño de estrategias de externación individualizadas, desarrolladas en articulación con equipos intermedios. Estos equipos interdisciplinarios, integrados por psicólogos, trabajadores sociales, y psiquiatras del sistema público de salud tenían el objetivo de confeccionar planes individualizados de externación. A partir de esta planificación surgieron diversas formas de externación, entre ellas: un usuario fue externado hacia un DIH individual ubicado en la localidad de Vista Alegre Norte, con apoyos mínimos; y por otro lado, se creó un tercer DIH en San Martín de los Andes, para personas oriundas de esa localidad que estaban internadas en CIPEC, con el fin de promover la territorialidad de lxs usuarixs y restitución de sus derechos. Finalmente, quienes requerían mayores apoyos fueron trasladados a un DIH ubicado en un inmueble cedido por el Obispado en el barrio Villa María. Así, en 2024 se concretó el cierre definitivo de CIPEC, tras haber logrado la externación total de las personas allí alojadas.

Sobre el proceso de externación al primer DIH “Ana Maria Firman”, el Órgano Provincial Revisor de Salud Mental (OPRSM) en su Informe Anual del 2024, señala que : “(...) Dicho traslado a una nueva locación implicó también la creación de un Dispositivo de Inclusión Habitacional, conforme lo dispone la Ley Nacional de Salud Mental, lo que implicó una tarea articulada e interinstitucional con la Dirección de Salud Mental y Dirección de Atención Primaria de la Salud, respecto de los recaudos a considerar para que el Dispositivo funcione como tal y no se trate de un mero cambio de denominación virtual; sino que se restablezcan los derechos y autonomía de las personas que residan en él”.

Los resultados obtenidos del seguimiento efectuado, luego de administrada la herramienta técnica según Quality Right de la OMS, son positivos, cumpliéndose prácticamente con la totalidad de los estándares allí establecidos, según las apreciaciones de las profesionales del equipo interdisciplinario interviniente” (OPRSM, 2024).

Evaluación de los DIH como tecnología sanitaria

A raíz del pedido realizado por la Dirección Provincial de SM, en conjunto con la Subsecretaría de Salud, para evaluar esta nueva tecnología en el contexto de la Provincia de Neuquén, se elabora el presente informe.

Las tecnologías sanitarias son los medicamentos, vacunas, equipamiento médico, procedimientos quirúrgicos, formas de organización y dispositivos de atención.

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias

En palabras de O'Rourke (2020), la reciente definición de una Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS) incluye "(...) un proceso multidisciplinario que utiliza métodos explícitos para determinar el valor de una tecnología sanitaria en diferentes etapas de su ciclo de vida. El objetivo es fundamentar la toma de decisiones para promover un sistema de salud equitativo, eficiente y de alta calidad".

Los procesos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) contemplan los siguientes ejes: eficacia, seguridad, calidad, equidad y costo-efectividad. Para ello, se emplearon diversas herramientas metodológicas, tales como revisiones exhaustivas de la literatura científica disponible, análisis de datos epidemiológicos locales, georreferenciación y otras técnicas complementarias. Asimismo, se llevó a cabo una comparación con otras intervenciones dirigidas a poblaciones con características similares, utilizando distintos indicadores sanitarios que permitan dimensionar su impacto.

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias Blandas

La ETS se ha centrado principalmente en las tecnologías "duras", inicialmente en los medicamentos, más adelante en el equipamiento sanitario y en general ha dedicado poca atención a las tecnologías "blandas".

Dada la definición vigente de Tecnologías Sanitarias, las tecnologías blandas como las formas de organización del trabajo, los dispositivos y otros tipos de opciones para el tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales graves y/o consumos problemáticos, pueden ser objetos de estudio que se aborden desde la metodología de la ETS.

Tecnología Sanitaria en estudio:

Los DIH utilizados en el marco de los procesos de desmanicomialización deben ser caracterizados en términos de sus:

- Características
 - Edilicias/arquitectónicas

- Seguridad e higiene
- Ubicación (cerca/lejos de Htales, CAPS y Centro de día)
- N° de usuarios por DIH (individual o comunitario)
- Criterios de inclusión
- Criterio de egreso
- Funcionamiento y procesos de tratamiento
- Fuerza Laboral
 - Salud
 - Cuidadores
 - Operadores
 - Profesionales: TS, Psicología, enfermería, psiquiatría, AT.
 - Otros
 - Externos a salud
- Articulación intersectorial y con red asistencial en SM.
- Dependencia/Financiamiento
 - Salud
 - ONG
 - Municipio
 - Otros ministerios

En base a estas posibles clasificaciones se identifican diversas formas de DIH en distintos países y sistemas de salud del mundo (Ver sección resultados).

Tecnologías alternativas

Como fue desarrollado en el apartado de historización, las personas usuarias con trastornos mentales graves y/o en situación de consumo problemático (que no pueden vivir solas o no tienen contención familiar que permita que continúen viviendo con su familia) inicialmente fueron institucionalizados en instituciones monovalentes. Las leyes vigentes como la LNSM desalientan/prohíben esta opción y fomentan la recuperación basada en la comunidad, con la eventual utilización de hospitales generales para tratamientos breves para compensación clínica.

En el caso que los usuarios que no logren su reinserción social y no cuenten con apoyo socio-familiar que permita su contención ni con los recursos socio comunitarios adecuados, permanecen en los servicios de los hospitales generales. Esto trae consecuencias para el sistema de salud (en cuanto a la ocupación de camas, costos y mal uso de recursos) y especialmente para el usuario por no ser lugares adecuados para el largo plazo.

Puntos finales en estudios sobre DIH para usuarios con trastornos mentales graves y consumos problemáticos:

A partir de las entrevistas con referentes de SM y de una revisión preliminar de la literatura, se identificaron los siguientes puntos finales que resultan de interés para los planificadores y

financiadores de salud, para los equipos asistenciales, para los usuarios, sus familia y la sociedad en general:

- Calidad de vida
- Autonomía y autodeterminación
- Satisfacción de usuarios y familiares
- Reinserción social comunitaria
- Impacto económico

Objetivo

Objetivo general

Explorar el impacto clínico, económico y social de los Dispositivos de Inclusión Habitacional (DIH) para personas con trastornos mentales graves y/o consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos

- Estimar los potenciales beneficiarios de los DIH en la Provincia de Neuquén
- Describir diferentes formas de organización de los DIH en la literatura científica y en otros sistemas de salud de la región y del mundo
- Analizar el impacto en la equidad de un programa de implementación de los DIH en la Provincia de Neuquén
- Estimar los costos y recursos necesarios para implementar los DIH

Metodología

Se utilizaron métodos mixtos para la realización del presente informe. Para la evaluación de tecnologías sanitarias se hizo uso de herramientas como la búsqueda bibliográfica exhaustiva, análisis crítico de los estudios identificados, evaluación económica y del impacto en la equidad y en la organización de la estructura o red prestacional.

Los estudios originados en la investigación cuantitativa fueron analizados con las herramientas PRISMA (Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis), CONSORT (Estudios controlados randomizados), CASPE (estudios de cohortes), AGREE-II (Guías de Práctica Clínica), CHEERS (evaluaciones económicas).

Los estudios originados en la investigación cualitativa fueron analizados con la herramienta GRADE-Cerqual.

El potencial impacto en la equidad fue evaluado horizontal y vertical y utilizando el instrumento Equi-Neu.

Se mantuvieron reuniones multidisciplinarias con diversos actores involucrados con la problemática de SM y consumos problemáticos en la provincia, con psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, directores de Programa, epidemiólogos, gestores de información sanitaria, autoridades sanitarias, entre otros. A partir de estas reuniones se fueron discutiendo y consensuando las preguntas de investigación.

La pregunta central de investigación se operacionalizó mediante el esquema PICO (Santos, 2007).

Pregunta PICO

Componentes de la pregunta PICO:

P → Personas con trastornos mentales graves y/o en situación de consumo problemático de sustancias psicoactivas

I → Dispositivos de Inclusión Habitacional

C → Internación Prolongada en Instituciones

O → Indicadores (positivos/negativos): Calidad de vida; Auto y heteroagresiones; Valoración de autonomía.

Otras preguntas de investigación

- ¿Cuál es la cantidad y distribución territorial de la fuerza laboral en salud³ destinada a SM en la provincia de Neuquén?
- ¿Cuántos DIH se han creado hasta el momento y cuántos están proyectados?

³ El concepto fuerza laboral viene a reemplazar el de recursos humanos (originario de los ámbitos empresariales privados), otorgándole su dimensión social y política, y revalorizando el rol de lxs trabajadorxs en el sistema de salud.

- ¿Cuál es la ubicación geográfica de los mencionados DIH construidos y proyectados?
- ¿Cuál es la relación entre habitantes y cupos en DIH por región sanitaria?
- ¿Cuál es el costo de un DIH y cuál es el costo de ocupar un día en un DIH comparado con un día-cama en un hospital público en Neuquén?
- ¿Existen actualmente otros tipos de dispositivos similares a los DIH en Neuquén? En caso afirmativo, ¿cuáles son sus características?

Glosario

A partir de las entrevistas con referentes de SM y la revisión preliminar de la literatura específica sobre el tema surgen los siguientes términos o conceptos clave que ameritan ser definidos.

Conceptos Clave

Desinstitucionalización

En palabras de Franco y van Stralen (2015), este proceso contiene tres momentos interrelacionados: (1) la deshospitalización con reducción de camas psiquiátricas, (2) la derivación de personas a servicios comunitarios descentralizados, y (3) la transición de un modelo único de atención hacia una red diversificada de dispositivos. Además, Basaglia (1985) señala que este proceso implica no sólo cambios estructurales, sino fundamentalmente una transformación en las prácticas clínicas y sociales, con el objetivo de construir nuevas formas de vida, subjetividad y ciudadanía para las personas con padecimientos mentales.

Desmanicomialización

La estrategia de desmanicomialización, surgida a mediados del siglo XX, propone la sustitución del modelo asilar tutelar, por la creación de dispositivos comunitarios que garanticen la integralidad de la atención en salud, promoviendo la participación de las personas con padecimiento mental en los intercambios materiales, sociales y culturales (Tisera, y Lohigorry, 2015).

Dispositivos similares a los DIH en el mundo

Casas Oxford/Oxford House

En su forma más simple, una Casa Oxford es una residencia compartida donde las personas en recuperación de un trastorno por consumo de sustancias pueden vivir juntas y apoyarse mutuamente en un entorno libre de drogas y alcohol. No hay administrador ni autoridad externa. Los miembros de la Casa Oxford comparten las responsabilidades de la misma. Un miembro de la Casa Oxford puede quedarse el tiempo que desee, siempre que se mantenga libre de drogas y alcohol, no cause problemas y pague su parte de los gastos de la casa. El modelo de Oxford House es un sistema de operaciones único y probado en el tiempo; una práctica basada en evidencia que ha demostrado brindar resultados significativos actualmente sin igual en el espacio de la recuperación (Oxford House, 2025).

Quarterway House

Quarterway House se fundó en diciembre de 1978 para desinstitucionalizar y brindar servicios de rehabilitación a un pequeño grupo de usuarios hospitalizados de larga duración con enfermedades graves en el CS Mental de Massachusetts. Los objetivos del programa residencial son proporcionar un entorno terapéutico menos institucional y desarrollar un programa de tratamiento psicosocial que permita a algunos usuarios acceder a entornos más independientes en la comunidad. En un estudio experimental aleatorizado, con usuarios hospitalizados como grupo de control, se evaluó la eficacia del programa mediante múltiples medidas de resultados antes del inicio y al año de su inicio (Gudeman, 1981).

Housing First

Housing First es un modelo de intervención con personas en situación de calle que nació en Estados Unidos en la década de los noventa de la mano del psiquiatra Sam Tsemberis y su organización Pathways to Housing. Convierte la vivienda en un elemento prioritario en el proceso de inclusión de la persona, acompañándolo del apoyo de un equipo técnico que se basa en el respeto a la persona y su autodeterminación. Tienen acceso a estos programas personas mayores de 18 años, que se encuentren en situación cronicada de calle y que presenten, además, necesidades complejas (trastornos severos de SM y/o adicciones) (Aires Asociación, 2025).

Servicios Residenciales Terapéuticos

Para Delgado (2005), son considerados el dispositivo estratégico más relevante en el proceso de reinserción social. Funcionan como un puente hacia la vida en comunidad y hacia la autonomía de las personas que egresan de instituciones psiquiátricas. Además, la construcción de una “casa” cumple una función psíquica estabilizadora. Se tratan de viviendas situadas en el medio urbano, establecidas para responder a las necesidades de habitación de personas con padecimientos mentales graves, hayan sido dadas de alta o no de hospitales psiquiátricos.

Independientemente de si las residencias terapéuticas creadas en las ciudades disponen o no de equipos de SM, deben, en primer lugar, garantizar el derecho a la vivienda de las personas egresadas de los hospitales psiquiátricos y auxiliarlos en la tarea, a veces difícil, de reincorporarse a la comunidad. El derecho a residir en la ciudad y circular en sus espacios es uno de los fueros más fundamentales que se rescatan con la instauración en los municipios de los servicios residenciales terapéuticos. Cada casa que alberga usuarios, en cuanto es una residencia, debe ser considerada como única y merecedora al respeto de las necesidades, gustos, hábitos y dinámica de sus moradores.

Una residencia terapéutica debe albergar un máximo de ocho moradores. En general, cuenta con un asistente o cuidador designado para apoyar a los usuarios en sus tareas, dilemas o conflictos cotidianos, debiendo compartir con ellos la vivienda y acompañarlos en la ciudad en procura de su autonomía y en el desarrollo de su largo proceso de rehabilitación. Cada residencia debe estar afiliada a un CAPS y formar parte de la red de atención correspondiente a su jurisdicción (Delgado, 2005).

Términos DeCS / MeSH

Años de Vida Ajustados por Calidad / Quality-Adjusted Life Years (QALY)

Índice que considera no sólo la duración de la vida, sino también su calidad, permitiendo evaluar resultados de intervenciones o servicios sanitarios (DeCS, 2025).

Años de Vida Ajustados por Discapacidad / Disability-Adjusted Life Years (DALY)

Es la suma de los años de vida perdidos por MORTALIDAD PREMATURA y el número de años vividos con discapacidad, por enfermedad o condición de salud en una población. Ésta es una medida de CARGA DE LA ENFERMEDAD (DeCS, 2025).

Casas de Convalecencia / Halfway Houses

Residencias especializadas para personas que no requieren hospitalización completa, pero que aún necesitan supervisión, protección y apoyo profesional para vivir en la comunidad (DeCS, 2025).

Calidad de Vida / Quality of Life

Concepto amplio que refleja el interés por mejorar las condiciones de vida en dimensiones físicas, políticas, sociales, morales, ambientales y sanitarias (DeCS, 2025).

Costo de Enfermedad / Cost of Illness

El costo personal de una enfermedad aguda o crónica. El costo para el paciente puede ser un económico, social o psicológico o la pérdida de su autoestima, la familia o la comunidad inmediata. El costo de la enfermedad puede ser reflejada en el ausentismo, la productividad, la respuesta al tratamiento, la paz de la mente, o la CALIDAD DE VIDA. Se diferencia de los COSTOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD, que significa el costo social de la prestación de servicios relacionado con la prestación de atención de salud, en lugar de impacto personal sobre los individuos (DeCS, 2025).

Desinstitucionalización / Deinstitutionalization

Práctica sanitaria que implica brindar cuidados en el entorno comunitario en lugar de ambientes institucionales, impactando en la persona, su familia, la comunidad y el sistema de salud (DeCS, 2025).

Diagnóstico Dual (Psiquiatría)/Dual Diagnosis (Psychiatry)

Coexistencia de un trastorno por abuso de drogas con un trastorno psiquiátrico. El principio diagnóstico se basa en el hecho de que se ha encontrado a menudo que usuarios químicamente dependientes tienen también problemas psiquiátricos de diversos grados de severidad (DeCS, 2025).

Esperanza de Vida Ajustada por Calidad / Quality-Adjusted Life Expectancy

Modelo de análisis que incorpora factores como discapacidad o enfermedad en el cálculo de la esperanza de vida, ajustando la proyección según la calidad de salud (DeCS, 2025).

Indicadores de Calidad de Vida / Indicators of Quality of Life

Se refiere a la percepción subjetiva de satisfacción respecto a condiciones físicas, emocionales y sociales. Se utilizan para estimar el bienestar funcional de las personas (DeCS, 2025).

Instituciones de Vida Asistida / Assisted Living Facilities

Espacios residenciales que combinan autonomía con atención personalizada. Están diseñados para satisfacer las necesidades de personas que requieren ayuda con actividades de la vida diaria (DeCS, 2025).

Rehabilitación Psiquiátrica / Psychiatric Rehabilitation

Campo especializado que promueve la recuperación, la integración social y el bienestar de personas con trastornos mentales severos, favoreciendo una vida significativa (DeCS, 2025).

Recuperación en Salud Mental / Mental Health Recovery

Proceso de cambio en el que las personas con trastornos mentales y/o consumo problemático mejoran su SM y bienestar, conducen una vida autodirigida y buscan alcanzar su máximo potencial (DeCS, 2025).

Vida Independiente / Independent Living

Modalidad habitacional y comunitaria que promueve la máxima autonomía y autodeterminación de las personas (DeCS, 2025).

Eficacia y Seguridad

La eficacia y seguridad fueron evaluadas en base a una revisión bibliográfica exhaustiva de estudios epidemiológicos con enfoque cuantitativo y estudios cualitativos. Esta triangulación⁴ de métodos permitió identificar diseños diversos que aportaron información complementaria. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline-Pubmed, LILACS-BVS y Cochrane. Fueron priorizadas síntesis de evidencia, revisiones sistemáticas de estudios controlados y cohortes, meta-análisis y revisiones de alcance. Secundariamente se buscaron estudios controlados y cohortes prospectivas y retrospectivas, diseños cuasi-experimentales de tipo antes-después y estudios descriptivos.

Los términos de búsqueda fueron basados en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y su equivalente inglés (MeSH).

⁴ La investigación a través de la triangulación de métodos es concebida como una alternativa a la evaluación tradicional y a la cualitativa. En ella se conjuga la mirada de un evaluador externo junto con herramientas cuantitativas y cualitativas, así como el análisis del contexto, la historia, las relaciones, las representaciones y la participación social. Mostrando algunas ventajas respecto de la investigación convencional (sólo cualitativa o cuantitativa), ya que toma elementos de ambas y los pone a dialogar con distintos procesos participativos (Minayo, 2005).

Como puntos finales de eficacia se utilizaron escalas de calidad de vida genéricas y específicas, scores de autonomía, escalas de satisfacción, medidas de reinserción laboral y social.

Como puntos finales de seguridad se utilizaron las auto y heteroagresiones ocurridas en el DIH, los accidentes y necesidades de hospitalización por cuadros de descompensación aguda, entre otros.

Calidad

El concepto de calidad no es nuevo; del mismo modo, las normas y leyes destinadas a sistematizar procesos y sostener ciertos estándares se remontan a las antiguas civilizaciones del mundo occidental. En el ámbito de la salud, el estudio de la calidad de la atención comenzó a desarrollarse entre profesionales e investigadores de los servicios sanitarios. Con el tiempo, su enfoque fue cambiando, reconociendo la relevancia de incorporar las percepciones y preferencias de los usuarios, así como la participación de otros actores clave en su análisis y abordaje (Legido-Quigley y cols., 2008).

En 1980, en su libro “Explorations in Quality Assessment and Monitoring”, Avedis Donabedian definió el concepto de calidad en términos generales como “la capacidad de alcanzar objetivos deseables utilizando medios legítimos” (Donabedian, 1980). Esta definición, deliberadamente amplia, permitió comenzar a pensar la calidad fuera del ámbito de la salud. Así, es que el término se ha utilizado para describir no solo aspectos edilicios de instituciones de salud o el desempeño de profesionales médicos, sino también la calidad de alimentos, fármacos o incluso automóviles.

De forma más específica, Donabedian definió la calidad de la atención en salud como “la atención que se espera maximice una medida inclusiva del bienestar del paciente, después de considerar el equilibrio entre las ganancias y las pérdidas esperadas que acompañan al proceso de atención en todas sus partes” (Donabedian, 1980).

Esta definición refleja una perspectiva integral, técnica y ética: orientada al bienestar del paciente y al balance real de lo que implica la atención en salud, donde se obtienen beneficios, pero que también implica costos.

Siguiendo con la evaluación de la calidad, Donabedian en 1966, en su artículo *Evaluating the Quality of Medical Care* (republicado en 2005), propone que la calidad puede analizarse desagregando los dominios vinculados a la estructura, los procesos y los resultados. Siendo que estos últimos, son consecuencia de la atención brindada, aunque no todos pueden atribuirse de manera directa y exclusiva a los procesos, y, a su vez, no todos los procesos dependen únicamente de la estructura. Esta propuesta tiene como objetivo maximizar los beneficios y minimizar los riesgos para el usuario, considerando tanto los recursos disponibles como los valores sociales vigentes. (Coronado-Zarco y cols., 2013).

En el Cuadro 1 se observan las definiciones y lo que involucra cada dimensión según Coronado-Zarco y cols. (2013). En este sentido, la calidad de los DIH puede evaluarse considerando los dominios antes mencionados:

- Estructura: aspectos edilicios como seguridad, ausencia de hacinamiento, disponibilidad de servicios básicos, confort, fuerza laboral y horas de trabajo destinadas, entre otros.

