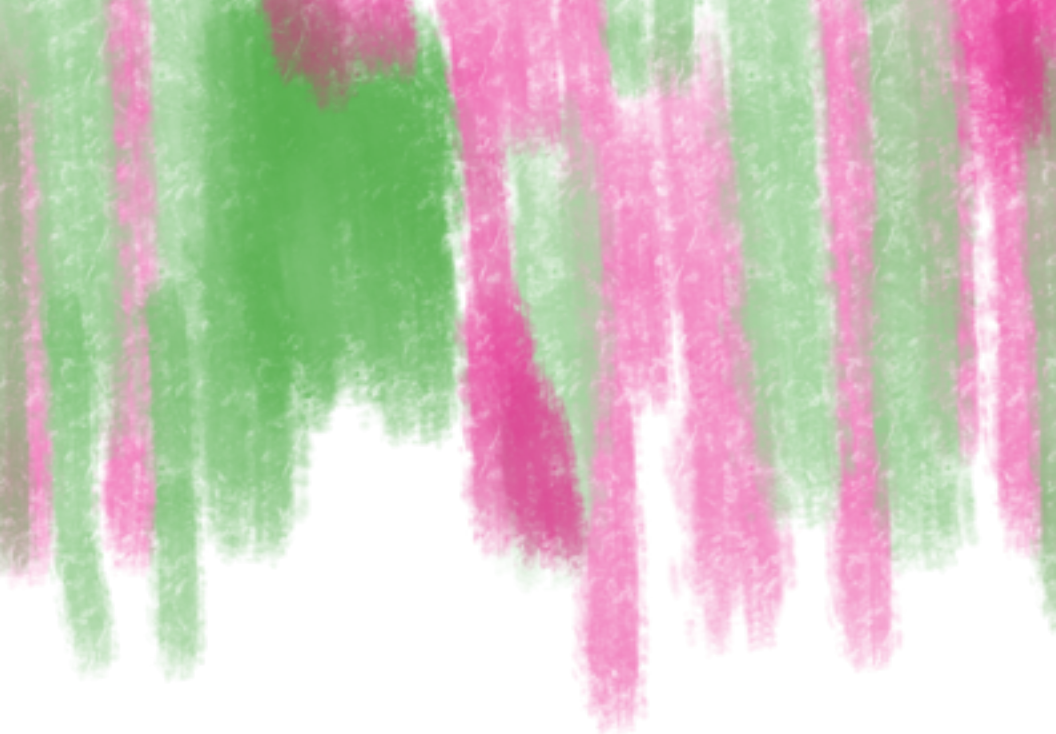




MAPEO DE ALTERNATIVAS DE VIDA EN COMUNIDAD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE



Mapeo de alternativas de vida en comunidad en Latinoamérica y el Caribe

Autoría

Pao Pereira Ortiz

Colaboración en la escritura

Ana María Parra Figueroa

Validación del documento

María José Montoya Lara

María Jaramillo Prieto

Margarita Romero Sánchez

Silvestre Barragán Gómez

Corrección de estilo

Juanita Insuasty Montoya

Pao Pereira Ortiz

Diseño y diagramación

María Jaramillo Prieto

www.alce.org.co

info@alce.org.co

Bogotá, Colombia. 2026

Iniciativa A.L.C.E (abolición de lógicas de castigo y encierro) colectividad antipunitivista que lucha contra la violencia psiquiátrica y sus efectos de normalización creando herramientas colectivas de incidencia.

Este documento presenta un recorrido por distintas experiencias y alternativas de vida en comunidad en Colombia, Latinoamérica y el Caribe.

Su propósito es mostrar que existen prácticas de acompañamiento e interdependencia en las que las personas con discapacidad que experimentan malestar emocional —o requieren apoyos para la vida en comunidad— no son aisladas, castigadas, ni encerradas. Recoge múltiples apuestas por la autonomía y el respeto de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial en las comunidades que habitan.

Las personas lectoras encontrarán un mapeo regional de iniciativas desarrolladas en países como Colombia, Argentina, México, Brasil, Chile, Uruguay, Cuba, Haití y Bolivia. Las experiencias abordan prácticas comunitarias concretas, redes de apoyo familiar, programas institucionales, centros de atención territorial y modelos de externación o egreso de institutos de salud mental, con detalle de cómo surgieron, qué tipo de apoyos brindan, qué estrategias usan, las barreras que enfrentan y los aprendizajes que surgen.

Este mapeo no constituye un ejercicio terminado, esperamos que cada vez haya más alternativas y que este documento sea una herramienta abierta que proponga un diálogo para seguir sumando y construyendo colectivamente mundos posibles sin encierro.

