XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

El proceso de desinstitucionalización en salud mental. Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983).

Faraone, Silvia, Valero, Ana, Bianchi, Eugenia, Mantilla, Jimena y Tamburrino, Cecilia.

Cita:

Faraone, Silvia, Valero, Ana, Bianchi, Eugenia, Mantilla, Jimena y Tamburrino, Cecilia (2009). *El proceso de desinstitucionalización en salud mental. Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983). XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-062/1502

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

El proceso de desinstitucionalización en salud mental

Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983)

FARAONE, Silvia: IIGG. Fac. Ciencias Sociales. UBA
sfaraone@mail.fsoc.uba.ar

VALERO, Ana: UNLP – IIGG
valero@netverk.com.ar

BIANCHI, Eugenia: UBA. IIGG. CONICET
eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

MANTILLA, Jimena: UBA. IIGG. CONICET
jimenamantilla@yahoo.com.ar

TAMBURRINO, Cecilia: UBA. IIGG. CONICET
cecilia.tamburrino@gmail.com

Proyecto UBACYT S404 "Ciencias Sociales y Salud Mental: un estudio descriptivo sobre políticas y prácticas desinstitucionalizadoras en dos provincias argentinas"
Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Resumen

Esta ponencia tiene como objetivo realizar un recorrido histórico contextual de las políticas de desinstitucionalización en la Argentina desde una mirada de la construcción de instancias alternativas al orden manicomial.

El trabajo se centra en la construcción de políticas y prácticas transformadoras del espacio manicomial en la Argentina a partir del advenimiento de la democracia. Se aporta una lectura conceptual haciendo hincapié en las contribuciones producidas por la psiquiatría democrática italiana, por considerarla un importante referente teórico metodológico que hoy está presente en las prácticas innovadoras de los trabajadores del campo de la salud mental en nuestro país.

Si bien a lo largo del período analizado los condiciones político-sanitarias se modificaron radicalmente hacia la consolidación de un proceso de mercantilización de la salud; los proyectos, acciones y prácticas ligadas a la transformación del espacio manicomial continúan buscando intersticios que permitan la construcción de un proyecto nacional que apueste a la superación del modelo asilar y alienista en el que, aún hoy, se asientan los procesos de salud-enfermedad atención en lo mental.

Para este objetivo se realiza un abordaje cualitativo a partir de un análisis de fuentes secundarias. Complementamos esta información a través de entrevistas en profundidad a actores que han intervenido desde espacios políticos institucionales a nivel nacional de la Argentina y entrevistas a gestores pertenecientes a Trieste, Italia.

Palabras claves: Desinstitucionalización, salud mental, prácticas transformadoras.

Introducción

Desde fines de los ´60 la transformación del espacio manicomial abrió un profundo debate sobre las modalidades de atención de los padecimientos mentales que aún hoy está sin saldar. En nuestro país el regreso a la democracia (1983) implicó el establecimiento de espacios de transformación institucional junto a la elaboración de políticas y prácticas desinstitucionalizadoras. Los ´90 significaron un punto de inflexión a partir de la mercantilización de la salud y la modificación en los mecanismos de control social. En la tendencia actual conviven prácticas innovadoras, prácticas deshospitalizadoras y prácticas asilares.

Como parte de los avances en el Proyecto UBACyT buscamos rastrear algunos núcleos temáticos, teóricos y prácticos, de las políticas y procesos de desinstitucionalización. A tal efecto, y a fin de ser utilizado como insumo para el análisis de los procesos desinstitucionalizadores en salud mental en Argentina, efectuamos una revisión de la literatura sobre las experiencias italiana y brasileña.

La Psiquiatría Democrática Italiana es un hito en el desarrollo de procesos desinstitucionalizadores (Basaglia, 1976; Rotelli, 1990, 1992; Mauri *et al.*, 1987) constituyéndose en pilar de las políticas y prácticas alternativas al manicomio. El Movimiento de Reforma Brasilero instaló no sólo un desarrollo de políticas y prácticas de desinstitucionalización en salud mental sino que produjo importantes aportes teóricos-metodológicos como, por ejemplo, las conceptualizaciones sobre las organizaciones del Sistema Único de Salud, la conformación de las cooperativas de trabajo de los usuarios y de redes de atención psicosocial; el problema de la constitución de lazos sociales y familiares, entre otros (Amarante, 2003).