- Procesos: rutinas e intervenciones, como la frecuencia de acciones del equipo psicosocial, los grados de apoyo individual y colectivo, o la habilitación de residentes para realizar tareas domésticas (cocinar, limpiar, etc.).
- Resultados: indicadores como reinserción laboral, hospitalizaciones, satisfacción de usuarios, y calidad de vida medida mediante instrumentos validados.

Cuadro 1. Indicadores y métodos de evaluación de la calidad.

Indicador	Descripción
Estructura	Miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Los indicadores de estructura se desarrollan en cuatro categorías: estructura física, ocupacional, financiera y organizacional, de acuerdo a los siguientes recursos: recursos materiales, instalaciones, equipos y presupuesto monetario. Recursos humanos: número y calificación del personal. Aspectos institucionales o gerenciales: organización del personal médico y métodos para su evaluación.
Proceso	Miden de forma directa o indirecta la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente; mediante el conjunto de acciones realizado principalmente por el médico como generador de documentación; por ejemplo, la historia clínica y otros documentos resultantes de la actividad asistencial.
Resultados	Miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas; el beneficio logrado en los pacientes, o cambios en la salud atribuibles a la atención recibida, incluyen: Indicadores centinela, indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas), indicadores trazadores e indicadores basados en opinión del paciente.

Fuente:

Coronado-Zarco R y cols. , 2013

En 1994, Lee SJ y su equipo plantearon una serie de recomendaciones para optimizar la calidad en los servicios de salud. Entre ellas, destacaron la necesidad de restringir aquellas prestaciones con escaso o nulo beneficio para los pacientes, promover intervenciones más económicas pero con mayor efectividad, garantizar el acceso a la atención y, por último, impulsar la creación de sistemas integrados capaces de ofrecer de manera eficiente servicios realmente útiles (Lee SJ, 1994; Luce JM, Bindman B & Lee PR, 1994).

En 1999, el National Health Service (NHS) del Reino Unido dio a conocer el denominado “Marco para la evaluación del desempeño”. Este documento subraya la importancia de llevar a cabo procesos de evaluación en seis áreas específicas (resumidas en el Cuadro 2) y propone un conjunto de indicadores para cada una de ellas (Jiménez ET, 2004; Aguirre-Gas, 2008).

Cuadro 2. Evaluación del desempeño en salud

Marco para evaluación del desempeño

1. Mejoría de la salud.
2. Entrega efectiva de atención adecuada.
3. Eficiencia.
4. Experiencia de pacientes y cuidadores.
5. Resultados del sistema.
6. Acceso justo.

Fuente: Coronado-Zarco R y cols. , 2013

En línea con lo antes desarrollado y a fines prácticos del presente informe, se evaluaron los atributos de calidad de los DIH considerando las tres dimensiones y el enfoque integral propuesto por Donabedian, incluyendo la propuesta de Evaluación del desempeño en salud definida por el NHS (véase “Descripción de la tecnología”). Tal como se mencionó, los DIH pueden adoptar distintas formas de organización, esquemas de financiamiento y modalidades de uso de recursos. A nivel internacional, los sistemas de salud han implementado configuraciones diversas de DIH, empleando incluso una amplia variedad de denominaciones. Asimismo, dentro de un mismo sistema de salud, pueden coexistir DIH con características diferenciadas, y dentro de cada DIH pueden variar las necesidades de sus usuarios (por ejemplo, seguimiento psiquiátrico, apoyo psicológico o acompañamiento de trabajo social). En este marco, un componente esencial de la calidad consiste en monitorear que los usuarios con necesidades equivalentes reciban recursos de manera equitativa.

Equidad

Se evaluó la equidad en el acceso a los DIH desde diversas perspectivas teóricas y metodológicas. Fue abordado desde una doble perspectiva, contemplando el potencial impacto en la “equidad horizontal” y en la “equidad vertical”, incorporando los conceptos de interseccionalidad⁵ y utilizando la plantilla Equi-Neu. Esta última incluye el acrónimo PROGRESS-PLUS, además de otras valoraciones vinculadas a aspectos de vulneración de derechos, análisis de costo de oportunidad y coherencia con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Min Sal Neuquén, 2022).

Se entiende por equidad horizontal el principio según el cual personas con igual necesidad de atención deben recibir el mismo tipo e intensidad de respuesta, independientemente de su lugar de residencia, situación socioeconómica u otras características sociales. Por su parte, la equidad vertical implica ofrecer una respuesta diferencial proporcional a la desigualdad o vulnerabilidad de las personas o grupos, reconociendo y atendiendo las diferencias en necesidades o condiciones estructurales (Whitehead, 1992).

La interseccionalidad hace referencia a la comprensión crítica de que la raza, la clase, el género, la sexualidad, la etnia, la nación, la capacidad y la edad no operan como entidades unitarias y mutuamente excluyentes, sino como fenómenos que se construyen recíprocamente y que, a su vez, configuran complejas desigualdades sociales (Collins, 2015). Si bien fue inicialmente acuñado para explicar cómo los sistemas entrelazados de poder y opresión en el sistema legal estadounidense discriminaban a las mujeres negras de maneras que no discriminaban ni a las mujeres blancas ni a los hombres negros, la interseccionalidad como tema de estudio se desarrolló principalmente en el seno de los estudios de género, más que en los estudios raciales o de clase, y posteriormente, el ámbito de la interseccionalidad se

⁵ La interseccionalidad «va más allá de las categorías de análisis únicas o típicamente favorecidas (p. ej., sexo, género, raza y clase) para considerar las interacciones simultáneas entre diferentes aspectos de la identidad social... así como el impacto de los sistemas y procesos de opresión y dominación» (Hankivsky y Cormier, 2009)

expandió rápidamente como concepto, paradigma, heurística, metodología o teoría en diversas comunidades interpretativas, siendo la atención médica y una de ellas (White, 2025). Los usuarios tienen una identidad personal construida a partir de categorías sociales y pueden verse afectados por los sistemas opresivos.

La evaluación se basó en la herramienta Equi-Neu, incorporando datos sociodemográficos, epidemiológicos y de oferta de servicios de salud, con un enfoque territorial. También se emplearon los criterios PROGRESS-PLUS, una guía para identificar factores de estratificación que generan desigualdades en salud: Lugar de residencia (Place), Raza/etnia, Ocupación, Género, Religión, Educación, Situación socioeconómica, y Status social, con la extensión PLUS que incluye otros factores como edad, discapacidad, orientación sexual o cualquier otro marcador de desigualdad (O'Neill et al., 2014).

Se realizó un ajuste y comparación de las tasas de cupos disponibles para DIH por población proyectada para el año 2025, georeferenciando las regiones sanitarias con el software QGIS. Esta comparación se basó en los datos oficiales provistos por la Dirección de SM (2024) y las proyecciones poblacionales del mismo período (Dirección Provincial de Estadísticas y Censos, 2032), con el objetivo de identificar disparidades en la distribución territorial de los dispositivos y sus cupos.

Evaluación económica

La evaluación económica se define como un análisis comparativo de cursos alternativos de acción, en términos de sus costos y consecuencias (Espinoza M, 2011). Esta es complementaria a la evaluación de eficacia, seguridad y equidad, y en casos como el de la presente problemática de salud, también es posterior a la valoración del marco legal vigente, que excluye la posibilidad de la manicomialización y protege los derechos de los usuarios contra este tipo de prácticas.

Bajo el término de evaluación económica se engloban un conjunto de técnicas o procedimientos que permiten calcular de forma explícita los costes y consecuencias de intervenciones alternativas, que en el campo sanitario pueden tener distinta naturaleza, programas preventivos, tratamientos farmacológicos, dispositivos, procedimientos quirúrgicos, etc. (Drummond MF, 2001). Estas técnicas describen la eficiencia de intervenciones alternativas mediante un índice que combina costes y beneficios. Además, forman parte de los análisis económicos que abarcan también aspectos más amplios de la tecnología sanitaria, como la regulación de precios, la financiación, la distribución y la difusión de su uso.

Entre las denominadas evaluaciones económicas incompletas, el análisis de impacto presupuestario es una de las técnicas más utilizadas en la economía de la salud. Definido como una estimación cuantitativa de la alteración prevista en el gasto sanitario asociado a la atención de una patología o grupo de usuarios concretos con la introducción de una nueva intervención sanitaria para dicha patología/grupo de usuarios (Brosa, 2005).

Fuera de los ensayos clínicos controlados (con alta validez interna, pero menos frecuentes en intervenciones complejas como los DIH), es común utilizar la evaluación económica tipo AIP, útil para valorar la factibilidad de un programa. En estas tecnologías, se requieren supuestos y estimaciones que, para algunos, reducen el rigor científico en favor de mayor validez externa. No obstante, este enfoque puede resultar muy valioso para decisores.

La perspectiva del análisis

Si la utilidad principal de los análisis del impacto presupuestario es proveer al decisor sanitario, al financiador de los servicios sanitarios en definitiva, con una estimación de la alteración en su presupuesto debida a la introducción (adopción) de una nueva intervención, cabe la posibilidad de distinguir los diferentes impactos que una intervención pueda tener para distintos decisores (financiadores) relacionados con la atención a los usuarios con el problema de salud para el que se enfoca la nueva intervención.

El horizonte temporal

En muchas ocasiones, el interés de decisores en disponer de estimaciones de las consecuencias potenciales de la adopción de nuevas intervenciones en su presupuesto puede ir más allá de la inmediatez del impacto presupuestario en el año de incorporación de una nueva tecnología sanitaria. En estos casos, el análisis deberá incluir una estimación a medio plazo (generalmente entre 3 y 5 años). Esta extensión del análisis puede requerir, en muchos casos, de cálculos más complejos, sobre todo por lo que respecta al número de usuarios susceptibles de ser beneficiarios de la nueva intervención. En el caso de los DIH, había ya cuatro al momento de realización del presente estudio, se inició la construcción de otros dos,

y es probable que nuevos DIH sean incorporados en los próximos años. También es variable la potencial utilización que los usuarios y el equipo de SM hagan de los mismos, aunque los especialistas consultados coinciden en que es muy probable que se utilicen todas las plazas disponibles.

El Coste de la enfermedad e impacto presupuestario

En este punto cabe reflexionar sobre qué mide exactamente un análisis del impacto presupuestario.

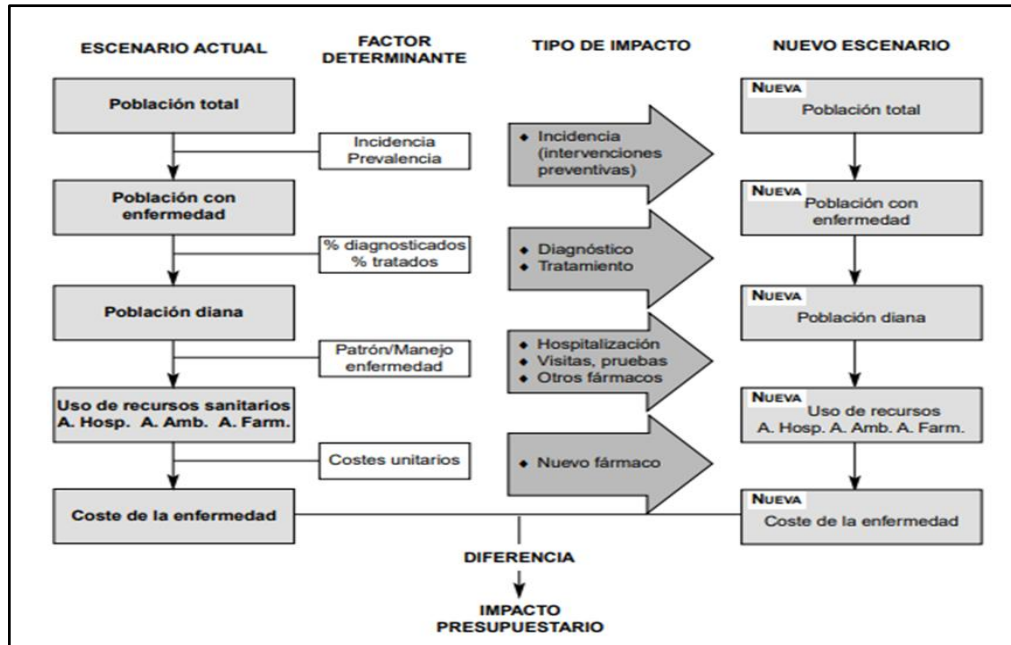
En principio, el impacto presupuestario de la introducción de una nueva intervención sanitaria puede expresarse de forma simplificada como:

$$\text{Impacto presupuestario} = (\text{CMA} + (\text{Na} - \text{Nni})) + (\text{CMni} * \text{Nni}) - (\text{CMA} * \text{Na})$$

donde CMA es el coste medio actual (sin la nueva intervención) de los usuarios susceptibles y Na es el número de éstos; CMn y Nn son los costes medios de los usuarios y el número de usuarios que se estima van a adoptar la nueva intervención cuando esté disponible.

La segunda parte de la ecuación ($\text{CMA} * \text{Na}$) supone exactamente lo que denominamos el coste de la enfermedad, es decir, cuantifica en términos monetarios el impacto de la patología en el uso de recursos sanitarios. De hecho, y ahondando en este concepto, vemos que la primera parte de la ecuación ($\text{CMA} * (\text{Na} - \text{Nni}) - (\text{CMn} * \text{Nni})$) no es ni más ni menos que una estimación alternativa del coste del mismo problema de salud, en un escenario con un manejo diferente del mismo (que da lugar a unos costes por usuario distintos, CMni) en que la nueva intervención “ni” es utilizada por un número Nni (con $\text{Nni} \leq \text{Na}$) de usuarios con la patología. Así, podemos definir el análisis del impacto presupuestario como la comparación entre dos estimaciones del coste de una enfermedad concreta, la actual y conocida, y la estimada a partir de los cambios en los costes de manejo de los usuarios con la nueva intervención y el número de usuarios que se prevé se beneficien de la misma. La siguiente Figura 5 refleja esta forma de definir un análisis del impacto presupuestario.

Figura 5. Impacto Presupuestario



Fuente: Brosa 2005

Impacto en el número de usuarios atendidos

El impacto presupuestario necesita describir claramente la población diana del análisis, es decir, el número de usuarios susceptibles de beneficiarse de la intervención analizada. Las formas en que esta introducción puede variar el número de usuarios atendidos son esencialmente dos: a) provocando un cambio en la incidencia de la patología (por ejemplo, en intervenciones de carácter preventivo) o bien en su prevalencia (por ejemplo, en intervenciones que aumentan la supervivencia de los usuarios, y por tanto el número de usuarios a tratar en años futuros). y b) provocando una mayor demanda de atención entre la población con la patología, por ejemplo, facilitando el diagnóstico de más usuarios en el caso de problemas de salud infradiagnosticados.

Impacto en la forma (y el coste) de atender a los usuarios de DIH

En este caso las variaciones derivadas de la introducción de una nueva intervención en el manejo de un problema de salud (como en este caso los DIH) pueden ser diversas y de signo contrario. Así, estos nuevos DIH pueden incrementar costos de construcción y mantenimiento, pero reducir el uso de camas de hospitales de agudos. A su vez, la reducción en el uso de camas de hospital puede reducir las derivaciones de usuarios a instituciones privadas ante escenarios de saturación de camas. El impacto económico de la fuerza laboral debe ser analizado según los requerimientos de los usuarios, que se espera sean heterogéneos en la frecuencia y tipos de intervenciones necesarias (acompañamiento terapéutico, trabajo social, psicología, psiquiatría, entre otros).

Considerando lo expuesto, podemos resumir que los análisis del impacto presupuestario son el resultado de restar el coste de un problema o conjunto de problemas de salud en una población determinada, bajo supuestos distintos, donde siempre se sustraerá el coste real (actual) del tratamiento/abordaje actual de los costes estimados para escenarios alternativos

definidos por las consecuencias que sobre la población diana y su manejo pudiera tener la introducción de una nueva intervención (en este caso los DIH).

Otros impactos

El impacto potencial de un conjunto de DIH en la organización del sistema de salud pública de Neuquén y en la red prestacional de SM representa un conjunto de interrogantes que difícilmente puedan obtener respuesta en los estudios cuantitativos.

Algunos estudios cualitativos evaluaron las resistencias y apoyos del personal de salud ante estos nuevos dispositivos de atención-cuidado.

Las entrevistas con informantes clave orientan a algunas preocupaciones sobre potenciales barreras o problemas en la implementación de los DIH en Neuquén. Entre ellos se destacan la preocupación por la posible reproducción de lógicas manicomiales en pequeña escala dentro de los DIH, la falta de articulación intersectorial con la consiguiente apropiación de la comunidad de este tipo de recursos, las resistencias dentro del mismo equipo de salud, que puedan dificultar la articulación entre los equipos de salud que se desempeñan en centros de salud y hospitales con los DIH; las dificultades para sostener el apoyo necesario a los usuarios que viven en los DIH.

Resultados

Se describen a continuación las distintas fuentes de información identificadas, junto con los resultados obtenidos para cada aspecto analizado como parte del proceso de la evaluación de esta tecnología sanitaria.

Mapeo de las fuentes de información identificadas

Figura 6. Mapeo de las fuentes de información identificadas.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico superior, muestra el mapeo de las fuentes de información identificadas y sistematizadas donde se encontró información relevante para responder a las preguntas de investigación. Se clasifica en fuentes primarias, es decir la información es original y de primera mano; y fuentes secundarias, que son interpretaciones, análisis o resúmenes de fuentes primarias.

Situación epidemiológica provincial

A continuación, se describe la situación epidemiológica provincial de los trastornos mentales graves y consumos problemáticos.

Tabla 1. Hospitalizaciones (generales y por CSAA⁶) mensuales por trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, en hospitales públicos de Neuquén año 2023⁷. N=434

Mes	Hospitalizaciones	Hospitalizaciones por CSAA
Enero	34	17
Febrero	30	11
Marzo	31	15
Abril	40	21
Mayo	32	16
Junio	43	30
Julio	41	20
Agosto	38	13
Septiembre	44	20
Octubre	38	14
Noviembre	28	11
Diciembre	35	6
Total 2023	434	194

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema Provincial de Información en Salud de Neuquén

En la tabla superior se muestran los egresos hospitalarios (generales y por CSAA) registrados en el año 2023 debido a algún trastorno mental o del comportamiento por consumo problemático. De las 434 hospitalizaciones generales registradas, la distribución mensual no evidencia grandes diferencias. La menor cantidad de egresos se dió en noviembre con 28 registros y la máxima cantidad, en septiembre con 44. Mientras que para las hospitalizaciones por CSAA, el mínimo se dió en diciembre con 6 casos y el máximo en junio con 30. Las hospitalizaciones por CSAA representaron un 44,7% de las totales, sugiriendo la necesidad de mejorar la atención primaria de la salud en este aspecto, para evitar que las personas recurran directamente al hospital.

En 2024 se registraron 2.020.557 consultas ambulatorias, de estas el 39,2% (791.154 consultas) estaban asociadas a SM, incluyendo lesiones autoinfligidas intencionalmente hasta trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. También se analizaron las atenciones por guardia hospitalaria de adultos desde la SE 1 del año 2023 hasta SE 25 del 2025, encontrándose un total de 954.798 atenciones totales, de las cuales el 2,26% (21.550 consultas) fueron vinculadas a Trastornos mentales y del comportamiento.

⁶ CSAA: Condiciones Sensibles a la Atención Ambulatoria. Hospitalizaciones que se podrían evitar mejorando la atención primaria.

⁷ No incluye al Hospital Heller

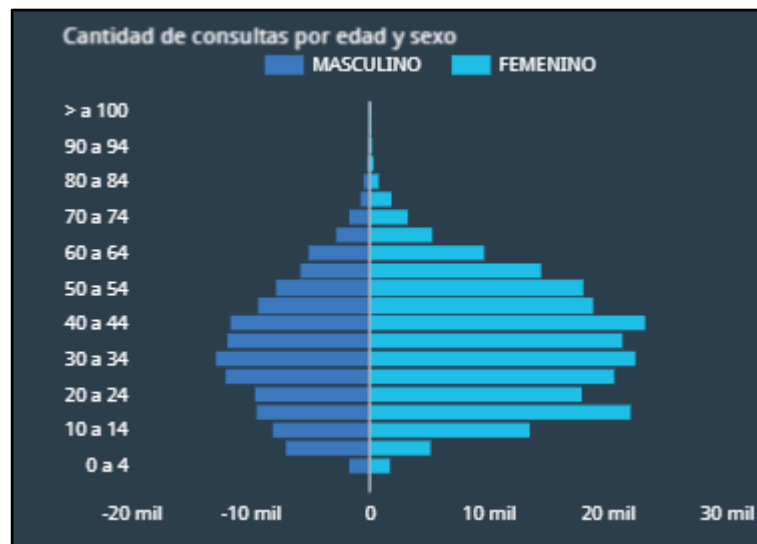
Por otro lado, se registraron 341.260 consultas de SM comunitarias, que corresponden a 60.224 personas usuarias ocupando 859 profesionales, entre enero del 2019 y junio del 2025. De este total, el 64,5% (220.255 consultas) fueron realizadas por 37.852 personas de sexo legal femenino. En el gráfico inferior, se observa que esta relación entre sexos se mantiene prácticamente constante y con una leve tendencia a aumentar la cantidad de consultas, en el periodo registrado. En cuanto a los motivos de consultas, se destaca que el 17,4% del total fue por Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; un 4,5% por Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas; y un 3,2% por Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. Al analizar estas consultas por grupo etario y sexo , podemos ver en el gráfico x, que las personas de sexo legal masculino de entre 30 y 34 años fueron las que mas consultas realizaron, mientras que en el sexo legal femenino fueron las de 40 a 44 años.