Contenido

EXPERIENCIAS EN COLOMBIA.....7

 FUNDACIÓN ASFAPEM (ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES) CALI, COLOMBIA 8

 ÁLAMOS (ITAGÜÍ) 11

EXPERIENCIAS DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE.....12

 ARGENTINA..... 13

 Desmanicomialización y red comunitaria de Salud Mental en Río Negro, Argentina..... 13

 MÉXICO 20

 Procesos de externación de mujeres con discapacidad psicosocial o cognitiva en albergues del DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) – México..... 20

 Modelo Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA/UNEMES) – México..... 22

 Atención colaborativa en salud mental en Coyoacán – México..... 24

 BRASIL..... 26

 Centros de Atención Psicosocial (CAPS) — Brasil 26

 CHILE 29

 Centros Comunitarios (COSAM) y Hospitales de Día (HD) en Concepción. 29

 URUGUAY 31

 Reforma de Salud Mental y Desinstitucionalización Psiquiátrica a nivel nacional 31

 CUBA 33

 Red Comunitaria de Salud Mental. Nacional, con énfasis en barrios y municipios..... 33

 HAITÍ..... 35

 Zanmi Lasante (Partners in Health, Haití)..... 35

 BOLIVIA 37

 Plan Integral de Salud Mental del Departamento de Cochabamba 2022–2026 - Bolivia..... 37

PLANES REGIONALES Y MARCO OPS - OMS 39



EXPERIENCIAS EN COLOMBIA

FUNDACIÓN ASFAPEM (ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES) CALI, COLOMBIA¹

Naturaleza

Organización comunitaria sin ánimo de lucro conformada por familiares y personas psiquiatrizadas usuarias de servicios de salud mental. Registrada como “Asociación de Familiares y Pacientes con Enfermedades Mentales - ASFAPEM” “Fundación ASFAPEM”.

Vigencia

Con actividad documentada desde al menos la década de 2000²

Marco normativo

Se inscribe en la Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental) y en la Política Pública de Salud Mental de Cali³.

Entendimiento de la desinstitucionalización

ASFAPEM surge desde la organización de familias, con enfoque de rehabilitación basada en comunidad (RBC) y en la inclusión social de personas con sufrimiento psíquico. En relatos comunitarios se reconoce como un esfuerzo por pasar de la atención centrada en hospitales a un acompañamiento comunitario y de restitución de derechos⁴.

1 UNIVERSIDAD ICESI. Intervenciones - Laboratorio en intervención comunitaria [en línea]. Cali, Colombia: Universidad Icesi, s.f. [Consultado el: 14 sep. 2025]. Disponible en: <https://www.icesi.edu.co/blogs/laboratorio-en-intervencion-comunitaria/proyectos-e-investigaciones/>

2 CAPSI [@CAPSIUNIVERSIDADICESI]. Desde el CAPSI estuvimos presentes en la conferencia Salud Mental Comunitaria. 24 de marzo de 2026. [Consultado el 10 sep. 2025]. Disponible en: https://www.instagram.com/reels/DWSOo-sDkP_/

3 CALI (Alcaldía de). Política Distrital de Salud Mental, Convivencia Social y Abordaje del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Santiago de Cali: Alcaldía de Cali, Secretaría de Salud Municipal, año de publicación [si está disponible]. Disponible en: <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/172620/politica-distrital-de-salud-mental-convivencia-social-y-abordaje-del-consumo-de-sustancias-psicoactivas>.

4 LÓPEZ MONTOYA, María Consuelo. Propuesta de estructuración estratégica a una organización de base comunitaria al cuidado de pacientes con enfermedad mental — Comuna 13 Santiago de Cali. Trabajo de grado (Maestría en Administración en Salud). Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle; Santiago de Cali, 2015. p. 69-70, 199-201. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstreams/4252e2c8-6dde-458d-b4bd-e70068ed7e1a/download>

Actores involucrado

Familiares y cuidadores, articulación con Red de Salud Oriente de Cali⁵.
Presencia en directorios y manuales académicos e institucionales.

Proceso implementado

Apoyo a pacientes y familias en la gestión de medicamentos y adherencia al tratamiento.

Orientación y referencia dentro de la red de atención primaria en salud.

Apoyo psicosocial, comunitario y de acompañamiento familiar.