Los componentes teóricos aportados por ambas experiencias nos permiten analizar los avances, obstáculos y/o retrocesos que se observan en la implementación de estos procesos en nuestro país. En esta presentación haremos un recorte para centrarnos en algunos de los aportes que consideramos relevantes de la experiencia Italiana.

La ponencia parte de un análisis histórico contextual en el cual abordamos las políticas estatales en salud mental implementadas a nivel nacional en los últimos treinta años. Los cambios sustantivos acaecidos durante ese período en el sistema sanitario argentino consolidaron un proceso de mercantilización de las prácticas sanitarias transformando radicalmente el derecho a la salud (Iriart, 1997). Si bien este proceso de mercantilización de la salud ha tenido repercusiones en las experiencias desinstitucionalizadoras y en sus formas actuales de desarrollo, hubo también amplios grupos de resistencia en el campo de la salud mental que silenciosamente continuaron sus abordajes desinstitucionalizadores generando y/o sosteniendo prácticas alternativas al manicomio y conformando grupos de resistencia a la política de ajuste característica de los 90`.

Desde el punto de vista metodológico se realiza una aproximación de tipo cualitativo a través del análisis de fuentes secundarias. Dicho análisis se profundizó con dos entrevistas realizadas a decisores políticos del campo de la salud mental a nivel nacional que intervinieron en ese período y con tres entrevistas a profesionales que cumplen funciones gerenciales en el departamento de Salud Mental de Trieste (Italia).

Relevancia de la experiencia italiana en relación con la composición de un campo teórico y práctico de transformación del espacio manicomial: Hacia la construcción de un dispositivo desinstitucionalizador.

La experiencia italiana ha desarrollado un conjunto de saberes y prácticas que se constituyeron en categorías nodales en que se asentaron los procesos de transformación de las prácticas manicomiales y su consecuente cambio de significación y representación de los procesos de la salud–enfemedad–atención en lo mental.

El surgimiento de esta experiencia estuvo ligado a dos condiciones que es necesario tener presente. Por un lado, al modelo de Estado Benefactor de las décadas de los `60 y `70 que avanzó en el desarrollo de políticas sociales de protección, asistencia y promoción del trabajo, la seguridad social, la salud, etcétera. Contextualizar la reforma psiquiátrica italiana desarrollada en ese período nos obliga a ubicarla en el conjunto de reformas sanitarias y sociales impulsadas en esa época.

Por otro lado, al surgimiento de movimientos sociales que en Italia germinan ligados al Mayo Francés. Estos movimientos posibilitaron distintos cuestionamientos al orden establecido e impulsaron el concepto de *libertad* como *expresión colectiva*. En este contexto nace el Movimiento de

Trabajadores de Salud Mental, quien será un actor central, primero, en la construcción de un discurso ligado a la denuncia del manicomio como espacio de control social duro (Pavarini, 1993) y de violación de todo derecho humano; y, segundo, en el desarrollo de una práctica de desmantelamiento de dicha institución y creación de dispositivos de asistencia alternativos.

Trieste es un emblema de la Reforma Psiquiatrita Italiana. En dicha provincia, y a instancias de Franco Basaglia, se inició el movimiento de reforma, con la sanción de la ley nacional 180 en 1978 y al posterior cierre de su manicomio en el año 1980. Sin embargo, a lo largo de las siguientes décadas el proceso de reforma continuó desarrollándose, y se profundizaron cambios ligados a la territorialización de las prácticas.

Si bien desde la Revolución Francesa el manicomio y la psiquiatría alienista fueron los pilares de asistencia a la problemática de salud mental, la experiencia italiana emerge no sólo cuestionado esos discursos y prácticas sino que constituye un nuevo saber en torno a los procesos de atención en el campo de la salud mental (Faraone, 2005). Se advierte así, la necesidad de transformación de la hegemonía de control disciplinario a través de las instituciones manicomiales, y consecuentemente, el cuestionamiento a las prácticas terapéuticas alienistas (Basaglia, 1972, 1986). Es de destacar la preocupación por las condiciones de opresión en las cuales se encuentran las personas internadas, considerando que las instituciones desempeñan un rol de control, disciplinamiento y castigo. Desde esa perspectiva se instituyen respuestas a la problemática de la locura que cuestionan y sustituyen el dispositivo manicomial (intra – extramuros).