Figura 7. Consultas de SM comunitaria. Enero 2019 - junio 2025. N=341.260



Fuente: Sistema de Información en Salud Provincial

Figura 8. Consultas de SM comunitaria por grupo etario y sexo legal. enero 2019 - junio 2025. N=341.260



Fuente: Sistema de Información en Salud Provincial

Al analizar el perfil de carga social y del sistema de la provincia para el año 2023, se encontró que del total de AVPP, las Lesiones autoinfligidas intencionalmente representaron el 8,5% (3.686,5 AVPP) y los Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo problemático, ocuparon el 1,4% (598,9 AVPP). En cuanto a los Días de Estada, un 5,3% (11.223 días de estada) fueron por motivos de Trastornos mentales y del comportamiento

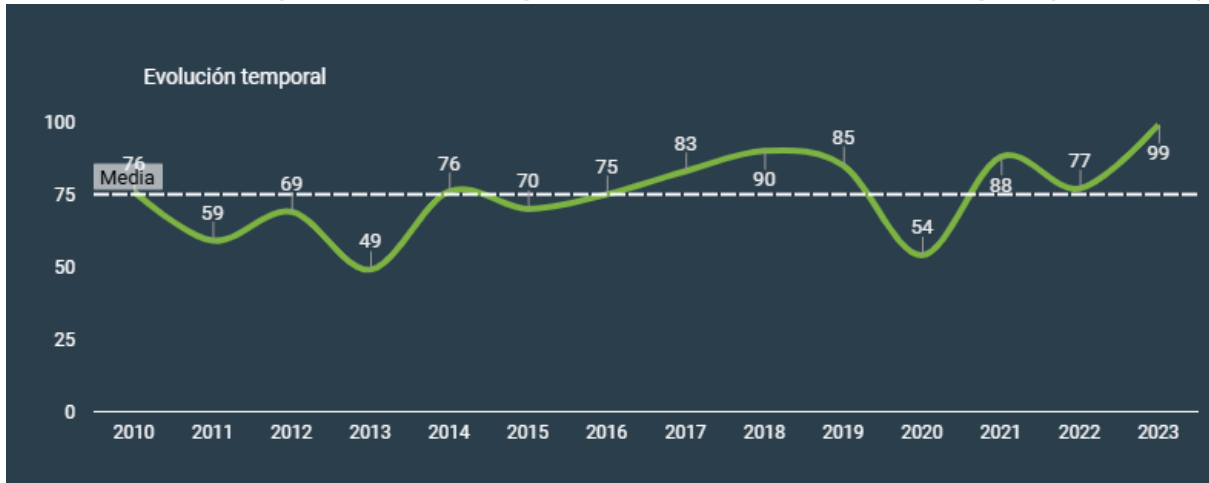
debido a consumo problemático y un 1,8% (3.897 días de estada) por Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.

Suicidio e Intento de suicidio en Neuquén:

En su trabajo sobre Mortalidad por suicidio en la Provincia de Neuquén, Feltri (2013) describe que, entre 1987 y 2006 se registraron 894 suicidios. La tasa de mortalidad se mantuvo estable entre 1987 y 1999, y aumentó desde el año 2000 hasta el final del período. La tasa bruta promedio fue de 14,3 por 100.000 habitantes, con una mayor frecuencia en varones (24,8 por 100.000) que en mujeres (4,4 por 100.000), y con una razón hombre/mujer de 5,6:1. Se observó un aumento de la incidencia en jóvenes, especialmente en varones de 15 a 19 años (de 11,1 a 22,2) y de 20 a 24 años (de 21,4 a 34,9), así como en mujeres de 15 a 19 años (de 3,2 a 7,5). En cambio, las tasas disminuyeron en los grupos de edad avanzada (Feltri, 2013). Según el Sistema de Información en Salud Provincial (2025), entre los años 2010 y 2023 ocurrieron 1.050 muertes por suicidio, traducándose en 40.500 AVPP. Como se muestra en la figura inferior, esta causa de muerte viene en aumento en los últimos años⁸, llegando a un máximos histórico en 2023 con 99 muertes por suicidio. Al igual que describió Feltri (2013) en periodos anteriores, la distribución por sexo legal se mantuvo constante con una incidencia notablemente mayor en hombres que en mujeres, siendo la razón de masculinidad 5,5:1 (para el periodo 2010-2023). De manera similar a lo descrito anteriormente, en relación a la distribución por grupo etario se identificó una tendencia sostenida a que en las edades entre 20 y 44 años este evento sea más frecuente en el último periodo (2010-2023) (Feltri, 2013; Min Sal NQN, 2025).

⁸ Aunque en 2020 tuvo su pico mínimo, esto probablemente se explique debido al posible subregistro ocasionado por enfocar el trabajo de vigilancia epidemiológica, y de salud pública en general, a contener la pandemia de SARS-CoV2

Figura 9. Evolución temporal de muertes por suicidio la Provincia de Neuquén (2010-2023)



Fuente: Sistema de Información Provincial Andes

En relación a estos números, se encontró nuevamente una diferencia significativamente menor con lo publicado por el Ministerio de Seguridad de la Nación en su Informe de Suicidios (2025). Como se muestra en la tabla inferior, para la Provincia de Neuquén la cantidad de muertes por suicidio fue de: 65 casos (10,5 muertes por cada 100,000 hab mayores a 5 años) para el 2021; 53 casos (8,5 muertes por cada 100,000 hab mayores a 5 años) para el 2022; y 62 casos (9,8 muertes por cada 100,000 hab mayores a 5 años) para el 2023.

Tabla 2. Suicidios por jurisdicción y año. Valores absolutos y tasas cada 100.000 habitantes mayores a 5 años. República Argentina. Años 2017- 2023.

Jurisdicción	2021		2022		2023	
	Cantidad	Tasa	Cantidad	Tasa	Cantidad	Tasa
Buenos Aires	1.062	6,5	1.206	7,3	1.399	8,4
24 partidos GBA Interior de la Prov. Bs. As.	565	5,4	696	6,6	795	7,4
497	8,5	510	8,7	604	10,2	
Catamarca	43	11,2	51	13,1	56	14,3
Chaco	105	9,5	137	12,3	153	13,6
Chubut	63	10,9	61	10,4	52	8,7
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	236	8,2	242	8,4	176	6,1
Córdoba	276	7,9	253	7,1	289	8,1
Corrientes	71	6,9	60	5,8	78	7,4
Entre Ríos	216	16,8	239	18,4	247	18,8
Formosa	52	9,4	78	14,0	78	13,8
Jujuy	52	7,3	50	6,9	61	8,4
La Pampa	35	10,5	56	16,6	43	12,6
La Rioja	50	13,7	52	14,0	54	14,4
Mendoza	197	10,7	219	11,7	207	11,0
Misiones	92	8,0	99	8,5	82	6,9
Neuquén	65	10,5	53	8,5	62	9,8
Río Negro	56	8,0	42	5,9	46	6,4
Salta	178	13,6	209	15,8	184	13,7
San Juan	72	10,0	76	10,4	76	10,3
San Luis	66	13,9	55	11,5	79	16,3
Santa Cruz	50	14,6	44	12,6	38	10,6
Santa Fe	321	9,7	371	11,2	382	11,4
Santiago del Estero Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	98	10,9	128	14,1	130	14,2
20	12,3	22	13,2	20	11,7	
Tucumán	172	11,0	156	9,8	205	12,8
Total País	3.648	8,7	3.959	9,3	4.197	9,8

Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal-Sistema Alerta Temprana (SNIC-SAT), Ministerio de Seguridad de la Nación.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica de los Intentos de Suicidio (IS) (incluido como Evento de Notificación Obligatoria a partir de la última actualización del Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria, en 2022), se destaca la reciente publicación de un informe provincial de Martínez (2025) sobre vigilancia de notificaciones nominales de este evento, el cual entró en vigencia el 01 de abril de 2023 (SE 13/2023). En dicho informe, se muestra que, durante el periodo estudiado (SE 13/2023 a SE 22/2025), se notificaron 606 casos de IS, siendo mayor el porcentaje de personas de sexo legal femenino (60%, 362 casos). Del total 31 (5%) tuvieron resultado mortal, siendo mayor el porcentaje de sexo legal masculino (84%). En cuanto a la distribución por grupo etario, resulta alarmante la aparición y la cantidad de notificaciones en población joven menor de 15 años con una tasa ajustada de 4,6 notificaciones por cada 10.000 habitantes para ambos sexos (8,1 para mujeres y 1,3 para varones). Además, el 70% de las notificaciones de intentos de suicidio están concentradas entre los 10-34 años. Al analizar la comorbilidad de este evento, se observa que la mayoría de las notificaciones de IS no registraron información adicional, lo cual sugiere un subregistro, una falta de sensibilización del personal que notifica y/o una falta de oportunidad del dato. De las notificaciones que sí registraron información adicional, se

destacan 150 casos que presentan consumo problemático de sustancias psicoactivas (o antecedente de consumo) y 49 casos que fueron diagnosticados con un trastorno de SM. Como se muestra en la figura inferior, cuando observamos la distribución geográfica, vemos que la mayoría de los casos se notificaron en la RS Confluencia (29%, 175 casos), seguido por RS de Lagos del Sur (22%, 132 casos) y en tercer lugar RS del Pehuén (16%, 96 casos).

Tabla 3. Notificaciones de IS según región notificadora. Periodo SE 13/2023 a SE 22/ 2025. Provincia del Neuquén. N = 606.

Región	Total general	Frecuencia relativa
Confluencia	175	29%
de los Lagos del Sur	132	22%
del Pehuén	96	16%
de la Comarca	80	13%
Alto Neuquén	77	13%
Vaca Muerta	39	6%
del Limay	7	1%

Fuente: Informe Vigilancia epidemiológica de intento de suicidio (Martinez, 2025)

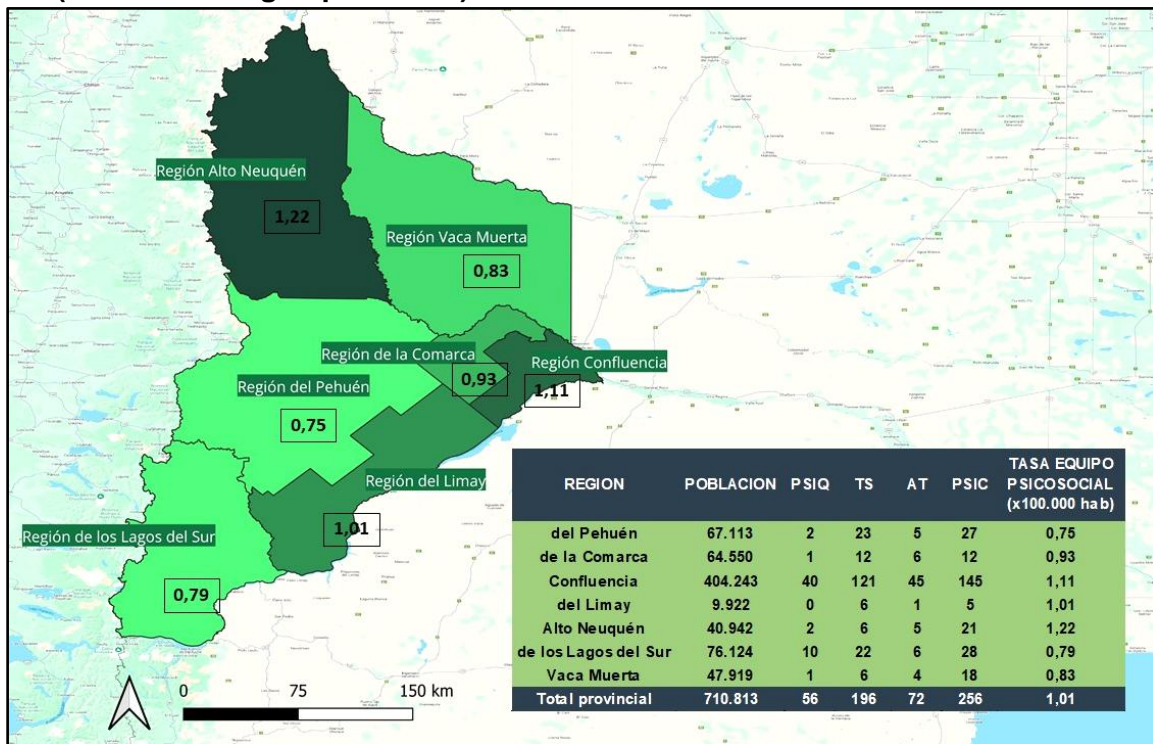
Consumos problemáticos

Según lo registrado por el Sistema de Información en Salud Provincial de Neuquén, entre el mes julio del 2019 y mayo de 2025, se registraron 37.406 consultas cuyo motivo fue vinculado al consumo problemático de sustancias psicoactivas. De este total la mayoría fueron varones (72%, 26.946 consultas). En relación a la distribución por grupo etario, hubo 325 consultas de personas entre 10 y 14 años, 5.097 consultas de 15 a 24 años, y la mayoría del total fueron realizadas por personas de 25 a 44 años (45,5%, 17.033 consultas). Los problemas de SM están fuertemente ligados a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Como se mencionó anteriormente, en los últimos años se comienza a prestar especial atención a la dualidad de usuarios con trastornos de SM que en simultaneo atraviesan una situación de consumo problemático. Si bien, no existen registros provinciales (ni nacionales) sobre dualidad o (comorbilidad) en estos problemas de SM, resulta llamativo que tanto las consultas por motivos relacionados a consumos problemáticos, como los IS, como las muertes por suicidios, tienden a concentrarse en poblaciones jóvenes, cuyo rango etario es prácticamente el mismo.

Fuerza laboral:

En el siguiente gráfico se ilustra la fuerza laboral vinculada con los problemas mentales georeferenciados por región sanitaria y ajustados por población. También se estiman la cantidad de equipos multidisciplinares que podrían conformarse por región sanitaria y ajustados por población total.

Mapa 1: Equipo psicosocial por cada 10.000 habitantes por Región sanitaria de la Provincia de Neuquén (Graduadas según población).



Fuente: Elaboración propia mediante QGIS a partir de datos del Sistema de Información en Salud Provincial

El mapa superior muestra la distribución actual de la fuerza laboral en salud por Región Sanitaria (RS). La construcción del indicador Tasa de equipo psicosocial por cada 10.000 habitantes, se construyó considerando la tríada psicosocial conformada por 1 Acompañante Terapéutico (AT), 1 Trabajador Social (TS) y 1 Psicólogo (Psic.), y dividiendo la cantidad de triadas psicosociales entre la población de cada RS para poder compararlas entre sí. De esta manera se muestra que, a pesar de que la cantidad de Psic. y TS parecería, en principio, equitativa, existe una limitante en la cantidad de AT para conformar más equipos psicosociales por RS. Este indicador busca proponer un paralelismo con el indicador utilizado internacionalmente “médicos por mil habitantes” que da una idea de la suficiencia de médicos por país y su distribución regional. Un ejemplo de su uso es que, en Argentina, se observó que existe una distribución desigual de esta fuerza laboral, ya que según Silberman y Silberman (2022) la tasa de médicos en 2020 fue 3,88 médicos/as cada 1.000 habitantes, 72% concentrándose en sólo 4 jurisdicciones (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe) (Silberman & Silberman, 2022).

Actualidad de los Dispositivos de Inclusión Habitacional en la provincia

Actualmente, en la provincia de Neuquén hay cuatro DIH en funcionamiento y dos en planificación para su construcción.

Tabla 4. Plazas totales y la ocupación real actual de los DIH y los anunciados (al 23/6/25)

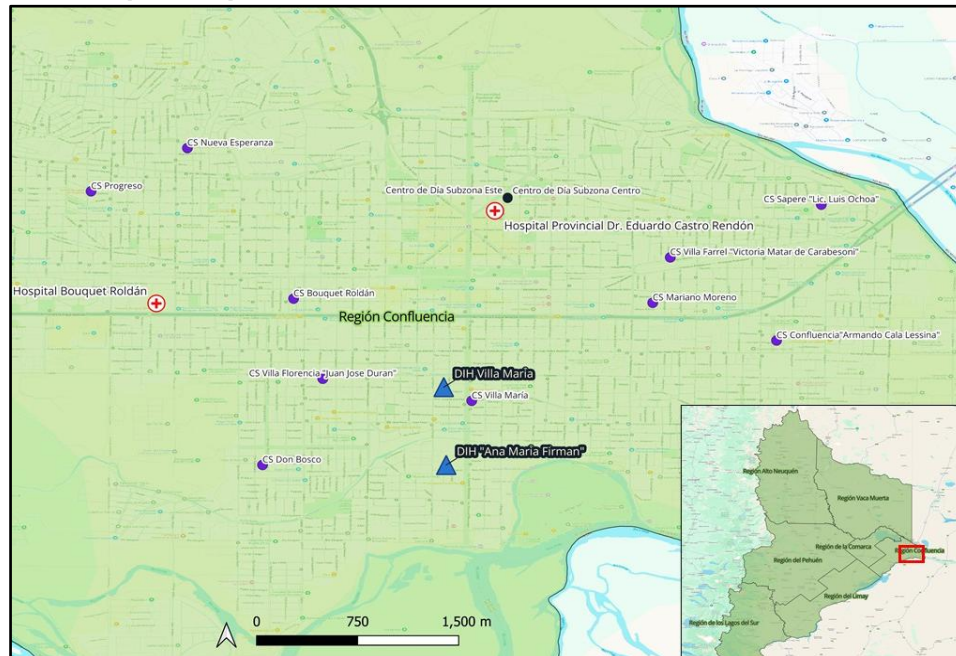
Localidad DIH	Ocupación actual	Plazas totales
Vista Alegre Norte, Centenario	3	3
Villa Maria, Neuquén Capital	8	8*
Ana Maria Firman, Neuquen Capital	10	12
San Martín de los Andes	4	4
Total	25	27

DIH anunciados

Localidad DIH	Plazas totales
Zapala	5
Cutral-Co	5

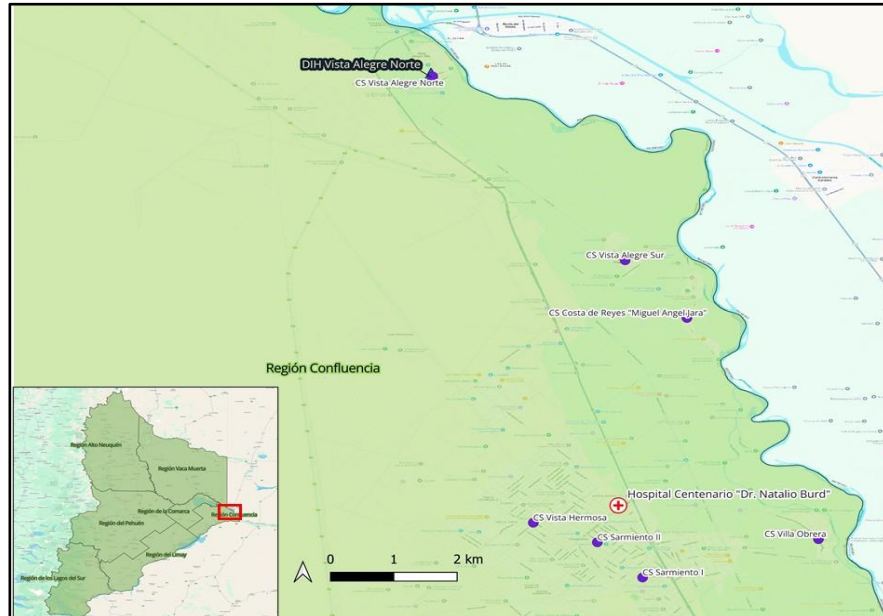
Fuente: Elaboración propia

En los mapas inferiores se puede observar la georreferenciación de los DIH actuales, junto con los distintos CS, Centros de día y Hospitales cercanos.

Mapa 2. DIHs de Neuquén capital.**Fuente: Elaboración propia**

En el Mapa 2 se observa la georreferenciación de los DIH ubicados en la capital neuquina. Ambos se encuentran relativamente cerca, lo que podría favorecer el intercambio y el acompañamiento entre equipos de trabajo. Por otro lado, el DIH de Villa María es el único lo suficientemente cerca a un CS como para que los usuarios puedan realizar sus controles rutinarios al mismo tiempo que fortalecen su autonomía y conciencia de enfermedad. El DIH Ana María Firman, dista una distancia considerable tanto del CS Villa María como del Don Bosco y del Villa Florencia, lo que podría presentar serias dificultades y brechas de acceso para sus usuarios. A su vez, ambos se encuentran alejados tanto del Hospital Castro Rendón como del Bouquet Roldán. A la dificultad que representan las distancias se suman las barreras identificadas en el trabajo de campo: trabajadorxs del DIH de Villa María relataron que los usuarios no cuentan con prioridad ni turnos protegidos, pese a sus problemáticas de SM y socioeconómicas. Esto complica tanto el traslado a largas distancias como la gestión personal de turnos.