Barreras o resistencias

- **Legales y judiciales:** La falta de armonización y los ajustes pendientes en el desarrollo de la Ley 1616 de 2013 representan una barrera legal y judicial crítica para ASFAPEM, pues reflejan la desconexión entre el marco normativo de salud mental y el modelo de derechos humanos adoptado por la Ley 1996 de 2019. Al no haberse actualizado reglamentariamente la Ley 1616 para garantizar la plena capacidad jurídica, el consentimiento informado y el régimen de apoyos, se generan tensiones operativas entre el personal asistencial y los operadores de justicia. Esta ambigüedad legal perpetúa prácticas tutelares sobre las personas con sufrimiento psíquico y dificulta la exigibilidad efectiva de su autonomía y derechos fundamentales en los entornos comunitarios e institucionales.
- **Sociales y culturales:** Estigma y discriminación hacia la salud mental, documentados en la política pública local y diagnósticos nacionales⁶.
- **Presupuestales:** Limitaciones de recursos identificadas por el Concejo de Cali para ejecutar la política pública de salud mental.
- **Institucionales:** Retos de coordinación intersectorial y articulación entre servicios comunitarios y hospitalarios.
- **Conceptuales y del modelo de atención:** Enfoque restringido al ámbito clínico de la salud mental y ausencia de una perspectiva de discapacidad psicosocial en la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). Al comprender los procesos comunitarios prioritariamente desde la sintomatología o la intervención pato-

5 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI. Atención en salud para personas con discapacidad en el oriente de Cali. Cali: Alcaldía de Santiago de Cali; 2023 [citado 2025 sep. 15]. Disponible en: <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/156626/atencion-en-salud-para-personas-con-discapacidad-en-el-orient-de-cali>

6 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [en línea]. Bogotá: Javegraf, 2015. [Consultado el: 14 sep. 2025]. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf.

logizante, se excluyen o limitan los ajustes razonables, el apoyo para la toma de decisiones y el reconocimiento de las barreras del entorno, limitando el despliegue de una verdadera inclusión socio-ocupacional y de derechos.

Valoración de la experiencia

- **Aprendizajes:** La organización de familias como estrategia de apoyo mutuo es un punto clave para el proceso de vida en comunidad y para la reducción de la carga de las personas que ejercen el cuidado principal de la persona con discapacidad psicosocial.
- **Elementos replicables:** Entre los elementos replicables de esta experiencia se destacan la formación comunitaria en Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), la consolidación de redes familiares y su articulación con la Atención Primaria en Salud (APS). A esto se suma el intercambio directo y horizontal de vivencias entre pares con antecedentes de internación o sufrimiento psíquico, una práctica que rompe el aislamiento social, valida el conocimiento construido desde la propia experiencia y promueve el empoderamiento colectivo al margen de jerarquías médicas. Finalmente, sobresale la creación de espacios comunitarios de encuentro orientados a la reestructuración de la cotidianidad, el afecto y la inclusión socio-ocupacional, superando el enfoque centrado únicamente en la medicación y el control sintomático.
- **Advertencias:** Al tomar esta experiencia como referente, debe evitarse su adopción acrítica o literal. Su alcance es fundamentalmente comunitario y de acompañamiento familiar, por lo que no está diseñada para sustituir la oferta de servicios ni la garantía de prestaciones asistenciales. Asimismo, esta iniciativa replica el modelo médico-rehabilitador centrado en el diagnóstico o la corrección sintomática. Se sugiere adaptar sus metodologías desde un enfoque de derechos y discapacidad psicosocial que promueva la autonomía y la eliminación de barreras en cada contexto territorial. Por último, cabe considerar que la sostenibilidad y el impacto real de esta estrategia dependen de la

asignación continua de recursos presupuestales y de una sólida articulación institucional.

ÁLAMOS (ITAGÜÍ)

|
11

Con más de 60 años de trayectoria impulsando diversos programas, la Corporación Álamos destaca como un avance significativo la experiencia de “Álamos Social”, concretamente en su línea de vida en comunidad. En su informe de gestión de 2023, la entidad reportó 36 personas beneficiarias vinculadas a esta iniciativa, evidenciando progresos sustanciales en autonomía para el desplazamiento, uso de espacios urbanos e inserción laboral. Además, el programa integra intervenciones en el entorno familiar y escenarios comunitarios que facilitan el contacto con la naturaleza y consolidan espacios de encuentro dirigidos a abordar las situaciones que motivaron la adopción de medidas de protección⁷.

7 CORPORACIÓN ÁLAMOS. Programa Álamos Social [en línea]. Medellín: Corporación Álamos, 2024. [Consultado el: 14 sep. 2025]. Disponible en: <https://losalamos.org.co/alamos-social/>.