La ruptura producida se asienta en la dimensión política de los procesos salud–enfermedad–atención. Es decir, comienzan a considerarse los aspectos políticos de la cuestión haciendo hincapié en que lo político no es lo técnico. Se problematiza la trama social que da existencia a las instituciones manicomiales, se cuestiona esa trama y se crean espacios políticos posibilitadores del cambio (Entrevista Funcionario 1 Trieste). Éste fue el pilar fundamental sobre el cual se construyeron una ética y una política de la desinstitucionalización.

Esta nueva dimensión procura una ruptura sustantiva con la concepción del loco, del enfermo ubicado hasta el momento como víctima (Faraone, 2005), como objeto sobre el cual labora el proceso de enfermedad y del cual los técnicos se ocupan, dando lugar al surgimiento de la construcción de un sujeto social (Testa, 1993).

Principales hitos del proceso de desinstitucionalización en Argentina en los últimos 30 años

Si bien nos interesa describir en esta sección de la ponencia cómo los procesos desistitucionalizadores se instalan en la Argentina a partir del advenimiento de la democracia en 1983, no podemos dejar de hacer una breve introducción de los antecedentes que posibilitaron y/o obstaculizaron este proceso.

Hasta el golpe militar de 1976, se vivieron en la Argentina importantes transformaciones en el ámbito de la atención a la problemática de la salud–enfermedad mental. Comenzaron a desarrollarse experiencias alternativas al manicomio que estuvieron acompañadas por movimientos reivindicadores de los derechos de los enfermos mentales internados. Ejemplos de esto son la creación del Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental y la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP). Este período se caracterizó por un cambio sustancial en la psiquiatría nacional, abriendo un cauce crítico sobre la realidad de los manicomios, a la vez que se introdujeron nuevas posibilidades de acción. Todas estas acciones crearon un semillero de cuestionamientos que alteraron el dominio asilar, aunque la concepción manicomial mantenía su hegemonía tanto en las cátedras de psiquiatría, como en las direcciones de los hospitales psiquiátricos y colonias. En este sentido los que sostenían propuestas transformadoras permanecían en los márgenes de las instituciones académicas y asistenciales. (Galende, 1989)

La creación de servicios de psicopatología en hospitales generales fue, en el segundo período de los años 70, un avance técnico–político para el área de la salud mental y significó una aceptación de la insuficiencia de la psiquiatría clásica tal como se la desarrollaba en los hospitales monovalentes. La consolidación del psicoanálisis ligado a los procesos políticos y sociales de la época será el aporte más transformador de ese período. Una experiencia relevante en este sentido fue la que se desarrolló en el Hospital Evita de Lanús, con la Dirección de Mauricio Goldemberg (Visacovsky, 2002). Las transformaciones allí realizadas y las concepciones innovadoras en lo relativo al tratamiento del problema de la salud mental, permitieron la constitución de un marco teórico–técnico y político–sanitario que trascendió el ámbito médico para incorporar y legitimar, por primera vez en el país, la presencia de otras disciplinas en el campo de la salud mental, marcando así la incorporación de innovadores encuadres terapéuticos. Esto significó la ruptura con la intervención biologicista, hegemónica en ese momento. También en la Capital Federal se originó un movimiento que logró la

creación de servicios de psicopatología en trece hospitales que priorizaban trabajos grupales y territoriales.

El desmantelamiento y exterminio de estas experiencias durante la dictadura militar implicó no sólo el aniquilamiento y desaparición de estos modelos sino la construcción y consolidación de nuevas instancias ligadas a la psiquiatría alienista, por un lado, y a la psicología individualista más ortodoxa, por otro. Esta situación produjo que a partir de 1983, la salud mental fuera caracterizada por el nuevo gobierno constitucional como una de las prioridades del sector salud (Ministerio de Salud, 1987).