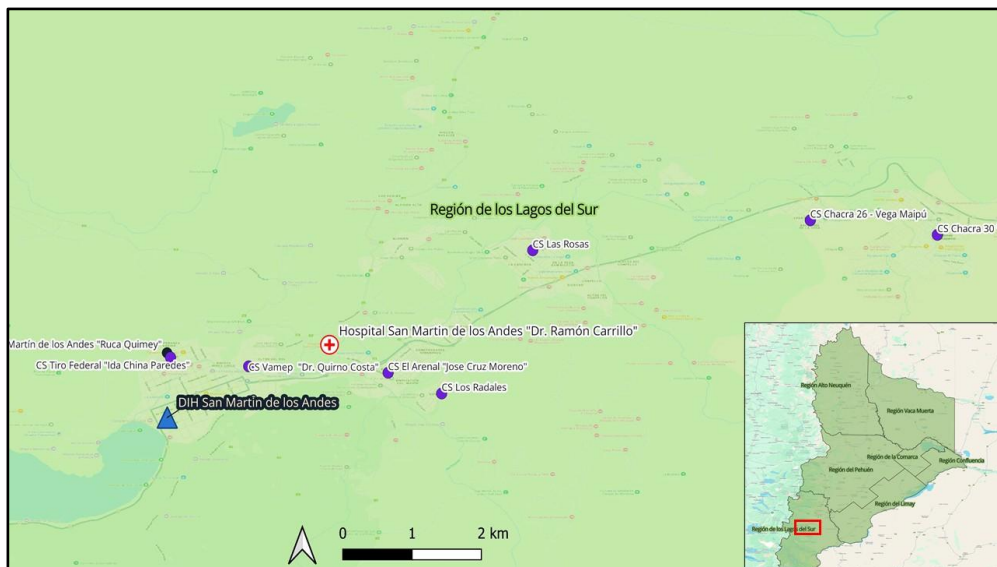
Mapa 3. DIH de Vista Alegre Norte, Centenario.



Fuente: Elaboración propia

El mapa 3 muestra la ubicación georreferenciada del DIH de Centenario, en el barrio Vista Alegre Norte, alejado del centro. Como se observa, la distancia al hospital local es considerable y no hay transporte público accesible y eficiente que facilite el acceso de lxs usuarixs del DIH. No obstante, su cercanía al CS Vista Alegre Norte podría ser un facilitador, para lxs usuarixs, en el acceso a una atención sanitaria oportuna y de calidad.

Mapa 4. DIH de San Martín de los Andes.



Fuente: Elaboración propia

Como muestra el mapa 4, el DIH de San Martín de los Andes, se encuentra en el centro de la localidad, pero la distancias tanto a CS cercanos como al Hospital local, resultan dificultosas para trabajar sobre el acceso de lxs usuarixs a una atención sanitaria oportuna teniendo en cuenta lo costoso e ineficiente de los transportes públicos en la zona.

Retomando la contextualización histórica del comienzo del informe, este tipo de dispositivos se pueden presentar con distintas configuraciones y dependencias, sosteniendo la perspectiva de SM comunitaria y una atención centrada en la persona y sus derechos. En este sentido, se identificaron otros dos DIH llamados Casas Convivenciales, destinados específicamente a personas con consumo problemático. Estas casas son sostenidas por la organización Vientos de Libertad⁹ y forman parte del programa de Casas Comunitarias Convivenciales de Sedronar, funcionando como dispositivos de internación voluntaria y gratuita. En Neuquén hasta el momento existen dos: la Casa de Mujeres y Disidencias, ubicada en Vista Alegre desde 2024 (anteriormente en Chos Malal), y la Casa de Varones y Masculinidades en El Cholar. Su objetivo es acompañar procesos de transformación de vida, favoreciendo la desvinculación del consumo y la reconstrucción de proyectos personales a través de talleres de formación de oficios, actividades recreativas y con perspectiva de derechos, además del acompañamiento de un equipo psicosocial. La Casa de Vista Alegre cuenta actualmente con 10 camas (en proceso de ampliación), equipo de coordinadoras que brindan acompañamiento las 24 horas, una trabajadora social y una psicóloga. Además, se llevan adelante talleres de huerta, educación física y cocina. Se trabaja intersectorialmente articulando con el municipio y el sistema de salud local. Actualmente se encuentra al 50% de su capacidad. Para el ingreso a cualquiera de las Casas se requiere una entrevista de admisión, y en caso de derivación institucional se solicita un informe previo.

⁹ Vientos de Libertad es la rama del MTE (Movimiento de Trabajadores Excluidos) que trabaja y lucha para que los pibes y pibas de barrios populares que atraviesan la problemática del consumo de drogas puedan transformar sus vidas, desde una mirada integral y comunitaria, restituyendo derechos y generando procesos para un proyecto de vida saludable y buen vivir, entendiendo que el consumo es una de las problemáticas producto de un contexto de desigualdad socioeconómica y acceso precario o nulo a derechos básicos de la vida como educación, salud, trabajo y vivienda.

Eficacia y Seguridad

DIH en otros países y otras experiencias

Búsqueda bibliográfica sobre eficacia y seguridad

Tabla 5. Revisión exhaustiva de la literatura disponible en buscadores seleccionados hasta junio del 2025.

Nº	SITIO	MOTOR DE BUSQUEDA	OPERADORES BULEANOS	FILTROS	RESULTADOS	RESULTADOS DESTACADOS
1	LILACS-bvs	Casa de Convalecencia	-	-	6	1
2	LILACS-bvs	Vida Independiente	-	-	700	-
3	LILACS-bvs	1 y 2	AND	-	0	-
4	LILACS-bvs	Desinstitucionalización	-	-	4025	-
5	LILACS-bvs	1 y 4	AND	-	4	2
6	LILACS-bvs	2 y 4	AND	-	21	16
7	LILACS-bvs	Instituciones de Vida Asistida	-	-	2.291	-
8	LILACS-bvs	7	-	Revisión sistemática	51	5
9	LILACS-bvs	4	-	Revisión sistemática y Meta-análisis	9	9
10	PubMed	Half Way House	-	-	1037	-
11	PubMed	10	-	Revisión sistemática y Meta-análisis	2	2
12	PubMed	10	-	ECA	13	11
13	PubMed	Deinstitutionalization	-	-	3328	-
14	PubMed	14	-	Revisión sistemática y Meta-análisis	15	7
15	PubMed	14	-	ECA	17	9
16	PubMed	Assisted Living Facilities	-	-	1,691	-
17	PubMed	16	-	Revisión sistemática y Meta-análisis	25	7
18	PubMed	16	-	ECA	71	29
19	LILACS-bvs	Recuperación de la Salud Mental	-	-	877	-
20	LILACS-bvs	19	-	Revisión sistemática	36	2
21	PubMed	Recuperación de la Salud Mental	-	-	324	-
22	PubMed	Recuperación de la Salud Mental	-	Revisión sistemática	18	13
23	PubMed	Recuperación de la Salud Mental	-	Meta análisis	4	3
24	PubMed	Recuperación de la Salud Mental	-	ECA	9	4
25	Cochrane	Deinstitutionalization	-	-	42	21

Fuente: Elaboración propia

La tabla superior es una sistematización de los distintos procesos de búsquedas realizados para encontrar artículos que respondan las preguntas de investigación, especificando Término DeCS/MeSH utilizado, sitio donde se realizó la búsqueda, operador booleano, filtros, resultados totales y resultados destacados. De esta manera se busca compartir las estrategias de búsqueda bibliográfica utilizadas para facilitar próximas investigaciones vinculadas al problema abordado.

Análisis de la bibliografía cuantitativa

Síntesis de evidencia, Revisiones Sistemáticas, Meta-análisis y Revisiones de alcance identificadas

Tabla 6. Síntesis de Evidencia, Revisiones y Meta-análisis y sus respectivos componentes de la pregunta PICO que buscan responder

Autor y año	P	I	C	O
Ibarra-Castillo, 2020 (Chile)	Personas con enfermedad mental crónicas graves	Servicios residenciales de largo plazo	Atención cerrada a largo plazo	CV, SI, función social, contactos sociales, entorno
Kozma, Mansell y Beadle-Brown, 2009	Adultos con discapacidad intelectual	Servicios basados en la comunidad	Instituciones	10 dimensiones clave
McCarron, 2019	Adultos con discapacidad intelectual	Entorno comunitario	Entorno institucional	CV
Shippee et al., 2025	Residentes de viviendas asistidas	Viviendas asistidas en los Estados Unidos		clínico, físico, funcional, existencial y social
Winsper et al. 2020	Personas usuarias de servicios de SM con enfermedades mentales graves	Orientación Recovery		Recuperación: funcionales, existenciales y sociales
Hamelin y cols, 2011	Personas con discapacidad intelectual	DI (Vida en la comunidad)		CA

SM: SM

SI: Salud Integral

DI: Desinstitucionalización

CV: Calidad de Vida

CA: Comportamiento Adaptativo

Fuente: Elaboración propia

La tabla superior muestra la clasificación de los trabajos cuantitativos incluidos, según los componentes de sus preguntas PICO identificados

Análisis crítico de los resultados de la búsqueda bibliográfica:

Análisis crítico de los resultados de investigaciones cuantitativas de la búsqueda bibliográfica:

Sobre la valoración de la evidencia cuantitativa se priorizaron síntesis de evidencia y revisiones sistemáticas.

Una síntesis de evidencia elaborada por el Ministerio de Salud de Chile (2020) buscó responder la pregunta de investigación ¿Cuál es el efecto de los servicios residenciales para personas con trastorno mental grave en comparación a la hospitalización psiquiátrica cerrada?. Identificaron 3 revisiones sistemáticas (RS), de 293, que responden a su pregunta PICO (cuyos componentes de explicitan en la tabla superior), excluyendo a aquellas que se centraban exclusivamente en personas con discapacidades cognitivas, en situación de calle, con trastornos alimenticios, o con abuso de sustancias, además de las hospitalizaciones breves (menor a 6 meses). De estas revisiones, se destacaron 4 estudios primarios, de 130, priorizando los resultados de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs) seguidos por los Estudios de Cohorte (EC). Los estudios seleccionados incluyen a personas

que tenían 1 año o más de internación en una institución monovalente y que fueron trasladados a hogares grupales con apoyo de personal de salud en caso de requerir y con actividades recreativas. Por su parte, los grupos controles continuaron internados, tenían trastornos mentales graves similares y participaron de actividades recreativas, al igual que los grupos intervenidos. Si bien, para todas las dimensiones analizadas la evidencia es muy baja para establecer certezas, se determina que respecto a la CV (en sus dimensiones ambiental, psicológica, social, física y satisfacción general, según la escala WHOQOL-BREF¹⁰), los servicios residenciales podrían mostrar poca o ninguna diferencia en comparación con la atención cerrada. En cuanto a la salud integral de usuarios, los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente la psicopatología general (incluyendo síntomas negativos y positivos) y la SM en general. Sobre la función social, tanto desde la perspectiva de cuidadores como de usuarios, los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente el desempeño y las expectativas en actividades sociales y de tiempo libre. Finalmente, en lo que respecta a los contactos sociales y la evaluación del entorno, los servicios residenciales podrían resultar en un número promedio de amigos y confidentes ligeramente mayor a largo plazo (al 1er y 5to año), y podrían aumentar la preferencia de los usuarios por permanecer en su lugar actual. Se transcriben las tablas SOF (resumen de evidencias) de dicha síntesis, que recaba para cada pregunta de investigación la evidencia disponible y su valoración según la metodología GRADE.

Tabla 7. Tabla SOF sobre Calidad (resultados en medidas relativas y absolutas).

HALLAZGO 1. ¿Cuál es el efecto de los servicios residenciales respecto a la atención cerrada en la CALIDAD						
Resultado en salud (outcome)	Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados (IC 95%)			Certeza de la evidencia GRADE	Mensaje Clave
		Atención cerrada	Servicios residenciales	Diferencia		
WHO-QOL* Ambiental a los 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	23,0 Puntaje promedio	24,1 Puntaje promedio	DM 1,1 más alto (2,85 menor a 5,05 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
WHO-QOL Psicológica a los 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	15,9 Puntaje promedio	17,9 Puntaje promedio	DM 2,0 más alto (1,14 menor a 5,14 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Los servicios residenciales en comparación a los que permanecen en atención cerrada, podrían hacer poca o ninguna diferencia sobre la dimensión ambiental, psicológica, de relaciones sociales, física y satisfacción general (de la escala WHOQOL-BREF), sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA
WHO-QOL Relaciones Sociales a los 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	10,0 Puntaje promedio	8,4 Puntaje promedio	DM 1,6 menor (3,16 menor a 0,04 menor)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	
WHO-QOL Física a los 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	19,8 Puntaje promedio	21,4 Puntaje promedio	DM 1,6 más alto (1,4 menor a 4,6 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
WHO-QOL Satisfacción general de la Vida a los 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	5,8 Puntaje promedio	5,9 Puntaje promedio	DM 0,1 más alto (1,06 menor a 1,26 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
<p>* WHOQOL-BREF tiene 26 preguntas distribuidas en cuatro dominios: medio ambiente (8 ítems) psicológico (8 ítems) relaciones sociales (3 ítems), salud física (7 ítems), 2 ítems individuales que miden la calidad de vida general, dando un total de 26 ítems. Una puntuación alta indica una mejor calidad de vida. Escala de 0 a 100.</p> <p>El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo de atención cerrada.</p> <p>GRADE: Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation; IC: Intervalo de confianza; DM: Diferencia media.</p>						

Fuente: Extraído de Ibarra-Castillo, 2020

Para la pregunta sobre el efecto de los servicios residenciales en la calidad, se muestra en la tabla superior que estos servicios podrían hacer poca o ninguna diferencia respecto a la atención cerrada. Si bien, 4 de 5 ECAs muestran una mejora significativa en la CV, la aparición

¹⁰ Versión abreviada y validada del cuestionario de la OMS para evaluar la CV. Consta de 26 ítems que exploran la percepción del individuo en cuatro dominios principales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno (o medio ambiente), además de dos ítems sobre calidad de vida general y salud percibida. Es una herramienta diseñada para ser utilizada en diversos contextos culturales y en investigaciones clínicas o epidemiológicas

de sesgos e inconsistencias en el diseño del estudio dan cuenta de que la calidad de esta evidencia es muy baja. Esto lo miden a través del sistema GRADE¹¹.

Tabla 8. Tabla SOF sobre Sintomatología del paciente y SM (resultados en medidas relativas y absolutas).

HALLAZGO 2 ¿Cuál es el efecto de los servicios residenciales respecto a la atención cerrada en la SINTOMATOLOGÍA DEL PACIENTE Y SALUD MENTAL?						
Resultado en salud (outcome)	№ de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados (IC 95%)			Certeza de la evidencia GRADE	Mensaje Clave
		Atención cerrada	Servicios residenciales	Diferencia		
PANSS *Psicopatología general 2 años	№ de participantes: 28 1 ECA (14)	49,9 Puntaje promedio	42,1 Puntaje promedio	DM 7,8 menor (11,78 menor a 3,82 menor)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	Los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente la psicopatología general síntomas negativos y positivos, si se compara con el grupo que permanece en atención cerrada, sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.
PANSS Síntomas negativos 2 años	№ de participantes: 28 1 ECA (14)	30,4 Puntaje promedio	23,5 Puntaje promedio	DM 6,9 menor (10,78 menor a 3,02 menor)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	
PANSS Síntomas positivos 2 años	№ de participantes: 28 1 ECA (14)	17,6 Puntaje promedio	13,6 Puntaje promedio	DM 4,0 menor (6,98 menor a 1,02 menor)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	
GHQ-12 ^{**} 2 años	№ de participantes: 28 1 ECA (14)	3,1 Puntaje promedio	1,6 Puntaje promedio	DM 1,5 menor (3,35 menor a 0,35 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	

* The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Es una prueba formada por 30 ítems que se puntúan de 1 "ausente" a 7 "extremo presente". A mayor puntaje, mayor severidad de los síntomas. Las puntuaciones oscilarán entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 a 112 para la psicopatología general. Los **síntomas positivos** se conocen como positivos porque son comportamientos adicionales que generalmente no se ven en las personas sanas: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, trastorno del movimiento. Los **síntomas negativos** se refieren a abstinencia social, dificultad para mostrar emociones o problemas para funcionar normalmente.

** 12-Item General Health Questionnaire (GHQ- 12): Se utilizó la puntuación dicotómica (0-0-1-1), rango de puntuación: 0 a 12. Mayor puntuación, mayor grado de sintomatología emocional.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo de atención cerrada.

GRADE: Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation; IC: Intervalo de confianza; DM: Diferencia media.

Fuente: Extraído de Ibarra-Castillo, 2020

En cuanto a la sintomatología del usuario y su SM, se muestra que los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente ambos aspectos en comparación a la atención cerrada. Al igual que con la calidad, a pesar de que los ECAs muestran mejora significativa, al analizar la metodología con el sistema GRADE se encuentra riesgo de sesgos y diseño del estudio lo que concluye en una evidencia de muy baja calidad.

Tabla 9. Tabla SOF sobre Función social calificada por cuidadores y usuarios (resultados en medidas relativas y absolutas)

¹¹ GRADE: Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation. El sistema GRADE es una herramienta que permite evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones en el contexto de desarrollo de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o evaluación de tecnologías sanitarias (Sanabria, 2015)

HALLAZGO 3 ¿Cuál es el efecto de los servicios residenciales respecto a la atención cerrada en la FUNCIÓN SOCIAL?

Resultado en salud (outcome)	Ne de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados (IC 95%)			Certeza de la evidencia GRADE	Mensaje Clave	
		Atención cerrada	Servicios residenciales	Diferencia			
Calificación del cuidador/a (R)	Nivel de desempeño de actividades socialmente esperadas – LPSA 2 años	Ne de participantes: 28 1 ECA (14)	19,9 Puntaje promedio	28,1 Puntaje promedio	DM 8,2 más alto (4,01 más alto a 12,39 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	Desde la perspectiva de los cuidadores, los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente el desempeño y expectativas en las actividades sociales y de tiempo libre, respecto al grupo que permanece en atención cerrada, sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.
	Nivel de expectativas para el desempeño de actividades sociales - LEPSA 2 años	Ne de participantes: 28 1 ECA (14)	15,1 Puntaje promedio	19,4 Puntaje promedio	DM 4,3 más alto (1,23 más alto a 7,37 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	
	Nivel de actividades de tiempo libre - LPFA 2 años	Ne de participantes: 28 1 ECA (14)	15,7 Puntaje promedio	21,6 Puntaje promedio	DM 5,9 más alto (1,96 más alto a 9,84 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	
	Nivel de satisfacción con las actividades de tiempo libre -LSFA 2 años	Ne de participantes: 28 1 ECA (14)	23,0 Puntaje promedio	28,4 Puntaje promedio	DM 5,4 más alto (0,29 más alto a 10,51 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	

Fuente: Extraído de Ibarra-Castillo, 2020

Al analizar la misma pregunta desde la calificación de los usuarios, encuentran lo siguiente:

Calificación del sujeto (S)	Nivel de desempeño de las actividades socialmente esperadas - LPFA 2 años	Ne de participantes: 28 1 ECA (14)	17,7 Puntaje promedio	24,9 Puntaje promedio	DM 4,9 más alto (0,89 más alto a 8,91 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Desde la perspectiva de las personas, los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente el desempeño y expectativas en las actividades de tiempo libre y socialmente esperadas, respecto al grupo que permanece hospitalizado, sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.
	Nivel de expectativas para el desempeño de actividades sociales - LSPSA 2 años	Ne de participantes: 28 1 ECA (14)	21,6 Puntaje promedio	26,1 Puntaje promedio	DM 4,5 más alto (1,73 menor a 10,73 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
	Nivel de desempeño en las actividades de tiempo libre - LPFA 2 años	Ne de participantes: 28 1 ECA (14)	24,7 Puntaje promedio	29,6 Puntaje promedio	DM 7,2 más alto (2,27 más alto, a 12,13 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	
	Nivel de autosatisfacción de las actividades de tiempo libre – LSFA 2 años	Ne de participantes: 28 1 ECA (14)	18,8 Puntaje promedio	22,9 Puntaje promedio	DM 4,1 más alto (1,64 menor a 9,84 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo de atención cerrada.

GRADE: Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation; **IC:** Intervalo de confianza; **DM:** Diferencia media.

R: "relative" evaluación del paciente que hace el cuidador de salud; **S:** Sujeto: Auto-evaluación que hace el sujeto; **R-LPSA:** Relative's rating of level of performance of socially expected activities; **R-LEPSA:** Relative's rating of level of expectations for performance of social activities; **R-LPFA:** Relative's rating of level of performance of free-time activities; **R-LSFA:** Relative's rating of level of satisfaction of free-time activities; **S-LPFA:** Subject's rating of level of performance of socially expected activities; **S-LPSA:** Subject's rating of level of self-expectation for performance of social activities; **S-LSFA:** Subject's rating of level of self-satisfaction of free-time activities; **S-LPSA:** Subject's rating of level of performance of free-time activities.

Fuente: Extraído de Ibarra-Castillo, 2020

Acerca de función social clasificada desde el punto de vista de cuidadores y usuarios, ocurre algo similar, todos los análisis muestran una mejora significativa, pero la aparición de riesgos de sesgo por no explicitar el mecanismo de aleatorización y el tamaño de la muestra utilizado, concluyen en una muy baja calidad de la evidencia para confirmar esta mejora.