EXPERIENCIAS DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE



Desmanicomialización y red comunitaria de Salud Mental en Río Negro, Argentina⁹

|
13
|

Provincia de Río Negro

(principal hito en la ciudad de Allen; expansión a toda la red hospitalaria provincial)¹⁰

Naturaleza

Política pública provincial de reforma psiquiátrica con enfoque de derechos humanos, sustitución del manicomio por servicios comunitarios y hospitalarios generales¹¹

Vigencia

Proceso iniciado en 1983. Con la Ley 2440 de 1991 se cerró el hospital psiquiátrico provincial. La política continúa hasta la actualidad, con una trayectoria de más de 40 años¹²

Marco normativo

Ley Provincial N.º 2440 (11/09/1991): prohíbe manicomios, define la internación como último recurso, impulsa externación, inserción co-

8 ARGENTINA. JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS. V Plan de Acción Nacional de Gobierno Abierto 2022-2024 [en línea]. Washington D.C.: Open Government Partnership, 2022. [Consultado el: 14 sep. 2026]. Disponible en: https://www.opengovpartnership.org/wp-content/uploads/2023/01/Argentina_Action-Plan_2022-2024.pdf.

9 GOBIERNO DE RÍO NEGRO. Río Negro presente en el lanzamiento de “Calidad y Derechos” de la OMS. Buenos Aires: Gobierno de Río Negro, 5 mar. 2025. Disponible en: <https://rionegro.gov.ar/articulo/53081/rio-negro-presente-en-el-lanzamiento-de-calidad-y-derechos-de-la-oms>.

10 PÁGINA12. Cómo desmanicomializar. Psicología, 12 sept. 2013. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-228809-2013-09-12.html>.

11 PÁGINA12. Cómo desmanicomializar. Psicología, 12 sept. 2013. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-228809-2013-09-12.html>
PODER EJECUTIVO DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO. Ley Provincial N° 2440: Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. Sancionada: 11 sep. 1991; promulgada: 3 oct. 1991; Boletín Oficial N° 2909. Río Negro (Argentina). Disponible en: <https://defensoriarionegro.gov.ar/drn/wp-content/uploads/2019/12/Ley-N%C2%BA-2.440-Salud-Mental-Rio-Negro.pdf>

12 GOBIERNO DE RÍO NEGRO. Río Negro presente en el lanzamiento de “Calidad y Derechos” de la OMS. Buenos Aires: Gobierno de Río Negro, 5 mar. 2025. Disponible en: <https://rionegro.gov.ar/articulo/53081/rio-negro-presente-en-el-lanzamiento-de-calidad-y-derechos-de-la-oms>.

munitaria y coordinación con el Poder Judicial. Antecedente directo de la Ley Nacional 26.657 (2010).

Entendimiento de la desinstitucionalización

El cierre del hospital psiquiátrico de Allen en Río Negro es un ejemplo de cómo transformar la atención en salud mental para que las personas no vivan aisladas ni encerradas. En lugar de un gran manicomio, la atención se trasladó a las áreas de salud mental de los hospitales generales y a equipos móviles que atienden las emergencias directamente en la comunidad. Las personas que llevaban años internadas pudieron salir de forma gradual gracias a una red de apoyos y lugares intermedios —como casas de convivencia, hogares de tránsito, centros de día y espacios de inclusión laboral— que les permiten recibir acompañamiento, recuperar su autonomía y vivir en sociedad¹³.

Actores involucrados

Ministerio de Salud de Río Negro (Programa/Coordinación de Salud Mental), equipos interdisciplinarios hospitalarios, Órgano de Revisión Local, actores comunitarios y municipales, y articulación con el Poder Judicial.

Proceso implementado

- **1985:** lineamientos provinciales y Programa de Salud Mental.
- **Oct. 1988:** decisión de cierre del hospital psiquiátrico de Allen y externación progresiva.
- **1989—años '90:** reconversión del hospital de Allen a general; expansión de camas y servicios en hospitales generales; capacitación continua y trabajo en red comunitaria.
- **1991:** sanción y reglamentación de la Ley 2440; consolidación de dispositivos comunitarios.

Apoyos comunitarios brindados

Viviendas y “casas de medio camino”, hogares de tránsito, centros/espacios culturales y de inclusión (por ejemplo, Camino Abierto en Bariloche), programas laborales y operadores comunitarios; abordajes domiciliarios y redes intersectoriales¹⁴.

13 PÁGINA/12. Cómo desmanicomializar. Psicología, 12 sept. 2013. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-228809-2013-09-12.html>.

14 PÁGINA/12. Cómo desmanicomializar. Psicología, 12 sept. 2013. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-228809-2013-09-12.html>.

Barreras o resistencias

- **Legales y judiciales:** necesidad de coordinación permanente con jueces y fiscalías; riesgo de transinstitucionalización en hospitales generales durante la transición.
- **Sociales y culturales:** estigma, temores comunitarios y resistencias de parte del propio campo profesional.
- **Presupuestales:** brechas para sostener dispositivos intermedios y coberturas (por ejemplo: obras sociales/privadas no siempre cumplen), generando presión sobre el sector público¹⁵.
- **Institucionales:** reconversión de personal y servicios tomó casi una década; necesidad de formación en salud mental comunitaria.