Durante esos años se pone en marcha un proyecto de organización nacional del área. Así fue como se crearon los denominados programas participativos nacionales, que instalaron la cuestión de la desinstitucionalización. La propuesta fue acompañada por grupos de profesionales que intentaban poner en el primer plano del escenario político sanitario la discusión acerca de la ilegitimidad de la institución manicomial. En ese momento se planteó la democratización de las relaciones de poder institucional, a través de la generación de cambios sustantivos en los modelos de abordaje. Esta iniciativa posibilitó la creación de propuestas alternativas en los servicios, y una fuerte tendencia a la disminución de las internaciones en los manicomios. En distintos lugares se iniciaron experiencias puntuales de modificaciones en las prácticas cotidianas, principalmente en salas de pacientes crónicos, intentando modelos más abiertos en el seno de la institución (asambleas, trabajos grupales, talleres, etcétera) e implementando estrategias extramuros (trabajo con familias, articulación interinstitucional, etcétera) (Faraone, 1993).

En varios documentos de la época se puede analizar que los avances que se lograron en ese contexto están ligados a. en, primer lugar, la consolidación de un acuerdo político–técnico que posibilitó la creación de direcciones y/o programas de salud mental en el noventa por ciento de las provincias, además de la construcción de un foro federal interpartidario, interdisciplinario e intersectorial y la organización de una red de servicios asistenciales estatales. Asimismo se avanzó en la capacitación de equipos de conducción de las direcciones y/o programas provinciales y en la capacitación de funcionarios del área Metropolitana y provincia de Buenos Aires. También se desarrollaron seminarios para los trabajadores (profesionales y no profesionales) tanto desde la Nación, como desde las provincias y/o regiones. Un hecho importante en la capacitación lo constituyó la creación de la Residencia Nacional Interdisciplinaria en Salud Mental, dirigida a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales y enfermeros con inserción en los centros de salud y en los hospitales generales (Faraone. 2005).

Según un documento del Ministerio de Salud de la Nación (1987) dos fueron los resultados que permiten evaluar el impacto que tuvieron las acciones políticas que se acaban de enunciar. Uno es la generación de prácticas preventivas y de atención no convencionales, con la creación de 160 programas comunitarios a nivel nacional; el otro, la disminución de personas internadas en los grandes hospitales psiquiátricos, cuyo número se redujo en tres años de 25.000 a 20.000.

En esta etapa se gestan proyectos de desinstitucionalización, por su relevancia podemos destacar el proceso de Río Negro, San Luis, Santa Fe, Córdoba, Provincia de Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires.

Con el cambio de gestión gubernamental en 1989, y la consolidación de políticas neoliberales comienza a desarticularse el proceso de transformación que se venía sosteniendo en el área de la salud mental. La Dirección Nacional tuvo una política clara de desmantelamiento y los programas pasaron a ser responsabilidad de cada provincia y/o de cada grupo de intervención. La reforma sanitaria de la década de los ´90 marcó el pasaje del gobierno de los hospitales psiquiátricos y las colonias a las provincias y a la municipalidad de Buenos Aires (1991), una de las últimas acciones descentralizadoras del estado nacional en el ámbito de la salud. Esto dio lugar a disparidades muy fuertes, con proyectos de atención no manicomiales desmembrados, aislados y muy diferentes según las jurisdicciones.

Sin embargo, la construcción de la red nacional de servicios de salud mental y la organización alcanzada durante el período anterior posibilitaron la continuidad de las articulaciones interjurisdiccionales durante un tiempo. Esto ocurrió tanto con los grupos de funcionarios de las áreas provinciales, como con los trabajadores que intentaban acciones transformadoras. El ejemplo más relevante en este sentido fue la Conferencia Nacional de Salud Mental. Este evento, que se realizó en la provincia de Río Negro en octubre de 1994, tuvo como lema "*Del hospital psiquiátrico a la atención comunitaria"* y fue convocado conjuntamente por 13 provincias y contó con la participación de 1.300 trabajadores del área. Si bien en esta Conferencia se instalaron debates profundos, los acuerdos elaborados implicaron un compromiso con la construcción de experiencias de superación del manicomio, a través de una perspectiva para el cambio basada en lineamientos políticos de descentralización–democratización a través de trabajo preventivo, trabajo comunitario, trabajo interdisciplinario y trabajo intersectorial. También se planteó la necesidad de elaboración en cada una de las jurisdicciones participantes, proyectos laborales para usuarios, familiares y

referentes comunitarios, tales como cooperativas y empresas sociales. El encuentro adhirió a la *Declaración de Caracas* (1990) y a la reestructuración que en ella se propone.