Tabla 10. Tabla SOF sobre Contacto social y evaluación del entorno (resultados en medidas relativas y absolutas)

HALLAZGO 4 ¿Cuál es el efecto de los servicios residenciales respecto a la atención cerrada en los CONTACTOS SOCIAL y EVALUACIÓN DEL ENTORNO?

Resultado en salud (outcome)	Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados (IC 95%)			Certeza de la evidencia GRADE	Mensaje Clave
		Atención cerrada	Servicios residenciales	Diferencia		
Nº DE AMIGOS	Al 1er año Nº de participantes: 914 (1 estudio observacional (11))	2,33 amigos promedio	3,68 amigos promedio	DM: 1,35 más (IC: 0,81 más a 1,89 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Al 1er y 5to año, el número promedio de amigos y confidentes del grupo de servicios residenciales podría ser levemente mayor respecto al grupo de atención cerrada. Sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.
	Al 5to año Nº de participantes: 914 (1 estudio observacional (11))	2,33 amigos promedio	3,39 amigos promedio	DM: 1,06 más (IC: 0,46 más a 1,66 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
Nº DE CONFIDENTES	Al 1er año Nº de participantes: 914 (1 estudio observacional (11))	1,6 confidentes promedio	2,0 confidentes promedio	DM 0,4 más (IC: 0,02 menor a 0,82 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
	Al 5to año Nº de participantes: 914 (1 estudio observacional (11))	1,6 confidentes promedio	2,8 confidentes promedio	DM 1,2 más (IC: 0,7 más a 1,7 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
Deseo de quedarse en el lugar	6 meses RR 1,37 (0,96 a 1,96) -- Nº de participantes: 182 (1 estudio observacional (5))	348 personas por 1.000	477 personas por 1.000	129 más por 1000 personas (14 menos a 334 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,e}	Entre los 6 meses a 5 años, los deseos de permanecer en el lugar podrían ser mayores en el grupo de servicios residenciales que el de atención cerrada. Sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA
	1 a 3 años RR 2,61 (2,14 a 3,17) -- Nº de participantes: 1.185 (2 estudios observacionales (11,16))	304 personas por 1.000	795 personas por 1.000	490 más por 1000 personas (347 más a 661 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c,d,f}	
	5 años RR 2,82 (2,45 a 3,25) -- Nº de participantes: 788 (1 estudio observacional (11))	298 personas por 1.000	839 personas por 1.000	542 más por 1000 personas (432 más a 670 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	

GRADE: Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation; IC: Intervalo de confianza; DM: Diferencia media.
 *Global Assessment Scale (GAS); Life Skills Profile; Scores for social behavior characteristics of the SAFE (self-care, impulse control, social function); Social Behavior Assessment Schedule (SBAS); Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS). En todas las escalas menor puntaje implica mayor funcionalidad.
 ** La DME se utiliza cuando el desenlace ha sido medido en diferentes escalas y es difícil de interpretar clínicamente. Una regla general es que valores menores a 0,2 son de poca relevancia clínica, valores de 0,5 de relevancia moderada y 0,8 relevancia clínica importante.
 El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo de atención cerrada.

Fuente: Extraído de Ibarra-Castillo, 2020

En relación al contacto social y la evaluación del entorno, sucede lo mismo, los resultados indican una mejora en ambos aspectos pero la evidencia es de muy baja calidad.

Como puede apreciarse, la síntesis del Ministerio de Salud de Chile encuentra muy baja evidencia para todas las preguntas de investigación. Esto coincide con el informe de la Comisión Lancet de SM (Patel, 2018) y el documento de OPS sobre Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina (OPS, 2020), que observan que hay baches de evidencia, que se espera puedan completarse con los diseños adecuados de investigación sobre el impacto de estas estrategias.

Por su parte, una revisión sistemática de Kozma, Mansell y Beadle-Brown (2009), buscó responder dos preguntas de investigación. Por un lado, ¿Cuál es el impacto en personas adultas con discapacidad intelectual de la desinstitucionalización y la comparación de instituciones monovalentes con una variedad de entornos comunitarios?; y por el otro, en relación a la post-desinstitucionalización, ¿Cómo varían los resultados según la configuración del entorno comunitario? Se quedaron con 68 estudios, de 107, que cumplían con sus criterios

de inclusión-exclusión. De estos, la mayoría (49) brindaban resultados sobre el proceso de desinstitucionalización, y el resto (19) estudiaron la post desinstitucionalización. Se evaluaron los hallazgos en diez dimensiones clave:

Concluyeron que, los entornos comunitarios más pequeños y con apoyos personalizados tienden a fomentar una mayor **participación comunitaria**, **redes sociales** y **amistades** (reduciendo la soledad), y **autodeterminación** en los usuarios. Sin embargo, la inclusión comunitaria sigue siendo un desafío, especialmente para personas con discapacidades severas.

El **contacto familiar** generalmente se restablece después de la externación y se mantiene estable, siendo más influenciado por la distancia y características personales que por el tamaño del entorno. La **calidad de vida** mejora con el traslado de instituciones a entornos comunitarios, un beneficio que también depende de las características individuales y las prácticas del personal. La **conducta adaptativa** se mantiene o mejora en entornos comunitarios, mientras que en instituciones tiende a deteriorarse, destacando la importancia de estos entornos para el desarrollo de habilidades. En cuanto a las **opiniones y satisfacción de usuarios y familias**, se observa una alta satisfacción con los servicios comunitarios; los usuarios externados no desean regresar a las instituciones. Se encontró que el **comportamiento problemático** se asocia con la falta de atención del personal, mientras que en los comportamientos desafiantes, algunos estudios reportan una reducción en el uso de psicofármacos. Respecto a la **SM**, la externación no parece causar trauma o deterioro de la SM. En relación a la **mortalidad**, un factor clave a la hora de evaluar la eficacia de estos dispositivos, los resultados son heterogéneos. Por otro lado, se mostró la posibilidad de riesgos vinculados al crimen y la violencia. Finalmente, a pesar de que la externación disminuye la inactividad, también aumenta la probabilidad de tabaquismo, mala alimentación y obesidad.

En otra revisión sistemática publicada por McCarron (2019), se evaluó el efecto de la desinstitucionalización sobre la calidad de vida en personas adultas con discapacidad intelectual. Se incluyeron 13 estudios: 8 estudios cuantitativos, 2 cualitativos, 2 estudios de métodos mixtos y 1 estudio de caso. En esta revisión se encontró que cuando las personas con discapacidad intelectual se mudan de una institución a vivir en la comunidad, su calidad de vida mejora significativamente, y esta mejora se mantiene en el tiempo después de la externación, siendo mayor a los 24 meses en comparación con los 12 meses, independientemente de la medida de calidad de vida utilizada.

Una reciente revisión de alcance desarrollada por Shippee y cols (2025), buscó identificar y analizar los dominios, indicadores y su implementación utilizados previamente para evaluar la calidad en viviendas asistidas en los Estados Unidos. Para ello se utilizaron 3 estrategias, entrevistas con informantes clave, revisión de la literatura publicada (revisada por pares y no revisada) y consultas con paneles de expertos. Dentro de los estudios revisados, incluyeron 94 estudios, en los cuales se evaluaron nueve dominios únicos: (1) calidad de vida del residente, (2) satisfacción del residente y su familia, (3) dotación de personal y resultados relacionados con el personal, (4) seguridad del residente, (5) resultados de salud del residente, (6) planificación e integración de la atención, (7) entorno físico y social, (8) disponibilidad de

servicios y (9) valores fundamentales y filosofía. En la literatura, entrevistas y paneles de expertos, la calidad de vida y la satisfacción de los residentes fueron los dominios principales. Sin embargo, también se identificaron otros aspectos cruciales para una población de residentes cada vez más diversa, como la dotación de personal, la seguridad, los resultados de salud, la planificación de la atención y la integración. Se destaca la necesidad de incluir activamente la opinión de los residentes al definir los estándares de calidad.

Para profundizar en el paradigma de recuperación en SM o “recovery”¹², una revisión sistemática llevada adelante por Winsper y cols. (2020), buscó responder la pregunta ¿Cómo contribuyen las intervenciones orientadas a la recuperación a la recuperación personal de la SM?. En ella, Winsper y cols. revisaron 309 estudios, incluyendo cuantitativos (ensayos controlados aleatorizados y no aleatorizados, diseños cuasiexperimentales, de antes y después, prospectivos y transversales) y cualitativos (diseños etnográficos, de entrevistas, de grupos focales, de grupos nominales y de fotovoz). Primero identificaron 4 tipos de intervenciones (capacitación psicoeducativa, entre pares, de inclusión social, de recuperación y de alfabetización en SM). Luego, los resultados de cada estudio fueron evaluados según 5 dominios de recuperación interconectados propuestos por Whitley y Drake (2010): clínico, físico, funcional, existencial y social. Así, demostraron asociaciones significativas entre las intervenciones psicoeducativas, de pares y de inclusión social y aspectos de la recuperación funcional, existencial y, en menor medida (es decir, los resultados fueron más inconsistentes), social. Además, se encontró que la recuperación funcional, existencial y social son mutuamente beneficiosas, es decir, las ganancias en un dominio pueden contribuir a las ganancias en otro. Por ejemplo, se vio que la recuperación funcional (p. ej., empleo competitivo) contribuyó a la recuperación existencial (p. ej., autoestima) y social (p. ej., redes sociales) a través de varios procesos (p. ej., facilitación de oportunidades sociales), mientras que la recuperación existencial aumentó la probabilidad de recuperación funcional. Finalmente, se identificaron 4 mecanismos de acción comunes (proporcionar información y habilidades, promover una alianza de trabajo, servir de modelo de recuperación individual y ampliar las opciones y oportunidades) mediante los cuales las intervenciones ayudaron a los usuarios a iniciar estos procesos de recuperación. Cada uno de estos mecanismos aumentó la autodeterminación de los usuarios, favoreciendo otros aspectos de la recuperación. La evidencia destacó la importancia de las intervenciones entre pares, que no sólo impulsaron mecanismos de acción comunes (p. ej., el conocimiento experiencial), sino que también fueron únicas al proporcionar modelos de recuperación individual, lo que permitió a los usuarios establecer comparaciones sociales ascendentes. La integración comunitaria, entendida como participación plena, es un resultado importante de las intervenciones, con estudios que muestran mejoras significativas en la inclusión de los usuarios en actividades comunitarias y recreativas tras recibir apoyo. Es crucial evitar esperar la “cura clínica” o la “preparación para el trabajo” antes de intervenir, ya que esto puede ser perjudicial para los procesos de recuperación.

¹² Busca centrar las prácticas de SM en las personas, y sustituir el paradigma de la curación, enfatizando la importancia de la autodeterminación, la responsabilidad, la esperanza y la dignidad. Sugiere que las personas pueden recuperarse (mas no curarse) de las enfermedades mentales y que el objetivo de la terapia es ayudarlas a alcanzar su máximo potencial.

Finalmente, un meta-análisis realizado por Hamelin y cols (2011), buscó recopilar evidencia sobre el impacto de la desinstitucionalización de personas con discapacidad intelectual sobre su comportamiento adaptativo, incluyéndose 23 estudios en total. Dentro de los dispositivos comunitarios comprendidos en estos trabajos, a donde fueron externados los usuarios, se destacan hogares grupales o viviendas pequeñas con apoyo, centros de atención intermedia o centros de conglomerados, y entre otros entornos. Trece investigaciones utilizaron diseños con grupos pareados, y las otras diez aplicaron enfoques basados en medidas repetidas para evaluar a los participantes. En total, se usaron quince instrumentos distintos para medir la conducta adaptativa. Los tiempos de seguimiento posteriores a la desinstitucionalización variaron entre 6 y 60 meses. Dentro de los resultados obtenidos del meta-análisis, se encontró que los hogares grupales mostraron un mayor efecto positivo en los comportamientos adaptativos en las personas externadas con discapacidad intelectual, en comparación con otras modalidades de atención, aunque los autores refieren no quedar claro el concepto de “hogar grupal”, ya que hay ambigüedades entre estudios. En este sentido, también se señala que existe una relación compleja entre la autonomía personal, las conductas (o comportamientos) adaptativas y desafiantes, y elementos como políticas, prácticas en salud, financiamiento y apoyos individualizados en entornos comunitarios para personas con discapacidad intelectual. Sin embargo, una falencia común en los estudios sobre el tema es la falta de especificación en las características de esos entornos. Debido a los cambios ocurridos en los servicios y prácticas en SM en las últimas décadas, es difícil identificar con claridad qué factores del entorno comunitario favorecen el desarrollo de habilidades adaptativas u otras áreas. Por último, los autores identifican varias áreas problemáticas para quienes brindan servicios a adultos con discapacidad intelectual. Entre ellas se destacan la necesidad de intervenciones centradas en la comunicación funcional y apoyos físicos, el acceso a apoyos especializados prolongados para personas con discapacidades complejas, la formación del personal en el uso regular de evaluaciones estandarizadas, y la evaluación del entorno para identificar componentes específicos que favorezcan la autonomía en contextos comunitarios.

Análisis de la bibliografía cualitativa

Análisis crítico de los resultados de investigaciones cualitativas de la búsqueda bibliográfica:

En relación a los estudios cualitativos, se buscó una aproximación regional, destacándose publicaciones de Brasil y otras jurisdicciones de Argentina. Como se mencionó en la introducción, resultan compleja las comparaciones directas con otras experiencias, por más cercanas geográficamente que estas sean, debido a que los procesos de desinstitucionalización (o externación a un entorno comunitario) en otros países (y en otras partes de Argentina), se da a partir del cierre o modificación de Manicomios, instituciones que no existieron en la historia de la Provincia de Neuquén. Aún así, resulta enriquecedora la síntesis de los resultados obtenidos en estos trabajos, ya que nos permite ampliar el horizonte de las concepciones que tenemos actualmente sobre las problemáticas en SM y los procesos

de desmanicomialización, considerando percepciones, sentires y reflexiones de usuarios, sus familias y vínculos, e investigadores.

En una investigación-acción participante sobre la experiencia de desinstitucionalización del “Programa Volta a Casa”¹³ de Belo Horizonte realizado por Ferreira Franco & Johannes van Stralen (2015), los autores señalan que un proceso de este tipo no sería posible sin la existencia de una red de atención de SM bien establecida, que pueda acoger y continuar el tratamiento de las personas externadas, así como trabajar sobre facilitadores del proceso de recuperación y reinserción comunitaria. En palabras de ellos, según su experiencia durante la investigación participante: “(...) En un hospital hay un fuerte sentido de rutina, dependencia e imposición de horarios, mientras que en un domicilio las acciones son más libres y el cuidado de los objetos personales, la limpieza y la organización de la casa son muchas veces responsabilidad del propio residente”. Por último, al evaluar dicho programa, identificaron que es necesario mejorar varias áreas en la atención a adultos con discapacidad intelectual, como los apoyos especializados, la formación del personal, el uso de evaluaciones estandarizadas y la adecuación del entorno comunitario para favorecer su desarrollo.

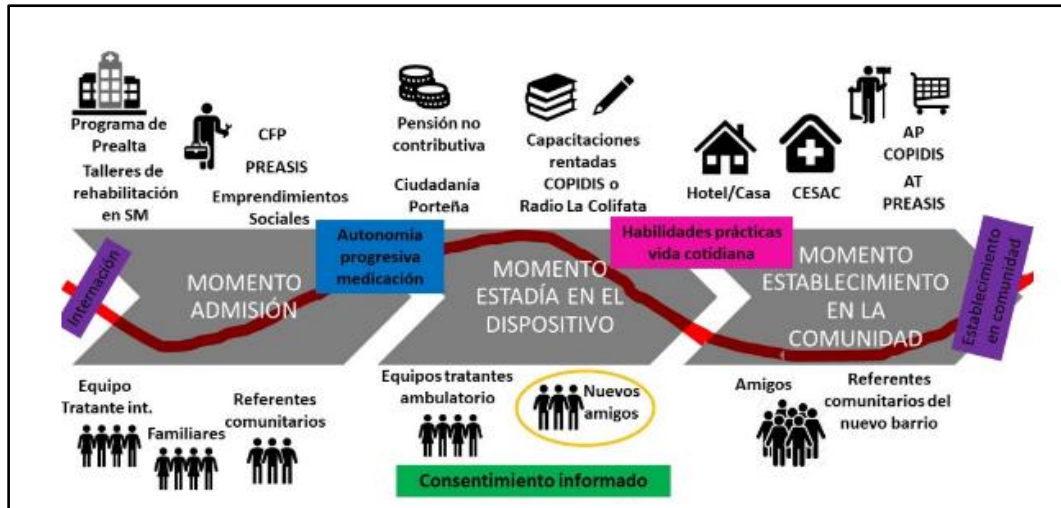
Por su parte Lenta, Tisera y Lohigorry (2020), en un análisis de las estrategias de externación propuestas desde el Programa Residencial en SM¹⁴ (PRSM) del Hospital Borda, destacan que la externación es un proceso singular que requiere la implementación de dispositivos intermedios con base en la comunidad y plantea desafíos y facilitadores en distintos niveles (individual, grupal y social), abarcando dimensiones subjetivas, materiales y simbólicas. En el gráfico inferior extraído del mismo estudio, se describe la trayectoria de externación y momentos del PRSM. Lxs autores describen las estrategias implementadas en este programa para efectivizar la inclusión de los usuarios en la comunidad. Entre ellas, se destaca la implicación activa de los usuarios a través del consentimiento informado, que establece objetivos, actividades y plazos renovables, promoviendo el compromiso personal y el acompañamiento de referentes significativos. Asimismo, se implementan estrategias intersectoriales que articulan con áreas como salud, seguridad social, educación y cultura, facilitando el acceso a recursos y programas que fortalecen la autonomía. Se fomenta además la construcción de grupalidad como forma de organización de la convivencia y sostenimiento colectivo, generando vínculos solidarios en proyectos habitacionales compartidos. En el plano individual, se promueve el cuidado de sí y el desarrollo de habilidades para la vida autónoma, como el manejo de medicación, dinero, transporte y redes sociales. Finalmente, se trabaja en estrategias singulares para la habitabilidad, orientadas no solo a la recuperación y sostenimiento material de la vivienda, sino también a la apropiación simbólica del espacio

¹³ Se instituyó por medio de la Ley Federal 10.708/2003, se centra en la “ayuda-rehabilitación a usuarios con trastornos mentales graves y alta de internaciones” y se ocupa de que reciban el beneficio financiero para garantizar los cuidados psicosociales en los procesos de desinstitucionalización. Este programa, más allá de una simple transferencia de ingresos, resulta potente en el proceso de rehabilitación de personas institucionalizadas (da Silva, 2021)

¹⁴ El Programa Residencial en SM (PRSM), situado en el Área Programática del Hospital Borda, es un dispositivo comunitario que busca la inclusión socio-habitacional. Su objetivo es complementar el tratamiento y la rehabilitación, acompañando la externación de personas con alta interdisciplinaria, diagnósticos de SM complejos e internaciones prolongadas en el hospital monovalente (Tisera y cols, 2018).

como parte del proceso de construcción de un nuevo hogar. Por último, señalan que los principales obstáculos en los procesos de externación se relacionan con factores macrosociales, como la crisis socioeconómica (recortes, inflación, desempleo) y el imaginario social estigmatizante sobre la locura, que generan inseguridad y exclusión. Y como facilitador central se identificó al rol del equipo interdisciplinario, cuyo enfoque integra derechos humanos, perspectiva comunitaria, singularidad subjetiva y tratamiento farmacológico dentro de un proyecto integral de cuidados. Algunos elementos, como el trabajo intersectorial, los vínculos sociales y los aspectos subjetivos de los usuarios, pueden funcionar como obstáculos o facilitadores según el caso particular, dependiendo del enfoque de los equipos, la calidad de los lazos o el estado psíquico y físico de las personas.

Figura 10. Trayectorias y momentos del PRSM.



Fuente: Lenta, Tisera y Lohigorry, 2020.

En el estudio titulado “El significado de vivir en un servicio residencial terapéutico”, Nóbrega y Veiga (2017), exploran la experiencia de ex-residentes de instituciones psiquiátricas que viven en Servicio Residencial Terapéutico (SRT). A partir de entrevistas con 13 participantes, se identificaron aspectos clave: la territorialización del hogar como un espacio de cuidado y pertenencia, el fortalecimiento de la autonomía mediante la asunción de responsabilidades en la gestión del hogar, la reconfiguración de vínculos sociales más horizontales con profesionales y vecinos, y los desafíos emocionales y prácticos asociados a la transición a la vida comunitaria. En el artículo, además, se analiza el significado de vivir en un SRT desde la perspectiva de personas previamente institucionalizadas, mostrando que este espacio representa mucho más que una vivienda: es un lugar de reconstrucción del hogar, fortalecimiento de la autonomía y resignificación de la vida cotidiana. Los residentes valoran la posibilidad de asumir responsabilidades, establecer vínculos más horizontales con los profesionales y participar activamente en la organización del hogar, aunque también enfrentan desafíos prácticos y emocionales en el proceso de adaptación. Por último, destacan la importancia de que profesionales y residentes se comprometan con la deconstrucción de prácticas basadas en el modelo manicomial excluyente para generar una dinámica de sujetos con derechos y deberes, dueños de sus propias decisiones. En síntesis, el servicio se presenta como un dispositivo clave para una inclusión comunitaria sostenida y humanizada.