Valoración de la experiencia

- **Aprendizajes:** el cierre del manicomio debe acompañarse con expansión real de servicios en hospitales generales, redes comunitarias y apoyos sociales (vivienda, trabajo); ninguna persona trabajadora perdió su empleo en la reconversión.
- **Elementos replicables:** prohibición normativa de manicomios; internación breve en hospitales generales; equipos móviles de crisis; dispositivos de vivienda y trabajo; instancias de revisión y participación comunitaria.
- **Advertencias:** evitar la transinstitucionalización (trasladar el encierro a hospitales generales u otros dispositivos); asegurar presupuesto sostenido, formación continua y coordinación judicial para garantizar externaciones efectivas y vida en comunidad.

Provincia de Neuquén

Naturaleza

Proceso de desinstitucionalización en Neuquén, intervención mixta: pública y privada.

Vigencia

Última reforma en 2025.

15 RONCAROLO, Lorena. Chau al manicomio: Río Negro dio el primer paso y lo imitan en el exterior. RIO NEGRO, 23 abr. 2023. Disponible en: <https://www.rionegro.com.ar/ciencia/chau-al-manicomio-rio-negro-dio-el-primer-paso-y-lo-imitan-en-el-exterior-2867618>.

Marco normativo

Ley 26.061 (2005) – Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

- Qué es: Sustituyó la Ley de Patronato, introduciendo el paradigma de protección integral y de derechos humanos para la infancia¹⁶. La relación entre la Ley 26.061 de 2005 y el proceso de desinstitutionalización en Neuquén reside en que esta norma transformó de raíz la lógica jurídica, social e institucional con la que el Estado aborda a las infancias y adolescencias con sufrimiento psíquico o en situación de vulnerabilidad. Bajo el antiguo régimen del Patronato, el juez de menores tenía la facultad discrecional de disponer el internamiento de un niño o adolescente en un neuropsiquiátrico o institución de asilo argumentando “protección”, “abandono” o “peligrosidad”, confundiendo problemas sociales o de salud con motivos de institucionalización. La Ley 26.061 prohibió taxativamente la privación de libertad o la institucionalización por causa de pobreza, vulnerabilidad social o falta de recursos familiares. La ley establece que la separación de infancia o adolescencia de su núcleo familiar y comunitario es una medida excepcional, restrictiva y por el menor tiempo posible. En el ámbito de la salud mental en Neuquén, esto impulsó la eliminación del internamiento prolongado como “solución” y obligó a la creación de dispositivos comunitarios de acompañamiento (casas de convivencia, centros de día, equipos territoriales). La norma reconoce a las infancias como sujetos activos de derecho y no como objetos de tutela. Esto implica que las decisiones sobre su salud mental deben respetar su derecho a ser escuchados, a participar en las decisiones sobre su tratamiento y a recibir intervenciones basadas en el consentimiento informado y en apoyos, en lugar de imposiciones tutelares o de aislamiento. Para evitar que la crisis de un menor derive en el encierro institucional, la Ley 26.061 exige al Estado articular respuestas transversales entre los sistemas de salud, educación, desarrollo social y protección de derechos. En Neuquén, esta exigencia reforzó la necesidad de desplegar redes de salud mental comunitaria e intersectoriales antes que recurrir al internamiento asilar. La Ley 26.061 sentó las bases del modelo de derechos humanos que cinco años más tarde consolidaría la Ley Nacional de Salud Mental. Al fijar el principio de no discriminación y el derecho a vivir y criarse en un medio familiar y comunitario, la Ley 26.061

16 Argentina. Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 2005.

aportó el marco conceptual decisivo para dismantelar la institucionalización infantojuvenil en la provincia.

- Objetivo: Garantizar derechos fundamentales (identidad, salud, educación, participación) y crear el Sistema de Protección Integral con responsabilidades estatales, familiares y comunitarias¹⁷.

Decreto 415/2006 – Reglamentación de la Ley 26.061

- Qué es: Reglamento que operacionaliza la Ley de Protección Integral, Ley 26.061 (2005).
- Objetivo: Define mecanismos de protección, intervención estatal y articulación de responsabilidades. Obliga a las áreas de salud, educación y desarrollo social a actuar de forma coordinada en el territorio, fortaleciendo los apoyos comunitarios sobre el encierro.
- Prohíbe la institucionalización por causas socioeconómicas y fija la separación familiar como último recurso, de carácter temporal y sujeto a revisión periódica. Regula la participación directa de la infancia o adolescencia en todo proceso administrativo o judicial.
- Actualización: El DNU 62 de 2025 actualizó esta reglamentación, reestructurando competencias administrativas a nivel federal, redefiniendo circuitos de financiamiento y ajustando los plazos procedimentales de las medidas de protección y revinculación familiar¹⁸.