En este marco se continúa con el desarrollo de experiencias –algunas muy incipientes, otras con mayor grado de consolidación– que cuestionan el manicomio como ámbito de asistencia al padecimiento mental, y construyen estrategias de abordajes alternativas y superadoras de esta instancia.

Durante los últimos años se reinstala un importante proceso de discusiones, disputas y debates en torno a las prácticas en salud mental. Así los proyectos y programas desinstitucionalizadores que estaban desarrollándose comienzan a surgir con mayor grado de organización y con el apoyo de algunas de las instancias de gestión política.

El surgimiento de varias leyes provincias de salud mental con un claro componente de transformación de las prácticas manicomiales y el debate sobre proyectos para la conformación de una Ley nacional de Salud Mental -que permitiría establecer un marco común para las diversas experiencias existentes-, han reubicado en el centro de la escena la discusión sobre la transformación del sistema de atención de la salud mental, conforme a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (2001, 2004) y de experiencias internacionales tales como la italiana y la brasilera.

Sin embargo, y como aconteció en décadas anteriores, estos intentos transformadores *progresistas* colisionan y se enfrentan con prácticas, procesos e intereses sectoriales que continúan reivindicando la centralidad y jerarquía del hospital psiquiátrico en el sistema de atención de la salud mental.

A modo de Conclusión

Las políticas y las prácticas alternativas al manicomio en la Argentina tienen en sus comienzos una fuerte impronta de corrientes que enraizaban sus posiciones teóricas en el marxismo y el psicoanálisis (Carpintero, Vainer, 2004, 2005). A partir de estos primeros posicionamientos críticos, se crearon distintos dispositivos contrahegemónicos al hospital monovalente y se construyó una identidad propia con nuevas propuestas terapéuticas grupales y sociales. Con el advenimiento de la democracia, sin embargo, esas políticas y prácticas se vincularán más a los desarrollos de la experiencia Italiana.

Esto será orientado desde lo político por una propuesta definida por el Ministerio de Salud de la Nación en los primeros años democráticos, pero también por decisiones políticas de los grupos que desarrollaron estas prácticas: el punto de partida de sus intervenciones será la denuncia de la institución manicomial como espacio de disciplinamiento y represión. Estos grupos rápidamente tendieron lazos con Trieste, lazos que aún hoy se mantienen consolidando procesos de intercambios que serán verdaderos semilleros de transformaciones en diversas provincias Argentinas

Los aportes teóricos metodológicos de la experiencia italiana enunciados por diferentes grupos que vienen desarrollando prácticas alternativas en la Argentina, los podemos sintetizar como (Faraone, 2005):

a) Reformulación de la concepción del proceso salud–enfermedad–atención en lo mental ligado al cuestionamiento de las prácticas psiquiátricas alienistas y del manicomio como espacio de consolidación de esa práctica.
b) Incorporación de variables sociales –en contraposición con el reduccionismo biológico– en la construcción de la problemática salud–enfermedad mental y en su redefinición de los procesos de atención.
c) Incorporación de variables estructurales en la construcción de procesos de atención, como así también en la concepción misma de los procesos diagnósticos y pronósticos / Teoría de la desviación y del etiquetamiento.
d) Revisión de las relaciones de poder intrainstitucional / Relación médico – paciente.
e) Reubicación de las prácticas profesionales / Relación ciencia – política.
f) Cuestionamiento del rol del psiquiatra institucional / Relación saber – poder.
g) Denuncia de las formas custodiales diferenciadas por clase social (los manicomios están poblados de pobres, marginales y sujetos de sectores discriminados).