En un estudio de caso intrínseco llevado adelante por Lenta et al (2019), abordan la experiencia de la residencia con apoyo denominada “Santa María” como dispositivo intermedio que permitió la externación de usuarios del Hospital Borda a través del PRSM. A partir de entrevistas en profundidad, observaciones participantes y registro de campo, lxs autores analizan el contexto social de creación del proyecto y las estrategias implementadas. A diferencia de otros trabajos, en este lxs autores destacan la importancia de la dimensión del trabajo para lxs residentes (con todas las dificultades que eso conlleva), como parte de una inclusión no sólo social sino también laboral. Destacan así que, “Al momento de realizar la admisión muchas personas mencionan que la posibilidad de obtener un lugar dónde vivir, ya

sea alquilando una habitación de hotel o regresando a un domicilio propio, será a partir de obtener un empleo”. Para que lxs residentes puedan percibir un ingreso económico, se recurrió a la gestión de distintos subsidios de la seguridad social, como son el Certificado de Discapacidad, la Pensión No Contributiva, la Cobertura Ciudadanía Porteña y del Subsidio Habitacional. Respecto a las estrategias de externación e inclusión sociolaboral, lxs autores destacan que construir la habitabilidad de un espacio para personas con trastornos mentales graves va más allá de la recuperación efectiva, su funcionalidad material y su sostenimiento económico a largo plazo. Implica desarrollar estrategias singulares y grupales que promuevan la autonomía progresiva de los participantes, con el apoyo de diversas instituciones de salud y SM, para asegurar su derecho a vivir en comunidad. Se promueve la grupalidad en las personas externadas para lograr intereses comunes o acciones que serían imposibles individualmente, lo que requiere institucionalizar el proyecto y regular las interacciones a través de un marco simbólico. En este caso específico, lxs autores comentan que, el equipo de apoyo fue crucial para facilitar la conexión entre los participantes y construir una red intersectorial de acompañamiento. En síntesis, este estudio destaca la importancia de fomentar la grupalidad, la justiciabilidad de derechos y el trabajo intersectorial. Sin embargo, plantea la duda sobre que el acceso a estos derechos se suele dar por excepción y no como parte integral e intersectorial de las políticas públicas, quedando a voluntad de la gestión de turno las facilidades para llevar adelante las distintas estrategias terapéuticas para lograr la efectiva inclusión sociolaboral.

En un trabajo realizado por Oliveira (2024), se buscó caracterizar la doble dimensión Casa/Dispositivo en un dispositivo de apoyo a la vivienda de la Provincia de Buenos Aires en el año 2021. Para ello, realizó dos entrevistas con profesionales de SM que actúan en dispositivos habitacionales. Los resultados del trabajo de campo muestran que la idea de "casa" para los residentes se vincula a aspectos individuales y cotidianos, como el sentimiento de pertenencia (ej., tener las llaves). Por otro lado, la concepción de "dispositivo" se entiende desde una perspectiva terapéutica, enfocada en acompañar la externación y garantizar el tratamiento, incluyendo la administración de medicación y dinero. Finalmente, la investigación subraya que la externación es una práctica de desmanicomialización indispensable y urgente, pero es crucial entender que externar no es lo mismo que rehabilitar o incluir socialmente. Para que la externación sea efectiva, debe ir acompañada de un trabajo complejo que provea no sólo recursos esenciales para la vida fuera del manicomio (como infraestructura y apoyo habitacional), sino también un esfuerzo fundamental de desubjetivación manicomial.

En un estudio realizado por Observatorio de Consumos Problemáticos (2022) con un enfoque cualitativo transversal de tipo exploratorio sobre las trayectorias terapéuticas de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas usuarias de cuatro dispositivos comunitarios de la provincia del Neuquén, buscó conocer las experiencias terapéuticas de estas personas entre 2020 y 2022. Realizaron 22 entrevistas a varones cisgénero de entre 23 y 70 años de edad. Se identificó que la mayoría de las personas inició su consumo a los 13 años, sucediendo en el barrio (o “la esquina”). Estos espacios se reconocen como lugares significativos para la socialización cuando se “sale” de la infancia, sobre todo, para aquellos que crecieron en ámbitos urbanos (o urbano-rurales), donde es aquí que se configuran los

primeros lazos sociales y redes de sostén. Dentro de las circunstancias que agudizan esta problemática, los autores reconocen en el relato de los usuarios, la pérdida del núcleo familiar, la expulsión de espacios de pertenencia sociales más amplios como pueden ser los espacios educativos, la precarización de las condiciones económicas y sociales, además del acercamiento a personas que también consumen, entre otras. En este sentido, aparece con frecuencia el debilitamiento de los lazos sociales, que lleva a una sensación de desamparo, como una de las principales barreras para que las personas en esta situación puedan pedir ayuda o la acepten. Por otro lado, los autores también identifican que una de las principales razones que llevó a las personas a modificar su relación con el consumo o a comenzar un tratamiento, fue el deseo de “cambiar de vida”. Este anhelo fue clave tanto para acercarse a los espacios de atención como para mantenerse en ellos. Con “cambiar de vida” se refirieron a mejorar su salud, adoptar hábitos más saludables, reconstruir vínculos afectivos o familiares y retomar proyectos personales que se habían visto interrumpidos por el consumo. Este deseo de transformación suele estar vinculado al temor o la experiencia de perder a alguien significativo.

Dos fragmentos de entrevistas dan cuenta de esto último:

- A: *“Cuando se empezó a agravar la situación ahí sí me acerqué por mi voluntad, porque yo no quería seguir así (...) Cuando casi perdí a mi familia, ahí... dije ya no da para más, mi familia ya estaba cansada, así que no, decidí tratarme por mi cuenta”* (A., comunicación personal, 30 años)

- E: *“Yo tomé la decisión porque mi familia estaba sufriendo mucho conmigo. Yo no soy perfecto, me he equivocado mucho con estos vicios que me generaron discusiones, peleas con mi familia y en un momento mi familia ya no me quería ver más. Entonces dije, voy a tomar la decisión de entrar a una fundación de adicciones* (E, comunicación personal, 33 años).

Uno de los factores más destacados para poder sostener los tratamientos es el sentido de pertenencia que cada persona encuentra en los dispositivos comunitarios. Estos espacios, se constituyen como un lugar de referencia al cual recurren las personas en situación de consumo problemático en los momentos que buscan contención. Asimismo, resulta interesante, la utilización de la “hoja de ruta” para apoyar los procesos terapéuticos en estas instituciones comunitarias. Este recurso consiste en que las personas que asisten al dispositivo van organizando y actualizando semanalmente, junto con un operador terapéutico, las actividades que va a realizar. A partir de esta herramienta, se generan acuerdos y se plantean objetivos a corto plazo para cada persona en el contexto del momento singular que transita. En general, las experiencias de participar en espacios terapéuticos grupales y las terapias individuales (psicológicas y farmacológicas) dentro de espacios insertados en la comunidad, resultan significativas para los concurrentes.

Calidad

Siguiendo el modelo de Donabedian descrito en la sección de Metodología, analizamos la calidad de los DIH en las dimensiones de Estructura, Procesos y Resultados, considerando las siguientes características:

- Estructura: aspectos edilicios como seguridad, ausencia de hacinamiento, disponibilidad de servicios básicos, confort, fuerza laboral destinada, entre otros.
- Procesos: rutinas e intervenciones, como la frecuencia de acciones del equipo psicosocial, los grados de apoyo individual y colectivo, o la habilitación de residentes para realizar tareas domésticas (cocinar, limpiar, etc.).
- Resultados: indicadores como reinserción laboral, hospitalizaciones, satisfacción de usuarios, y calidad de vida medida mediante instrumentos validados.

En lo referido a la **Estructura**, es imprescindible garantizar la seguridad de lxs usuarixs que habitan estos dispositivos, así como disponer de las condiciones materiales y no materiales necesarias para un proceso terapéutico efectivo y un acompañamiento adecuado. Esto implica minimizar la exposición a elementos potencialmente riesgosos. Por ejemplo, contar con una cocina equipada con cuchillos o utensilios filosos puede ser útil para fomentar la autonomía en la preparación de alimentos y evitar la dependencia de un apoyo constante en esta tarea, si se supervisa y trabaja para su manejo seguro. Asimismo, deben prevenirse situaciones peligrosas, como la presencia excesiva de vidrios expuestos o defectos constructivos que puedan ocasionar daños o lesiones.

Por otro lado, la buena convivencia y la vida en comunidad constituyen factores esenciales para favorecer los procesos terapéuticos individuales y colectivos. En este sentido, se deben evitar condiciones de hacinamiento o distribuciones inequitativas de las habitaciones, considerando las diferentes necesidades de apoyo y deseos que presenta cada usuarix.

En cuanto a la fuerza laboral, es necesario contar con profesionales, no profesionales y personal de maestranza con formación previa en salud mental, preferentemente con experiencia en contextos de DIH o en acompañamiento de personas con trastornos mentales graves y/o consumo problemático. Además, resulta indispensable garantizar instancias de capacitación continua (tanto internas como externas) en la temática. Y en relación a sus condiciones laborales, es importante asegurar entornos de trabajo dignos y contratos acordes a la magnitud del desgaste que implican las tareas asignadas, así como la exposición a posibles situaciones de violencia. Esto último presenta especial relevancia en la convivencia cotidiana con usuarixs que, en algunos casos, pueden manifestar emociones mediante golpes, acciones bruscas o autolesiones.

En cuanto a los **Procesos**, la organización de los DIH en torno a actividades, talleres e intervenciones depende, en gran medida, del grado de apoyo que requieran lxs usuarixs, así como de la georreferenciación del efector y de su integración con la comunidad barrial. En este sentido, resulta fundamental desarrollar procesos terapéuticos individualizados, contemplando tanto los obstáculos internos al DIH (como las convivencias problemáticas o la falta de espacios individuales) como los externos, por ejemplo, la exposición a robos o a contextos sociales adversos.

Un abordaje centrado en la persona favorece el desarrollo de la autonomía en tareas cotidianas y la adquisición de herramientas para afrontar o resolver adversidades, orientando el proceso hacia una externación efectiva. Para ello, el armado y sostenimiento de rutinas organizadas, así como el estímulo para que cada usuaria reconozca y priorice sus propios intereses en actividades recreativas o académicas, requiere un trabajo interdisciplinario y personalizado.

Este enfoque, que respeta los tiempos e intereses de cada persona, fomenta el empoderamiento individual y fortalece la autoconfianza necesaria para asumir la responsabilidad del propio proceso terapéutico. De esta manera, todas las intervenciones deben alinearse con el nivel de apoyo que cada usuaria requiera, en pos de reducirlo gradualmente hasta alcanzar la mayor independencia posible en su inserción comunitaria.

En relación con los **Resultados**, es evidente la necesidad de contar con indicadores que permitan evaluar la efectividad y seguridad de las intervenciones, la calidad de vida y la satisfacción de las usuarias (tanto con los aspectos edilicios como con los sociales del dispositivo), así como el progreso general de cada proceso terapéutico. Aunque se recomienda emplear indicadores e instrumentos validados en la bibliografía, con el fin de facilitar su comparación con otros procesos similares, también resulta pertinente desarrollar indicadores propios. Estos deberían contemplar la diversidad de formas de organización y trabajo que pueden adoptar los DIH, así como la heterogeneidad de capacidades y limitaciones personales de cada usuaria, sin dejar de lado el componente clínico.

Tal como se mencionó en el apartado anterior (Ver Resultados de Eficacia y Seguridad), existen indicadores e instrumentos que permiten evaluar la transición de las usuarias desde la institución monovalente hacia un dispositivo con base comunitaria. En esta dimensión, es fundamental no perder de vista el objetivo principal de los DIH: la inserción comunitaria efectiva y el desarrollo de una vida lo más independiente posible. Para alcanzar esta finalidad, es necesario considerar variables como la inserción laboral o percepción de un ingreso económico, así como la capacidad de autoorganizarse para su administración. En consecuencia, tanto los indicadores como los instrumentos de medición deben enmarcarse en estos objetivos y reflejar sus implicaciones.

A partir de reuniones con la DPSM y una observación de campo, en el marco de una reunión de trabajo, realizada en junio de 2025 en el DIH del barrio Villa María de la capital neuquina, se identificaron diversas características relacionadas con las dimensiones antes propuestas para evaluar la calidad de estos dispositivos en la Provincia de Neuquén. Se enumeran las mismas a modo de ejemplo, pensando en su aplicación a todos los DIH de la provincia.

En lo que respecta a la Estructura, este DIH cuenta con espacios amplios y bien delimitados (la cocina/comedor separados de las habitaciones), lo que evita situaciones de hacinamiento, favorece una buena convivencia, respeta los espacios personales y permite que las intervenciones profesionales individualizadas no interfieran con la rutina del resto de las usuarias. Sin embargo, se detectaron ciertos elementos que podrían representar riesgos para su seguridad.

Por un lado, la excesiva cantidad de ventanas de vidrio (algo que previo a la visita había señalado el equipo profesional) constituye un punto crítico, ya que uno de los usuarios ha roto reiteradamente una de ellas para descargar su enojo. Este hecho no solo compromete la seguridad física, sino que también genera sobresaltos y afecta la convivencia con el resto de las personas. Por otro lado, en el patio interno (utilizado para colgar la ropa) se observaron tablonces rotos en el piso de madera (ya deteriorado por el paso del tiempo). Esta condición no solo aumenta el riesgo de accidentes, sino que además limita la autonomía en una actividad básica e importante para el cotidiano, como es el lavado y tendido de la ropa.

A estas dos cuestiones edilicias se suma la presencia de escaleras para acceder a las habitaciones. Si bien en principio no representan un riesgo grave para la seguridad de los usuarios, su impacto dependerá de la distribución de los dormitorios en función de las necesidades de apoyo de cada persona. El equipo profesional relató, por ejemplo, el caso de un usuario que sufrió una caída al descender la escalera, lo que le ocasionó heridas e impactó negativamente en su autonomía, ya que a partir de ese accidente comenzó a sentir temor de utilizarlas.

Finalmente, en relación con la fuerza laboral, el equipo de trabajo manifestó la necesidad de mejorar las condiciones de contratación, debido al malestar generado por la incertidumbre económica asociada a la modalidad eventual en la que se encuentran varias trabajadoras (sumado a la imposibilidad de tomarse vacaciones que implica este tipo de vínculo laboral). No obstante, identificaron como una de las principales fortalezas para favorecer un acompañamiento adecuado, el trabajo en equipo interdisciplinario e integral, y la dinámica de colaboración entre pares, que han podido construir con el tiempo.

En relación con los Procesos, las trabajadoras del DIH relataron distintas dinámicas de acompañamiento que llevan adelante. Estas se elaboran y discuten inicialmente con el equipo interdisciplinario y, posteriormente, con el usuario de manera individual (considerando sus deseos y aspiraciones).

Un aspecto importante a tener en cuenta para la futura construcción de DIHs (y para optimizar los ya existentes) está vinculado, por un lado, a la distancia respecto de los efectores de salud y de las instituciones barriales que posibiliten el desarrollo de actividades recreativas, y por otro, a la ubicación del dispositivo en zonas con alta incidencia de robos o violencias en la vía pública. Si bien en ocasiones resulta dificultoso evitar estas localizaciones (debido a la baja disponibilidad inmobiliaria y a los impedimentos propios del acceso a un inmueble), incorporar ambos criterios en la definición del establecimiento podría favorecer la inserción comunitaria y el desarrollo de autonomía de los usuarios, al permitirles interactuar con el barrio sin exponerse a situaciones de violencia que impactan negativamente en su proceso terapéutico. Sumado a esto, es fundamental generar instancias de diálogo con la comunidad anunciando previamente la llegada del DIH al barrio, para despejar dudas e invitar a participar y aportar a la inserción comunitaria de los usuarios. Esto se ha mencionado en diálogo con trabajadoras de la DPSM, donde en una experiencia anterior, se trasladó de urgencia a un usuario a un DIH ubicado en un barrio donde los vecinos esperaban a otro usuario que ya conocían, lo que generó inconvenientes y malestar en la comunidad debido a situaciones de violencia que surgieron de parte del usuario a raíz de la complejidad de su cuadro clínico.

Finalmente, respecto a la dimensión de los resultados, se podría dividir al esquema de seguimiento en dos niveles distintos que se monitorean en paralelo. Por un lado, a nivel efector, la DPSM se encuentra elaborando un instrumento propio que les permita organizar las estrategias y prácticas llevadas adelante por lxs trabajadorxs de cada DIH, contextualizadas en los grados de apoyo y acompañamiento requeridos por lxs usuarixs alojadx allí. Esta construcción se viene realizando de manera colectiva, buscando validar su funcionalidad con los equipos de cada DIH, con el fin de producir conjuntamente herramientas y una capacidad instalada que permita reorientar y planificar el trabajo diario al mismo tiempo que sistematizar las prácticas, con el fin de garantizar un seguimiento integral de cada residente, y su efectiva externación. Por otro lado, a nivel efector no se identificó el uso de un instrumento validado para evaluar o monitorear el proceso terapéutico llevado a cabo. Si bien lxs trabajadorxs del DIH visitado mencionaron la utilización de una planificación de trabajo con cada usuarix y la revisión frecuente del mismo colectivamente con el equipo, sería conveniente la incorporación de herramientas validadas, o adaptaciones de estas, para medir o monitorear los distintos aspectos de cada usuarix en que impactan las intervenciones individuales y grupales. A pesar de los contextos de trabajo poco organizados, como mencionaron las trabajadoras del DIH visitado, debido a la falta de claridad en cuanto a la definición de cada rol (entre otras cuestiones, desencadenado por la precarización de las condiciones laborales), se identifica y destaca la fuerte perspectiva desmanicomializadora que se sostiene, así como también la convicción por la utilidad de estos dispositivos para brindar un contexto de atención y cuidados centrado en la persona, sus deseos y sus derechos. Mantener una visión colectiva alineada con los principios de la desinstitucionalización y la salud comunitaria, le imprimen al trabajo en salud mental que se viene llevando adelante en los distintos DIH, una característica indispensable para sostener cada proceso terapéutico con la convicción de efectivizar su inserción en la comunidad, y también abordar conjuntamente los escenarios adversos que suelen presentarse en estos efectores.

Equidad

A continuación, se describen los resultados obtenidos sobre el análisis del impacto en la equidad que tiene esta tecnología evaluada.

Las inequidades son comprendidas como aquellas diferencias innecesarias, injustas y evitables (Whitehead-WHO). La inequidad es la presencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles entre grupos de población definidos social, económica o geográficamente. El impacto en la equidad fue evaluado desde la perspectiva horizontal, es decir, aquella que se plantea, en palabras de Abraam Sonis (Sonis, 2000):

- 1) igual acceso a la atención para igual necesidad;
- 2) igual utilización de recursos para igual necesidad;
- 3) Atención de igual calidad para todos.

Desde esta óptica, implica un desafío pensar en DIH que sean accesibles para todos los ciudadanos que puedan necesitarlos, considerando barreras de acceso geográficas,

factibilidad del Estado de proveer las plazas necesarias, con un uso equitativo de recursos y calidad entre los DIH existentes. Es uno de los desafíos de la Dirección Provincial de SM para monitorear.

El concepto de impacto en la equidad vertical, siguiendo a Starfield (2011), implica que existe un componente de inequidad vertical cuando a las personas con mayores necesidades no se les proporcionan mayores recursos. Dicho de otra manera, ante la existencia de usuarios con diferente necesidad de recursos, la sociedad y el Estado debería garantizar una diferente asignación de recursos para satisfacer esas necesidades y reducir las brechas existentes. Esto puede plantearse dentro del mismo campo de la SM, o ampliando la mirada a otras problemáticas de salud que se podría ver afectada su asignación de recursos por existir un costo de oportunidad dedicado a los DIH. Esta mirada justifica, de por sí, la necesidad de realizar un análisis de impacto presupuestario que permita, a los planificadores y financiadores en salud, estimar los costos aproximados de este tipo de intervención.

En la siguiente página se responde la plantilla Equi-Neu, herramienta utilizada por el Comité Provincial de ETS de Neuquén para el abordaje de la equidad.