Ley 26.657 (2010) – Ley Nacional de Salud Mental (LNSM)

- Qué es: Regula la atención en salud mental en Argentina.
- Objetivo: Garantizar un abordaje interdisciplinario, comunitario y de derechos humanos. Establece la desmanicomialización progresiva¹⁹.
- Enfoque: La internación es un recurso excepcional y se prohíbe la creación de nuevos hospitales monovalentes.

17 Argentina. Decreto 603/2013. Reglamentación de la Ley 26.657. Buenos Aires, 2013.

18 Argentina. Decreto 415/2006. Reglamentación de la Ley 26.061. Buenos Aires, 2006.

19 Argentina. Ley 26.657 de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 2010.

Decreto 603/2013 – Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental

- Qué es: Norma reglamentaria que especifica cómo aplicar la Ley 26.657.
- Objetivo: Regular internaciones, rol de equipos interdisciplinarios, coordinación con el sistema de salud general y creación de dispositivos comunitarios.

Reformas y leyes complementarias a la Ley 26.061 (2019–2023)

- Ley 27.576 (2020): Reforma del art. 44 (adopciones).
- Ley 27.590 (2020, “Ley Mica Ortega”): Prevención del grooming y delitos digitales contra la niñez²⁰.
- Ley 27.709 (2023, “Ley Lucio”): Crea un Plan Federal de Capacitación obligatoria en derechos de niñas, niños y adolescentes para prevenir violencias.

Reformas recientes a la Ley 26.657 (2024) – Proyecto de Ley Bases (Ómnibus)

Modifican artículos clave sobre internaciones, inclusión comunitaria y composición del Órgano de Revisión²¹.

Ejemplos:

Art. 5: medidas judiciales urgentes en salud mental.

Art. 20: Internación involuntaria como recurso excepcional, incluyendo casos de adicciones en menores.

Art. 22: derecho a abogado desde la internación.

Art. 28: obligación de instituciones adecuadas.

Art. 39: nueva composición del Órgano de Revisión.

Actualizaciones de la Ley 26.061 (2025)

- DNU 62/2025: modifica la reglamentación (Decreto 415/2006).
- Resolución 250/2025: sustituye artículos de leyes complementarias en el sistema de protección.
- Resolución 246/2025: crea el programa “Crecer Cuidados” para fortalecer apoyos a la niñez, derogando resoluciones anteriores²².

20 Argentina. Leyes 27.576, 27.590 y 27.709. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 2019–2023.

21 Argentina. Proyecto de Ley Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos. Congreso de la Nación, Buenos Aires, 2024.

22 Argentina. DNU 62/2025; Resoluciones 250/2025 y 246/2025. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 2025.

Entendimiento de la desinstitutionalización

La Ley 26.061 (2005) entiende la desinstitutionalización como el reemplazo progresivo del modelo manicomial por un sistema de atención comunitaria, interdisciplinaria y con enfoque de derechos humanos. La intervención se orienta desde el paradigma de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), priorizando la autonomía, la inclusión social y el acceso a apoyos en la comunidad.

Actores involucrados

Participan el Ministerio de Salud de la Nación, los servicios provinciales de salud, hospitales generales, equipos interdisciplinarios, organismos de derechos humanos, y organizaciones de usuarios, familiares y redes comunitarias. También han tenido rol las universidades y organismos internacionales como la OPS.

Proceso implementado

La ley fijó como meta el cierre progresivo de los manicomios para 2020, con sustitución por dispositivos comunitarios: casas de medio camino, hospitales de día, atención en hospitales generales y programas de apoyo domiciliario. Sin embargo, el proceso fue desigual entre provincias: algunas avanzaron en cierres y reconversiones (por ejemplo, Río Negro, Buenos Aires), mientras que en otras la internación psiquiátrica sigue siendo la práctica dominante.

Apoyos comunitarios brindados

En los lugares con mayor implementación se desarrollaron servicios de vivienda supervisada, acceso a salud en hospitales generales, apoyo psicosocial, acompañamiento terapéutico, inclusión educativa y laboral (programas de empleo protegido, talleres productivos).

Barreras o resistencias

- **Legales y judiciales:** aplicación desigual de la ley, con resistencias en el poder judicial y en corporaciones médicas.
- **Sociales y culturales:** persistencia del estigma y la percepción de que la internación es “más segura”.
- **Presupuestales:** falta de inversión suficiente para desarrollar dispositivos comunitarios sostenibles.
- **Institucionales:** resistencia de parte del gremio psiquiátrico y de instituciones privadas dependientes del financiamiento de internaciones.