Si bien la experiencia italiana ha contribuido a un encuadre técnico político en la consolidación de procesos sustitutivos a las prácticas manicomiales en nuestro país, aún no se ha logrado una consolidación de un actor social que introduzca en la agenda del Estado el problema de la salud mental. Esto lo podemos observar en dos direcciones:

La primera definida por la ausencia de políticas alternativas al manicomio desde los diferentes ámbitos gubernamentales, particularmente el ámbito nacional y el de las provincias. Si en

el primero hay una clara política de desinstitucionalización observada en el desarrollo de la experiencia del único dispositivo monovalente perteneciente a esta jurisdicción, la Colonia Montes de Oca, no se observan lineamientos claros desde la Unidad Coordinadora Ministerial acerca de procesos desinstitucionalizadores. En relación a las políticas de los ministerios provinciales, hay jurisdicciones, entre las que se destacan Santa Fe, San Luis y Río Negro, que tienen políticas alternativas y sustitutivas al manicomio, pero aún en el resto de las jurisdicciones las políticas salud mental conservan procesos centrados en una concepción alienista.

Por otra parte se observa en las experiencias desarrolladas esfuerzos de grupos de trabajadores comprometidos con procesos de cambio, pero con un gran reclamo por la construcción de políticas públicas que implementen y sostengan estas modalidades de trabajo. Si bien esta es una potencia, aún no hay constitución de un actor o movimiento unificado que trasforme esa potencia en acción común y que involucre al conjunto de sujetos.

Bibliografía

- Amarante, P. (org) (2003) *Archivos de Saúde Mental e Atención Psicossocial,* Nua Editora, Brasil.
- Basaglia, F. (1972) *La Institución negada. Informe de un hospital Psiquiátrico,* Barral, Barcelona.
- Basaglia, F. *et al.* (1986) *Locura y sociedad*, Siglo XXI, México.
- Carpintero, E.; Vainer, A. (2004) *Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental de los '60 y '70. Tomo I 1957-1969*. Topia, Buenos Aires.
- Carpintero, E.; Vainer, A. (2005) *Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental de los '60 y '70*. Tomo II 1970-1983. Topia, Buenos Aires.
- Declaración de Caracas (1990) *Reestructuración de la atención psiquiátrica. Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud*. OPS/OMS. Venezuela.
- Evaristo, P. (2000) *Psiquiatría y Salud Mental*. Asterios Editores. Trieste. Italia
- Faraone, S. (1993) *La transformación del hospital psiquiátrico*, Informe final, UBACYT, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Informe, 1991-1993.
- Faraone, S. (2005) *Desinstitucionalización: Un modelo alternativo para los abordajes en salud mental o una política de reducción económica-administrativa*. Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires.
- Galende, E. (1989) *Algo para recordar: Lanús y la Salud Mental*, Mimeo,
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental. Para la crítica a la razón psiquiátrica*, Paidós, Buenos Aires.
- Galende, E. (1994) *Los manicomios en la situación actual, en Políticas en Salud Mental*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Iriart, C. (1997). *La reforma del sector salud en Argentina, en Reforma en Salud: lo privado o lo solidario*, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Ecuador.
- Iriart, C. (2008) Capital financiero versus complejo médico-industrial:los desafíos de las agencias regulatorias. Revista Ciência & saúde coletiva. Río de Janeiro.
- Mauri, D. *et al.* (1987) "Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados", en *Revista de Asociación de Neuropsiquiatría*, Volumen VII, No. 21, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (1987) *Documento: IV Seminario Nacional de Salud Mental*, Reseña 1984–1987.
- OMS (2001) *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, Suiza.
- OMS (2004) *Invertir en salud mental*, Ginebra.
- Pavarini, M. (1994) "Estrategias disciplinarias y cultura de los servicios sociales", *Revista Margen*, Año 3, Nº6, Buenos Aires
- Presidencia de la Nación (1987). *Documento sobre el IV Seminario Nacional de Salud Mental*, Reseña 1984–1987. Bs. As., 1987.
- Rotelli, F. *et al.* (1990) *Desinstitucionalización*, Hucitec, San Pablo.

- Rotelli, F. *et al*. (1992) "Reformas psiquiátricas na Italia e no Brasil: Aspectos históricos e metodológicos", en *Organizaçao Psiquiatría sem hospicio*, Brasil: Relume/Dumará.
- Testa, M. (1993) *Pensar en Salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Visacovsky, S. (2002) *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Alianza Editorial, Buenos Aires.