EquiNeu. Planilla Tamiz Equidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Comité Provincial de Evaluación de Tecnologías Sanitarias:

Dominio	Preguntas
<p>A- Acción a ser evaluada</p> <p>B - Preguntas tamiz generales</p>	<p>¿Quién/es propone/n la acción a ser evaluada? Surge desde el equipo de Salud Mental, co-existiendo interés en la acción de los DIH desde los equipos asistenciales hasta la Dirección Provincial de Salud Mental, con apoyo de las máximas autoridades sanitarias de Neuquén.</p> <p>¿Existen conflictos de interés? No. Debe mencionarse que cuatro de estos Dispositivos de Inclusión Habitacional ya se encontraban en funcionamiento al momento de realizar el informe y se anunciaron futuras implementaciones de nuevos.</p> <p>Afectación de los Derechos Humanos en general ¿Cuáles? Tener en cuenta que se evalúan si son derechos previamente vulnerados, y también si la nueva tecnología los puede llegar a vulnerar: La población objetivo es, en principio, una población vulnerable ya que incluye tanto a personas con trastornos mentales con internación de larga data en una institución monovalente (esto viola la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010), sino que también incluye a personas que sumado al diagnóstico de algún trastorno de salud mental no tienen acceso a una vivienda digna, ni a una inserción en la comunidad (Constitución Nacional, en su artículo 14 bis).</p> <p>Afectación del Derecho a la Salud: No vulnerado / Vulnerado – de qué manera La población con trastornos mentales severos ha visto sus derechos vulnerados históricamente. Si bien Neuquén no llegó a tener una larga historia de manicomialización como otros sistemas de salud, los consultados relatan afectación de derechos en pacientes que estuvieron institucionalizados en algunas instituciones recientemente cerradas. Por otro lado, la mayoría de las personas que utilizan o van a utilizar los DIH han tenido inadecuado acceso a una atención integral de su salud. El equipo de salud mental no ha podido reconstruir historias clínicas que muestren adecuados controles clínicos, odontológicos ni psicológicos en las instituciones monovalentes donde se encontraban internados.</p> <p>Inequidad: población vulnerable/vulnerada - ¿cómo? ¿Hay reparaciones en curso? La población objetivo de esta Tecnología Sanitaria es vulnerable por múltiples motivos. Entre algunos están, falta de autonomía (dependen de otros para gestionar desde trámites personales, su economía y hasta la higiene del hogar y, en algunos casos, personal), falta de recursos materiales (no tienen trabajo, no perciben ingresos propios, no tienen vivienda propia), falta de lazos sociales (la mayoría no tiene familiares que los apoyen o acompañen, sus vínculos más fuertes son con el personal de salud), dificultad en el acceso a una atención integral en salud (debido</p>

<p>a su falta de autonomía y sumado a la poca accesibilidad para personas con trastornos mentales, así como también, por la falta de sensibilización del personal que se desenvuelve en esos efectores).</p>	<p>Aspectos legales relevantes / antecedentes de judicialización y bases de los fallos: Existen oficios solicitando la externación de usuarios que están internados de forma prolongada. En su mayoría los jueces plantean plazos, y en algunos asreintes al Ministro de salud para que "saque a las personas con problemas de salud mental de los hospitales". Muchos de estos fallos, no pueden cumplirse al día de hoy por falta de plazas</p>
<p>Lugar de residencia (*¿Es esperable que afecte de algún modo el acceso a la tecnología o su efectividad? ¿Cuánto?) La distribución geográfica de los DIH planificados, intenta ser equitativa, pero limitada por cuestiones de factibilidad. Por ahora está centrada en Neuquén capital (dos DIH), en Vista Alegre Norte y en San Martín de los Andes. Están planificados dos nuevos DIH para Cutral-Co y Zapala. El objetivo último del proceso de externación de esta población, es la efectiva inclusión socio-laboral de los usuarios; este paso, como otros previos, se ven influidos fuertemente por el lugar de residencia, ya que es allí donde el sujeto (se supone) formó sus primeros lazos sociales y desarrolló sentido de pertenencia. La dimensión de la territorialidad (concepto de Milton Santos), resulta imprescindible para lograr una externación junto con una inclusión sociolaboral efectiva. Aquí entran en tensión cuestiones de factibilidad con aspectos geográficos de equidad. Es probable que algunos usuarios deban ser trasladados a lugares alejados de su barrio o ciudad con las consecuencias esperadas en los lazos sociales. Por ejemplo, un usuario oriundo de Las Coloradas fue trasladado por diversos motivos a un DIH de Villa María, Neuquén Capital. Teniendo la oportunidad de conocerlo y conversar con él, manifiesta constantemente su deseo de regresar a su lugar de origen. Este factor podría influir negativamente en su proceso terapéutico.</p>	<p>Raza, etnia, cultura, idioma (*) No hay estudios realizados en población Mapuche, otras minorías étnicas y culturales presentes en Neuquén como migrantes de países limítrofes, población Gitana, ni otros. El idioma y la cultura podrían generar disparidades en los procesos terapéuticos, tornándose más dificultoso las diferencias culturales y de idioma entre usuarios y el personal de salud. Pero en estos casos, se espera que el personal de salud y de maestranza que participan activamente de los procesos de externación e inclusión comunitaria, contemplen estas diferencias y enfoquen su trabajo en ellas.</p>
<p>Ocupación (*) Los pacientes con trastornos severos de salud mental en la mayoría de los casos no contarán con empleo estable y esto se asocia a la cobertura de salud exclusiva por salud pública. A diferencia de algunas obras sociales y prepagas, en salud pública es más limitado el acceso a acompañantes terapéuticos y otro tipo de intervenciones domiciliarias, lo que puede constituir una inequidad que este tipo de intervención podría potencialmente reducir.</p>	<p>Género, sexo, orientación sexual (*) En aspectos de género, las mujeres han sido víctimas de una doble discriminación abarcada desde la concepción de la interseccionalidad. Es crucial considerar una perspectiva de género a la hora de administrar las plazas disponibles.</p>

	<p>Religión (*) No hay estudios realizados en población de diferentes religiones en Neuquén.</p> <p>Nivel Educativo (*) Al igual que con la dimensión del trabajo, un mayor nivel educativo, le permitirá a un residente tener un manejo del universo simbólico relacionado a las rutinas y procesos de aprendizaje, mayor que al resto de los residentes. Es esperable que las personas con mayor nivel educativo hayan alcanzado a tener trabajo, con esto cobertura social y puedan potencialmente acceder a algunos servicios de apoyo con los que no cuentan los usuarios con cobertura exclusiva de salud pública.</p> <p>Nivel Socio-económico (*) Los trastornos de salud mental han sido, y son, uno de los ejemplos donde ante dos pacientes con mismo grado de afectación, la diferencia sea muy grande entre quienes poseen un elevado nivel socio-económico (que puede gestionar coberturas, apoyos terapéuticos, acompañamientos permanentes, visitas domiciliarias de especialistas) y quienes poseen bajo nivel socio-económico. El círculo de la pobreza-enfermedad (Horwitz) hace que los pacientes con trastornos mentales graves y bajo nivel socio-económico empeoren progresivamente su pobreza y su afectación mental. El "círculo pobreza-enfermedad" se refiere a la relación cíclica y negativa entre la pobreza y la enfermedad, donde cada una refuerza la otra. La pobreza a menudo conduce a malas condiciones de salud debido a la falta de acceso a atención médica, nutrición adecuada y entornos seguros, mientras que las enfermedades pueden llevar a la pérdida de ingresos, gastos médicos y dificultades para acceder a oportunidades educativas y laborales, perpetuando así el ciclo. En ese sentido, los DIH podrían colaborar a achicar brechas preexistentes de inequidad.</p> <p>Capital social (*) Capital social (*) En el mismo sentido que el ítem anterior, mayor capital social, le brindará al residente más facilidad para desarrollar apoyos comunitarios propicios para su inserción habitacional en la comunidad. Es sabido que las personas con mayor capital social, tienden a recibir mayor atención especializada, mejor atención en general, y más probabilidades de recibir ayuda psiquiátrica y psicoterapia comparada con grupos menos privilegiados (Titmuss, 1968).</p> <p>Edad (*) Los DIH están planteados para adultos, pero no se encontró consenso acerca de su utilización para pacientes con edades avanzadas y demencia. Algunas entrevistadas plantean que los DIH se piensan como pasos intermedios entre la institución monovalente y la vida independiente en la comunidad, y en edades avanzadas, los deterioros cognitivos propios del paso del tiempo, dificultarían esta estrategia terapéutica. Otros entrevistados han planteado que podría considerarse el uso de los DIH para pacientes añosos con demencia. Dado que aún no está consensuado, deberán considerarse las implicancias de tomar la edad como factor limitante para el uso de los DIH, ya que, ante la transición demográfica y epidemiológica con una cantidad creciente de ancianos con demencia, esta epidemia demandará cada vez más opciones para estos pacientes. En este sentido, se debe evitar promover el edadismo, entendido como la discriminación basada en la edad, ya sea hacia personas mayores o</p>
--	---

	<p>jóvenes. Es sabido que este tipo de discriminación, al igual que otras, repercute negativamente en la salud general de la población afectada (OMS, 2021).</p>
<p>C - Preguntas específicas para la acción evaluada</p>	<p>Discapacidad (*) Según el grado de discapacidad intelectual o motora, la ganancia de autonomía y autodeterminación se verá más o menos fácil de lograr. Aunque, para estas situaciones se clasifican los DIH según el grado de apoyo necesario, lo que debería reducir la brecha generada por este aspecto.</p> <p>Motivos por los que se priorizó la realización de esta evaluación. Debido al reciente cierre de instituciones monovalentes, ya están en funcionamiento estos dispositivos y se anunciaron próximas implementaciones. Esto convocó a la necesidad de generar apoyo en la toma de decisiones para la gestión. También hay que considerar, el gran peso epidemiológico (magnitud y tendencia en aumento) de los trastornos mentales severos en la región. Esta suma de situaciones llevó a la priorización del pedido de evaluación de estos dispositivos.</p> <p>Calidad técnica de la acción propuesta - Eficacia, efectividad, costo, seguridad, otros aspectos Los DIH parecen ser eficaces y seguros comparados con las alternativas disponibles.</p> <p>Costo anual estimable para el servicio de salud El costo de los DIH en Neuquén depende de muchos factores, pero principalmente de la perspectiva adoptada. No es lo mismo un DIH construido por organismos externos al Ministerio de Salud Provincial (por ejemplo, el DIH para usuarias femininas de Vista Alegre financiado por SEDRONAR), que otros DIH construidos y financiados en su totalidad por Salud Pública Provincial (por ejemplo, el DIH de San Martín de los Andes). Otros factores que influyen en la variabilidad de la posible estimación de costos son el grado de verdadera articulación intersectorial que se alcance. Como se manifiesta y fundamenta en el cuerpo del informe, sería deseable una rica articulación entre diversos actores sociales para la gestión y planificación de los DIH en el territorio. Entonces podría ser que un actor (por ejemplo, el Municipio) ceda una vivienda, que una Iglesia u ONG provea el servicio de limpieza y alimentación, y que el Ministerio de Salud provincial provea el equipo de acompañamiento psicosocial y fármacos para los usuarios. Pese a esto, dada la magnitud epidemiológica de los pacientes con trastornos mentales severos que sean potencialmente beneficiarios de los DIH, es esperable un costo anual considerable, que podrá estimarse con mayor precisión una vez que se logren consensos sobre el grado de articulación intersectorial de los mismos.</p> <p>Costo de oportunidad: Acciones alternativas posibles de gasto, necesidad y factibilidad. Un análisis de impacto presupuestario tradicional implicaría comparar el costo de un DIH con la tecnología alternativa. En este caso, una posibilidad sería compararla con los costos de mantener por tiempo prolongado a un usuario ocupando una cama de hospital. Si bien esto puede realizarse técnicamente, iría en contra de la misma Ley de Salud Mental, por lo que no lo consideramos adecuado, ni ético.</p> <p>Determinar "costos de inequidad".</p>

	<p>Tal como se mencionó en el apartado anterior, es más importante el aspecto vinculado a los Derechos protegidos por la Ley de Salud Mental, que las valoraciones económicas sobre las consecuencias.</p>
	<p>¿Se ponen en riesgo puntos éticos específicos (consentimiento informado, confidencialidad, x.ej.)? Si, existe un consentimiento informado el cual debe ser firmado por residentes para acordar tanto con su relocalización en un DIH como de lo que va a ser su proceso terapéutico.</p>
	<p>La incorporación de la tecnología en el contexto del sistema de salud, es coherente con la estrategia de APS? Si. El abordaje de la rehabilitación basada en la comunidad es profundamente coherente con la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. La sinergia entre la protección social y la APS en la estrategia de los DIH, hace suponer que tiene un potencial importante para reducir brechas de inequidad (CEPAL, 2023)</p>

Evaluación económica

Costo anual estimable para el servicio de salud

El costo de los DIH en Neuquén depende de muchos factores, pero principalmente de la perspectiva adoptada. No es lo mismo un DIH construido por organismos externos al Ministerio de Salud Provincial (por ejemplo, el DIH para usuarias femeninas de Vista Alegre financiado por Sedronar), que otros DIH construidos y financiados en su totalidad por Salud Pública Provincial (por ejemplo, el DIH de San Martín de los Andes). Otros factores que influyen en la variabilidad de la posible estimación de costos son el grado de verdadera articulación intersectorial que se alcance. Como se manifiesta y fundamenta en el cuerpo del informe, sería deseable una rica articulación entre diversos actores sociales para la gestión y planificación de los DIH en el territorio. Entonces podría ocurrir, que un actor (por ejemplo, el Municipio) ceda una vivienda, que una Iglesia u ONG provea el servicio de limpieza y alimentación, y que el Ministerio de Salud provincial provea el equipo de acompañamiento psicosocial y fármacos para los usuarios. De ese modo la participación en el financiamiento del DIH sería compartida por los distintos actores. Pese a esto, dada la magnitud epidemiológica de los pacientes con trastornos mentales severos que sean potencialmente beneficiarios de los DIH, y las tendencias que fueron descriptas en el apartado epidemiológico, hacen esperable un costo anual considerable y creciente para los próximos años, que podrá estimarse con mayor precisión una vez que se logren consensos sobre el grado de articulación intersectorial de los mismos.

Costo de oportunidad: Acciones alternativas posibles de gasto, necesidad y factibilidad.

Un análisis de impacto presupuestario tradicional implicaría comparar el costo de un DIH con la tecnología alternativa. En este caso, una posibilidad sería compararla con los costos de mantener por tiempo prolongado a un usuario ocupando una cama de hospital. Si bien esto puede realizarse técnicamente, iría en contra de la misma Ley de SM, por lo que no lo consideramos adecuado, ni ético.

Como se mencionó anteriormente, el Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén mantuvo durante largo tiempo convenios con instituciones psiquiátricas. A partir de reuniones con el área de facturación del Ministerio, fue posible conocer cómo se establecían los valores que se pagaban mensualmente a estas instituciones privadas por cada usuari@ internado. Dichos montos se referenciaban en el nomenclador nacional de prestaciones médicas, específicamente en el código 43.01.10 (Internación Clínica en Habitación Individual), cuyo valor variaba según la categoría. En el caso de Neuquén, se utilizó siempre el correspondiente a la Categoría A.

A modo ilustrativo, la siguiente tabla presenta los valores que el Ministerio de Salud de Neuquén acordó pagar por la internación mensual de cada usuari@ en las instituciones monovalentes que continuaban funcionando en 2024. En este caso, se muestran los montos

establecidos en el convenio de ese mismo año con Cipec, el último neuropsiquiátrico que funcionó en la provincia.

Código	Descripción	Enero/ Febrero	Marzo/Agosto	Septiembre/ Octubre	Noviembre/ Diciembre
43.01.10	Módulo mensual de Internación Pctes. Psiquiátricos	\$1.424.000,00	\$1.424.000,00	\$1.566.400,00	\$2.100.000,00

Tabla 11. Módulo de internación mensual

Fuente: Dirección General de Prestaciones del Ministerio de Salud de Neuquén

Según el convenio, este módulo de internación incluía:

- Gastos sanatoriales: habitación hasta cuádruple, desayuno, almuerzo, merienda y cena
- Atención por equipo interdisciplinario
- Cobertura de emergencias clínicas: atención médica y fármacos indicados hasta su derivación a centros de mayor complejidad en caso de ser necesario
- En caso de que el estatus psíquico del usuario lo permita: Actividades contextuales (talleres expresivos, corporales, terapia ocupacional, musicoterapia, grupoterapia)
- En caso que no fuera posible, actividades contextuales: Acompañamiento terapéutico grupal
- Coordinación con equipo derivador estrategias de seguimiento y alta progresiva de internación

Para aportar al monitoreo económico de estos efectores, en el reporte elaborado en junio de 2025 por el OPRSM (con el objetivo de informar sobre la situación de los Dispositivos de Inclusión Habitacional ubicados en Neuquén Capital) se detallan distintas responsabilidades en materia de financiamiento.

En primer lugar, se consigna que el monto mensual asignado a cada dispositivo es de \$1.500.000 pesos, enviados desde la DPSM, destinado a cubrir gastos de alimentación, pago de servicios, mantenimiento y otros rubros. Asimismo, se señala que se está proyectando la contratación (desde la DPSM) de siete u ocho trabajadorxs por dispositivo, entre personal administrativo, acompañantes terapéuticxs y enfermerxs.

En relación con la situación laboral, se destaca que aún no existen trabajadorxs de planta funcional. La mayoría se encuentra contratadx de manera temporal o con dependencia administrativa en otros ministerios. Finalmente, al describir la intersectorialidad involucrada en la gestión de los dispositivos, se menciona que la Subsecretaría de Familia del Ministerio de Capital Humano aporta fondos destinados a la provisión de alimentos, que se utilizan como

“aportes económicos” para cada usuaria, y envía módulos alimentarios, aunque estos últimos rara vez llegan en tiempo y forma.

Otra fuente de información oficial, estimó el costo de construcción de un DIH en la Ciudad de Cutral-Co con capacidad para 4 usuarios, con habitaciones individuales baño, cocina y comedor compartido, con 252 metros cuadrados cubiertos. En la noticia de agosto de 2025, el Ministerio de Salud adjudicó para dicha obra un presupuesto de \$740 millones (Vázquez, 2025). Aquí no está estimado el costo del terreno (que en este caso fue cedido por la comuna), el mantenimiento ni de los RRHH necesarios. Como fue mencionado, los costos pueden variar según cuestiones vinculadas al lugar donde se construya, las características, y los acuerdos de financiamiento compartido con otros actores como el municipio, ONG’s, SEDRONAR, etc.

Tal como se mencionó en el apartado anterior, es más importante el aspecto vinculado a los Derechos protegidos por la Ley de SM, que las valoraciones económicas sobre las consecuencias.

Otros impactos

Hay algunos ejemplos de transinstitucionalización en otros sistemas de salud que deberían procurarse evitarse:

- Transferencia de una institución de la red de servicios del ministerio de salud a otro ministerio, como son los de protección o bienestar social, pero que reproducen residencias aisladas de la red de salud general y de la comunidad.
- Cambio de nombre de las instituciones sin que se haya modificado sustancialmente el modelo de atención asilar. Algunas de estas nuevas denominaciones son hospital neuropsiquiátrico, CS mental, hospital escuela e instituto de SM, entre otros.
- Adscribir a la institución una supuesta función de rehabilitación psicosocial de base comunitaria que no cumple en realidad.

Los informes de seguimiento del funcionamiento de los DIH en la Provincia de Neuquén, elaborados por el OPRSM, son una pieza clave para evaluar otros impactos posibles (además del económico, la calidad, eficacia y seguridad). Al profundizar en las perspectivas que aportan los distintos niveles de gestión respecto de la situación general de estos dispositivos, se abre la posibilidad de considerar diversos campos de acción y de evaluación, incluyendo las particularidades identitarias de cada efector según su ubicación geográfica, así como los distintos grados de apoyo requeridos por lxs usuarixs alojadx, entre otros aspectos.

Un ejemplo claro de esto aparece en el informe presentado en junio del 2025, donde entre distintas cuestiones a mejorar identificadas por los tres niveles de gestión (Central, Regional y del efector) se destaca la volatilidad del convenio establecido entre Subsecretaría de Salud y de Familia. Esta articulación intersectorial, en algunos casos se comenta como un logro, pero su carácter de “a disponibilidad” denota una intención caritativa de parte de Familia, la cuál se compromete a entregar módulos de comida a cada efector (cuya frecuencia es inconstante, casi nula) y el envío de fondos para cada usuarix que fue mencionado como insuficiente o atrasado debido a la inflación de nuestro país. Esta falsa intersectorialidad se alinea con los procesos de transinstitucionalización antes mencionados, ya que aparentan una horizontalidad y transversalidad de responsabilidades que terminan recayendo en un solo sector, en este caso Salud.

Implementación

Recomendaciones para la implementación

Para avanzar en la implementación de los DIH en la Provincia de Neuquén (y optimizar los ya implementados) se considera necesario:

- Establecer estrategias y acciones desde la intersectorialidad, promoviendo la articulación entre ministerios, subsecretarías, direcciones y otros sectores clave.
- Asegurar la integración de los DIH dentro de la Red de Atención en Salud Mental, evitando que funcionen de manera aislada y priorizando a lxs usuarixs de estos en el acceso a la atención en otros efectores.
- Consensuar indicadores de desempeño entre la Dirección y efectores, que permitan evaluar resultados y orientar la toma de decisiones en relación a los procesos terapéuticos individuales y colectivos de lxs residentes.
- Monitorear de forma continua las prácticas y los costos, generando un registro sistemático para la evaluación futura.
- Vigilar que la distribución, acceso y uso de los DIH sea equitativo, considerando los determinantes sociales de la salud, la georreferenciación en relación a otros efectores y actores comunitarios clave, y evitando generar más barreras que amplíen brechas de inequidad.
- Respetar la territorialidad de lxs usuarixs, previniendo desarraigos forzosos o prolongados que afecten su red social y comunitaria.
- Incluir la dimensión laboral de lxs usuarixs, favoreciendo la inserción y sostenimiento en el mundo del trabajo como parte del proceso de inclusión en la comunidad
- A nivel de gestión de estos, evitar la transinstitucionalización, es decir:
 - El traslado de usuarios de una institución a otra sin modificar las lógicas asilares de la misma
 - Los cambios simples de nombre de las instituciones, sin que impacten en su organización y función
 - Presentar los DIH como espacios dentro del proceso de inserción comunitaria sin que en la práctica se garantice

Discusión

Las problemáticas relacionadas a salud mental constituyen uno de los principales desafíos sanitarios a nivel global, debido a la complejidad de determinantes sociales en que se presentan, a la frecuencia de múltiples comorbilidades y a la creciente carga de enfermedad en el mundo asociadas a depresión, ansiedad y consumo problemático de sustancias, además de la marcada brecha existente en el acceso a la atención. En Argentina, pese a la aprobación de la LNSM en 2010, el proceso de desmanicomialización avanza lentamente. En Neuquén, donde nunca existieron manicomios públicos, se comenzaron a implementar estrategias de desinstitucionalización a través de distintos dispositivos intermedios y, más recientemente, mediante la creación de Dispositivos de Inclusión Habitacional (DIH). Estos representan un cambio de paradigma hacia la atención comunitaria, buscando orientar los procesos terapéuticos de lxs usuarios con estas problemáticas, hacia su inclusión socio-habitacional-laboral y a una vida independiente. El presente informe evalúa esta nueva tecnología sanitaria en la región, identificando posibles impactos en las esferas políticas, sociales, económicas y sanitarias, así como también las fortalezas, limitaciones y oportunidades de mejora para su implementación efectiva.