Valoración de la experiencia

- **Aprendizajes:** se reconoce un avance en instalar el paradigma de derechos humanos y visibilizar la violencia del modelo manicomial.
- **Elementos replicables:** equipos interdisciplinarios, apoyos habitacionales, inclusión en hospitales generales, articulación con redes comunitarias.
- **Advertencias:** los procesos de cierre sin apoyos adecuados pueden generar abandono y vulnerabilidad. La reforma propuesta en 2025 busca flexibilizar internaciones y reforzar el rol del psiquiatra, lo que ha generado polémica por el riesgo de retroceso hacia prácticas manicomiales y coercitivas.

Procesos de externación de mujeres con discapacidad psicosocial o cognitiva en albergues del DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) – México²³.

|
21
|

No se detalla una ciudad específica, el contexto institucional de los DIF corresponde al ámbito nacional y local.

Naturaleza

Mixta: institucional (inicialmente dentro de albergues del DIF - Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) con transición a estrategias comunitarias. Participación de actores públicos (DIF, SCJN) y sociedad civil (Entropía Social A.C., Clínica Jurídica del PUDH-UNAM).

Vigencia

Activa en el momento de la publicación del documento²⁴. Los procesos de externación y acompañamiento comunitario continúan, aunque con avances parciales y resistencias.

Marco normativo

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Normas y reglamentos internos del DIF (algunos señalados como obstáculos).
- Sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (2019) que declaró inconstitucional la exclusión de personas con discapacidad de la posibilidad de constituir legalmente una asociación civil.

23 GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, Emma Erika. El obstáculo epistémico en la ley que define el encierro. En Renato Constantino, Renata Bregaglio y Andrea Montecinos (eds.), Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica (pp. 287-307). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento Académico de Derecho – Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica, 2024.

24 GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, Emma Erika. El obstáculo epistémico en la ley que define el encierro. En Renato Constantino, Renata Bregaglio y Andrea Montecinos (eds.), Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica (pp. 287-307). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento Académico de Derecho – Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica, 2024.

Entendimiento de la desinstitucionalización

Interpretada no solo como salida física del albergue, sino como ruptura de lógicas manicomiales: reconocimiento de la capacidad jurídica, validación de la palabra de las personas institucionalizadas y creación de apoyos para la vida independiente y la toma de decisiones. Enfoque de derechos humanos, interseccionalidad y perspectiva de género.

Actores involucrados

- Personas con discapacidad internadas y no internadas (liderazgo en la creación de Entropía Social A.C.).
- DIF (institución pública a cargo de los albergues).
- Clínica Jurídica del Programa Universitario de Derechos Humanos de la UNAM.
- Equipo de psicología y trabajo social.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (sentencia clave).
- Notariado (mencionado como actor que generó barreras).

Proceso implementado

Observación y análisis psicosocial bidireccional (persona–entorno). Identificación de barreras y capacidades comunicativas (verbales y no verbales).

Clasificación de apoyos necesarios para vida independiente, vida en comunidad o alta dependencia.

Reorganización de tareas y recursos dentro del albergue para mejorar condiciones y autonomía.

Creación de una organización civil (Entropía Social A.C.) liderada por mujeres con discapacidad para gestionar apoyos y procesos de exteriorización.

Apoyos comunitarios brindado

- Asistencia jurídica para reconocimiento de la capacidad legal.
- Acompañamiento psicosocial y para la toma de decisiones.
- Acceso a documentos de identidad.
- Mejora de cuidados y alimentación durante la transición.
- Creación de redes comunitarias a través de la asociación civil.

Barreras o resistencias

- Negativa del DIF a firmar convenios directamente con mujeres institucionalizadas.
- Obstáculos legales y notariales para reconocer capacidad jurídica y registrar asociación.
- Falta de mecanismos efectivos para recabar y respetar la voluntad de todas las integrantes.
- Prejuicios y prácticas desubjetivantes dentro de la institución.

Valoración de la experiencia

- **Aprendizajes:** la desinstitucionalización requiere liderazgo de las propias personas internadas, mecanismos de apoyo efectivos y ruptura de prácticas manicomiales incluso dentro de procesos jurídicos y comunitarios.
- Elementos replicables: metodología de observación bidireccional, creación de organizaciones civiles lideradas por personas con discapacidad, litigio estratégico para eliminar barreras legales.
- **Advertencias:** sin mecanismos efectivos para garantizar la voluntad y participación plena, el riesgo es que se reproduzcan formas de control y tutela fuera de las instituciones.

Modelo Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA/UNEMES) – México.

Cobertura nacional con implantación diferenciada en diversos estados y municipios.

Naturaleza

Comunitaria, pública.

Vigencia

Activa. Forma parte de la política de salud vigente en México (en expansión).

Marco normativo

- Estrategia nacional de salud mental y adicciones impulsada por la Secretaría de Salud.
- Basado en marcos de la OPS/OMS sobre desinstitucionalización y en la Declaración de Caracas (1990).
- Integrado en el Programa de Acción Específico en Salud Mental y Adicciones 2020–2024²⁵.