Hallazgos principales

- Las problemáticas de salud mental vienen cobrando mayor relevancia en el mundo. En el presente trabajo se utilizaron los datos obtenidos a partir de distintas fuentes de información para contextualizar la situación epidemiológica en la Provincia de Neuquén. Se observó esta misma tendencia global en aumento al evaluar los motivos de consulta ambulatoria y por guardia en efectores públicos de la provincia en el último tiempo. Esto da cuenta del crecimiento de la carga de enfermedad por esta problemática, así como la creciente demanda a los servicios de salud. Se focalizó en los motivos de consulta de atención ambulatoria programada y de urgencia relacionadas a consumos problemáticos, resultando llamativa la ampliación de los rangos etarios y registrándose usuarixs cada vez más jóvenes.

-En relación al impacto en la calidad, se identificaron distintas dimensiones a tener en cuenta para evitar estrategias que dificulten los procesos terapéuticos de lxs usuarixs y reproduzcan prácticas asilares. Entre ellas se destacan las características edilicias y de contratación del personal. En lo edilicio, algunos de los dispositivos que funcionan actualmente, lo hacen con cierta dificultad debido a defectos estructurales como materiales no seguros o rotos. A esto se le suman los problemas propios de construcciones añosas, como son algunas de las casas utilizadas como DIH. Respecto a la fuerza laboral, si bien se están proyectando abrir nuevos puestos laborales, es necesario revisar los contratos ya iniciados, ya que muchos son temporales (no incluyendo licencias ni vacaciones) y con salarios desactualizados. Esto perjudica gravemente a lxs trabajadorxs del DIH, e impacta directamente en los procesos terapéuticos de lxs usuarios, encontrándose con recambios frecuentes de personal imprevistos o faltos de acompañamiento. Las situaciones laborales se vuelven un tema complejo a considerar, sobre todo, al transitar contextos de crisis económicas como sucede actualmente.

-A partir de la bibliografía seleccionada de una revisión exhaustiva con distintos motores de búsqueda y en distintos sitios, se observó que el traslado de usuarixs de una institución monovalente a un entorno comunitario más reducido puede representar mejoras consistentes en la calidad de vida, conducta adaptativa, participación comunitaria y satisfacción de usuarixs y familias. Sin embargo, la evidencia es heterogénea y, en muchos casos, de baja calidad. Las revisiones incluidas coinciden en que los entornos comunitarios más pequeños y con apoyos personalizados favorecen la integración social y la autodeterminación, mientras que las instituciones grandes tienden a limitar estas dimensiones. A pesar de estas mejoras, persisten vacíos de evidencia señalados por organismos internacionales y revisiones recientes, lo que resalta la necesidad de investigaciones con diseños más robustos que permitan identificar con claridad qué características de los entornos comunitarios potencian los procesos de recuperación, autonomía y bienestar.

-Al triangular estos hallazgos con el análisis de enfoque cualitativo realizado, se refuerza la importancia de continuar con la estrategia de implementación de dispositivos de medio camino como eslabón clave en los procesos de desinstitucionalización para garantizar una inclusión comunitaria efectiva de lxs usuarixs. También, se destaca la necesidad de incorporar la dimensión laboral en los procesos terapéuticos con el fin de lograr una mayor autonomía y una vida independiente. Asimismo, se identifican múltiples obstáculos a considerar, que dificultan estos procesos de externación, entre ellos el acceso a una vivienda digna, lograr una inserción laboral o una percepción monetaria, el estigma que aún siguen teniendo las problemáticas de salud mental. Resulta fundamental fortalecer las estrategias de abordaje integrales, interdisciplinarias e intersectoriales. Finalmente, se elaboró un indicador basado en el conocido “médicos por cada 1.000 habitantes”, considerando el equipo psicosocial (la triada formada por un AT, un TS y un psicologx) por cada 1.000 habitantes, y se mostró su distribución según región sanitaria. Este monitoreo por regiones resulta fundamental para evitar inequidades en el acceso.

- Respecto a la Equidad, se observó que la población objetivo de los DIH históricamente fue abordada desde el paradigma del modelo biomédico hegemónico, desde el cual siempre se invisibilizan, excluye y estigmatizan las problemáticas de salud mental en general, y los trastornos graves en particular, hasta el punto de internar personas de por vida, entre otros derechos humanos que fueron vulnerados durante mucho tiempo. Si bien el proceso de desinstitucionalización de personas con trastornos mentales graves viene sucediendo lentamente, la política de implementación de dispositivos comunitarios que sirvan como paso intermedio entre la institución monovalente y su inserción en la comunidad, se alinean con las estrategias de APS. Esta característica junto con otras ya descritas que se identificaron utilizando la Planilla Equi-Neu para evaluar el impacto en la Equidad, mostraron que los DIH podrían reducir brechas de inequidad preexistentes en su población objetivo. Sin embargo, se presentan riesgos potenciales que se deben considerar y monitorear para evitar que se traduzcan en barreras que impidan el acceso a una atención efectiva y de calidad. Algunos de estos riesgos potenciales son: no considerar la interseccionalidad y no incorporar una perspectiva de género intercultural en la elaboración de estrategias de trabajo, reproduciendo

doble discriminación; ausencia de articulación intersectorial, la existencia de convenios entre sectores no significa intersectorialidad, sino que se deben definir roles gubernamentales claros con una división indudable de responsabilidades; ausencia de interdisciplina, muchas disciplinas trabajando al mismo tiempo en una misma problemática no implica necesariamente una interdisciplina, se requieren intercambios de perspectivas y trabajo en equipo; y reproducir lógicas asilares, si no se revisan las prácticas así como la gestión y organización del efector, se pueden tornar fácilmente en “pequeños manicomios” impactando negativamente en los procesos terapéuticos de lxs usuarios. Es por esto, que resulta imprescindible realizar un monitoreo y evaluación periódica, considerando estos aspectos, tanto de las prácticas *in situ*, como de la gestión que las sostiene para reducir efectivamente brechas de equidad.

-Al evaluar el impacto económico se identificaron argumentos éticos, legales y técnicos para relativizar la importancia de llevar adelante un AIP, tal como suele incluirse en este tipo de informes de ETS. En Argentina, a partir de la LNSM, se prohíben las internaciones por motivos sociales y se establece un plazo máximo de 30 días de estadía (con revisión periódica de la situación) para otros motivos de salud. En este sentido, al intentar comparar indicadores económicos entre los DIH y las internaciones prolongadas en instituciones, surge el dilema técnico y ético-legal de que estas últimas ya no se presupuestan de manera explícita.

Si bien resulta evidente que, dada la lentitud en la implementación de la LNSM, aún persisten situaciones complejas donde se utilizan internaciones prolongadas, lo cierto es que tales modalidades no suelen figurar en el presupuesto oficial de prestaciones. Asimismo, ante la ausencia de dispositivos intermedios suficientes en funcionamiento, la alternativa para la comparación presupuestaria de la atención sería la no atención (es decir, dejar a lxs usuarixs en situación de calle o bajo el cuidado de familias que no pueden sostener ni solventar la complejidad de los cuidados requeridos). En esta comparativa surge el impedimento ético: en términos económicos, una persona que vive en la calle resulta menos costosa para el sistema de salud que una persona atendida, lo que evidencia el riesgo de reducir la discusión a una lógica puramente financiera.

A estas dificultades se le suma la inexistencia de un presupuesto total sistematizado de alguno de los DIH en funcionamiento, ya que estos dispositivos sufren frecuentes cambios organizacionales (en cuanto a trabajadorxs, infraestructura, insumos, etc.) y aún no están esclarecidos diversos aspectos de su articulación con otros sectores (entre ellos el monto que deben aportar o el equivalente en insumos que se comprometen a brindar).

Por ello, se propone comenzar a monitorear y registrar rigurosamente los recursos destinados a cada DIH, con el objetivo de estandarizar un presupuesto mensual (o anual) por plaza. Este presupuesto debería contemplar: la adquisición del terreno (en caso de ser necesario), la fuerza laboral designada, personal de maestranza, insumos médicos (tratamientos farmacológicos, botiquín de emergencia, etc.) y no médicos (alimentos, productos de limpieza, etc.), gastos propios del inmueble (alquiler, servicios, mantenimiento), frecuencia de atención en otros efectores (consultas ambulatorias y por guardia de lxs usuarixs), el monto mensual asignado a cada usuarix para gastos personales (actividades recreativas, educativas, indumentaria, etc.), así como también los aportes en dinero, materiales, servicios y/o alimentos provenientes de otros sectores (otras direcciones del mismo ministerio, otros ministerios, organizaciones sociales, iglesias, etc.).

Referencias

- Aguirre-Gas HG. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. Cir Cir. 2008; 76: 187-196
- Aires Asociación. (s. f.). Conoce el modelo de atención Housing First. Recuperado el 16 de junio de 2025, de [Conoce el modelo de atención Housing First](#)
- Amarante P. (2009). Cap. 1 SM, territorios y fronteras. Superar el Manicomio-SM y atención psicosocial. Buenos Aires Topia
- Amarante, P. (2022). Por una psiquiatría en defensa de la vida. Salud Colectiva, 18, e4194. [Por una psiquiatría en defensa de la vida | Salud Colectiva](#)
- Andrea Juliana Sanabria, David Rigau, Rafael Rotaecche, Anna Selva, Mercè Marzo-Castillejo, Pablo Alonso-Coello, Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica, Atención Primaria, Volume 47, Issue 1, 2015, Pages 48-55, ISSN 0212-6567, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.013>.
- Argentina. Congreso de la Nación. (2010). Ley Nacional de SM N.º 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina. [Ley Nacional de Salud Mental](#)
- Berlinck, M. T. (2009). La reforma psiquiátrica brasileña: perspectivas y problemas. SM, 32(4), 325–330. Recuperado de [La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas](#)
- Camarotti, A. C., & Güelman, M. (2018). Revisión histórica de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas en Argentina.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Legislatura. (2000). Ley N.º 448. Ley de SM de la ciudad de buenos aires. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [LEY 448 2000](#)
- Collins, P. H. (2015). Intersectionality's definitional dilemmas. Annu Rev Sociol. 2015;41(1):1–20
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2023 (LC/PUB.2023/18-P/Rev.1), Santiago, 2023.
- Consenso de Brasilia (2013). Declaración del II Congreso Regional de Derechos Humanos y SM. En la Organización Panamericana de la Salud. Informe de avances en la implementación del Plan de Acción sobre SM 2013–2020. [CONSENSO DE BRASÍLIA 2013](#)
- Coronado-Zarco, R., Cruz-Medina, E., Macías Hernández, S. I., Arellano Hernández, A., & Nava Bringas, T. I. (2013). *El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores*. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, 25(1), 26–33. Recuperado de Medigraphic: [El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores](#)
- Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. Stanford Law Rev. 1991;43(6):1241–1299
- da Silva, J. L., Lucena, M., Lyra, J., de Lucena Mota, M., Bessoni, E., Pereira do Rego, C., & Jeremias da Silva, J. K. (2021). El Programa De Vuelta a Casa y sus repercusiones cotidianas: el acceso a un ingreso y los entrecruzamientos de los territorios existenciales en la vida comunitaria. Salud Colectiva, 17, e3058. [El Programa De Vuelta a Casa y sus repercusiones cotidianas: el acceso a un ingreso y los entrecruzamientos de los territorios existenciales en la vida comunitaria | Salud Colectiva](#)
- Delgado, P. G. (2005). Resumen de la presentación hecha en la Conferencia Regional de los Servicios de SM, Brasilia, noviembre de 2005. Ministerio de Salud de Brasil. https://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid04/america/Salud_mental_Brasil.pdf

Department of Health and Aged Care. (2024). History of Medicare. En Celebrating 40 years of Medicare. Australian Government. Recuperado de [Celebrating 40 years of Medicare](#)

Desviat, M. (2020). El derecho a tener derechos (Arendt, Los orígenes del totalitarismo). A propósito de la edición del Derecho y SM, de Alfredo Jorge Kraut. SM Y Comunidad, (9), 143–147. [El derecho a tener derechos](#)

Diez, M., Pawlowicz, M. P., Vissicchio, F., Amendolaro, R., Barla, J. C., Muñiz, A., y Arrúa, L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y púerperas de tres hospitales generales de Argentina. Salud colectiva, 16, 67-68.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729.

Drummond, M.F. and McGuire, A. (2001) Economic Evaluation in Health Care: Merging Theory with Practice, Oxford University Press, Oxford.

Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. Cuadernos de antropología social, (25), 151-168.

Feltri, Adriana Alejandra. (2013). Mortalidad por suicidios en la provincia del Neuquén entre 1987 y 2006 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Ferreira Franco, Renato; van Stralen, Cornelis Johannes Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte Psicologia & Sociedade, vol. 27, núm. 2, mayo-agosto, 2015, pp. 312-321 Associação Brasileira de Psicologia Social Minas Gerais, Brasil

Freitas, G. J. (2002). The impact of psychotherapy supervision on client outcome: A critical examination of 2 decades of research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(4), 354–367. [The impact of psychotherapy supervision on client outcome: A critical examination of 2 decades of research.](#)

Gómez Benumea, R. A. (2015). Dual diagnosis: a paradigm shift for addiction treatment. *Investigación y Ciencia de la Salud*, 9. [Dual diagnosis: a paradigm shift for addiction treatment](#)

Gorsky M. The NHS in Britain: Any Lesson from History for Universal Health Coverage? In: Medcalf A, Bhattacharya S, Momen H, et al., editors. *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. Hyderabad (IN): Orient Blackswan; 2015. Chapter 7.

Gudeman JE, Dickey B, Rood L, Hellman S, Grinspoon L. Alternative to the back ward: the quarterway house. *Hosp Community Psychiatry*. 1981 May;32(5):330-4. doi: 10.1176/ps.32.5.330. PMID: 7239459.

Hankivsky, o., & Cormier, R. (2009). Intersectionality: Moving Women's Health Research and Policy Forward. Vancouver: Women's Health Research Network.

Jiménez ER. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana Salud Pública*. 2004; 30(1):17-36

Kozma, A., Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2009). Outcomes in Different Residential Settings for People With Intellectual Disability: A Systematic Review. *AJIDD*, 114(3), 193–222.

Lee SJ, Walter LC. Quality indicators for older adults: preventing unintended harms. *JAMA*. 2011; 13(306): 1481-1482. doi:10.1001/jama.2011.1418

Lenta, María Malena, Tisera, Ana y Lohigorry, José (2020). Estrategias de inclusión socio-habitacional en el campo de la SM. En Territorios, equipos y narrativas en situación. CABA (Argentina): Teseo.

Luce JM, Bindman B, Lec PR. *A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States*. *West J Med*. 1994;160:263-268.

Marchildon GP. Canada, Health System of. International Encyclopedia of Public Health. 2017:320–7. doi: 10.1016/B978-0-12-803678-5.00044-8. Epub 2016 Oct 24. PMID: PMC7149522.

Martinez Mariangeles. Vigilancia epidemiológica de intento de suicidio. Dirección de Epidemiología Neuquén. Informe 2 de junio 2025

Minayo MC, Assis SG, Souza ER. (org). Avaliação por Triangulação de Métodos. Abordagem de Programas Sociais. [Evaluación por Triangulación de Métodos. Abordaje de Programas Sociales.] Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

Ministerio de Niñez, Adolescencia, Juventud y Ciudadanía de la Provincia de Neuquén. Subsecretaría de Ciudades Saludables y Prevención de Consumos Problemáticos.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2024). Estadísticas vitales - Información básica. Año 2023 (Serie 5, N.º 67). Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). [Estadísticas Vitales. Información Básica Argentina - Año 2023](#)

Ministerio de Seguridad de la Nación Argentina. (2024). Informe Suicidios 2023. Sistema Nacional de Información Criminal. [Suicidios](#)

Moffatt, A. (1994). La soledad de uno mismo [Transcripción de una conferencia]. Revista UNOS Y OTROS.

Naciones Unidas. (1991). Principios para la protección de las personas con enfermedades mentales y la mejora de la atención de la SM. Resolución 46/119, Asamblea General de la ONU.

Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. [CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD](#)

Nóbrega, M. do P. S. S., & Melo Veiga, T. F. de. (2017). O significado de morar em um serviço residencial terapêutico. Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro, 7. [O significado de morar em um serviço residencial terapêutico | Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro](#)

O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, Evans T, Pardo Pardo J, Waters E, White H, Tugwell P. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. J Clin Epidemiol. 2014 Jan;67(1):56-64. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.08.005. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24189091.

O'Rourke B, Oortwijn W, Schuller T; International Joint Task Group. The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration. Int J Technol Assess Health Care. 2020 Jun;36(3):187-190. doi: 10.1017/S0266462320000215. Epub 2020 May 13. PMID: 32398176.

Observatorio Argentino de Drogas - Sedronar. (2025). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas en Argentina. Informe 2022 (OAD-2025). Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. [Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argetnina, 2022](#)

Observatorio de Consumos Problemáticos. (2022). Trayectorias terapéuticas de personas con consumos problemáticos en dispositivos comunitarios de la Provincia del Neuquén. Organización de los Estados Americanos. (2001). Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. [CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD](#)

Organización Mundial de la Salud. (2010). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada: Versión para campo. OMS. [Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada: Versión para campo](#)

Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción integral sobre SM 2013–2030 (versión actualizada). [Plan de acción integral sobre SM 2013–2030](#)

Organización Mundial de la Salud (2022). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas sobre la reorganización de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas: Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Orientaciones sobre los servicios comunitarios de SM: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. [Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos](#)

Oxford House, Inc. (s. f.). The Oxford House Model. Recuperado el 16 de junio de 2025, de [Oxford House](#)

Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018 Oct;392(10157):1553-1598. Disponible en: [The Lancet Commission on global mental health and sustainable development - PubMed](#)

Planilla Equi-Neu. 2022. Disponible en: [EquiNeu. Planilla Tamiz Provisorio Equidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias Dominio Preguntas A](#)

Puig, V. (2017). La SM en el Código Civil y Comercial (Parte II). En SM y justicia. El poder judicial como garante de derechos (pp. 63–67). Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de [La Salud Mental en el Código Civil y Comercial \(Parte II\)](#)

Río Negro. Legislatura de la Provincia. (1991). Ley N.º 2440. Protección de la SM. [Ley N° 2440](#)

Santos, C. M. da C., Pimenta, C. A. de M., & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15(3), 508–511. [The PICO strategy for the research question construction and evidence search](#)

Secretaría de Gobierno de Salud (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina). (2019). Informe: Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de SM (p.6-19). [CENSO NACIONAL DE PERSONAS INTERNADAS POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL](#)

Silberman, P., & Silberman, M. (2022). ¿Cómo evolucionó la distribución de médicas y médicos especialistas en Argentina? Un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. Archivos de Medicina Familiar y General, 19(3), 1–11. [¿CÓMO EVOLUCIONÓ LA DISTRIBUCIÓN DE MÉDICAS Y MÉDICOS ESPECIALISTAS EN ARGENTINA? UN ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE LA PROFESIÓN](#)

Starfield, B. The hidden inequity in health care. Int J Equity Health 10, 15 (2011). [The hidden inequity in health care](#)

Stolkiner A. (s.f.). Un largo camino hasta la Ley Nacional de SM. Revista Soberanía Sanitaria

Tisera, Ana, Lohigorry, José Ignacio, Lenta, María Malena, Paolin, Carla, Larumbe, María Inés y Chuliver, María Candela (2018). Nudos críticos en las experiencias de inclusión sociohabitacional: programa residencial de SM. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

UNODC, Informe mundial sobre las drogas 2024 (publicación de las Naciones Unidas, 2024).

Vázquez, A. (2025, 9 de agosto). La construcción de una casa para pacientes de salud mental en Cutral Co ya tiene oferentes. Diario Río Negro. [La construcción de una casa para pacientes de salud mental en Cutral Co ya tiene oferentes - Diario Río Negro](#)

Vetere, Giselle, Sánchez, María Eugenia, Mattioni, Mara, Larraburu, Juan Manuel y Vazquez Melia, Melisa (2019). Revisión sobre la desinstitucionalización en Argentina. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

White, J., Cordova-Gomez, A., Mejía, R., & Clayton, J. A. (2025). Intersectionality and interseccionalidad—the best of both worlds. *The Lancet Regional Health—Americas*, 41.

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. [The Concepts and Principles of Equity and Health - Margaret Whitehead, 1992](#)

Whitley R, Drake RE. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr Serv*. 2010 Dec;61(12):1248-50. doi: 10.1176/ps.2010.61.12.1248. PMID: 21123410.

la salud evoluciona para vos