Entendimiento de la desinstitucionalización

Interpreta la desinstitucionalización como la reducción de la centralidad de los hospitales psiquiátricos, privilegiando un modelo de atención comunitaria cercano a los territorios, con servicios de prevención, atención temprana y acompañamiento psicosocial. El enfoque se centra en derechos humanos, salud pública y participación comunitaria.

²⁵ Secretaría de Salud de México. Programa de Acción Específico en Salud Mental y Adicciones 2020–2024. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2020, pp. 12–18. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>

Actores involucrados

- Secretaría de Salud (nivel nacional y estatal).
- Equipos interdisciplinarios de psicología, trabajo social, medicina general y enfermería.
- Comunidades locales y organizaciones de la sociedad civil en procesos de prevención y educación.
- Articulación con escuelas, instituciones de justicia y programas sociales.

Proceso implementado

- Creación de Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA o UNEMES) como servicios de primer nivel de atención.
- Ofrecen detección temprana, intervención psicosocial breve, visitas domiciliarias, talleres de promoción de salud mental y prevención de consumo problemático.
- Coordinación con servicios hospitalarios para casos que requieren atención especializada.
- Búsqueda de disminuir la carga sobre hospitales psiquiátricos y favorecer la atención local.

Apoyos comunitarios brindados

- Atención ambulatoria en salud mental y adicciones.
- Talleres comunitarios de promoción de la salud mental.
- Intervenciones psicoeducativas a familias y comunidades.
- Visitas domiciliarias y seguimiento de casos.
- Canalización a empleo, educación o servicios sociales en articulación con otros programas.

Barreras o resistencias

- Persistencia del modelo hospitalocéntrico en varios estados.
- Recursos limitados y desigualdad territorial en la implementación de los CECOSAMA.
- Estigma social hacia las personas con problemas de salud mental y adicciones.
- Falta de continuidad en la asignación presupuestal.

Valoración de la experiencia

- **Aprendizajes:** demuestra que es posible crear un modelo comunitario de base pública, que acerca los servicios a la gente y reduce el peso de la institucionalización.
- **Elementos replicables:** la gratuidad, el enfoque territorial, la detección temprana y la participación comunitaria.
- **Advertencias o reservas:** requiere mayor inversión, expansión homogénea en todos los estados, fortalecimiento de los equipos y estrategias contra el estigma.

Atención colaborativa en salud mental en Coyoacán – México

Ciudad de México, Alcaldía de Coyoacán

Naturaleza

Comunitaria – Pública (modelo implementado desde los servicios de salud, con articulación comunitaria).

Vigencia

Activa (se implementa dentro del marco del Modelo de Atención Primaria en Salud Mental impulsado por la Secretaría de Salud de México)²⁶.

Marco normativo

- Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA) “Juntos por la Paz” (2019).
- Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020–2024.
- Marco de la reforma mexicana en salud mental con enfoque comunitario y reducción del peso del hospital psiquiátrico.

26 Secretaría de Salud de México. Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020–2024. México: Secretaría de Salud, 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-mental-y-adicciones-2020-2024>.

Entendimiento de la desinstitucionalización

- Se entiende como un tránsito hacia la atención cercana a la comunidad, fortaleciendo el primer nivel y articulando actores comunitarios.
- No se centra en el cierre inmediato de hospitales, sino en generar alternativas territoriales para que las personas no dependan de la institucionalización.
- Enfoque basado en derechos humanos, participación comunitaria y reducción de brechas en salud mental y adicciones.

Actores involucrados

- Secretaría de Salud de México.
- Centros de Salud en Coyoacán (primer nivel).
- Equipos multidisciplinarios: psicología, medicina general, trabajo social.
- Familias, escuelas y redes barriales que participan en la detección y acompañamiento.
- Estrategias de coordinación con el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

Proceso implementado

- Atención colaborativa en el primer nivel de salud: integración de salud mental a la atención médica general.
- Programas de detección temprana de depresión, ansiedad y consumo problemático de sustancias.
- Sesiones grupales de apoyo psicosocial.
- Referencia y contrarreferencia a hospitales solo cuando es estrictamente necesario²⁷.

Apoyos comunitarios brindados

- Atención psicosocial gratuita en centros de salud.
- Talleres comunitarios de autocuidado, prevención de adicciones y fortalecimiento de redes de apoyo.
- Grupos de apoyo para familiares.
- Articulación con escuelas y organizaciones comunitarias para prevención y acompañamiento.

27 Secretaría de Salud de México. Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020–2024. México: SSA, 2020.

Barreras o resistencias

- Sobrecarga de personal de salud en el primer nivel.
- Limitación presupuestal para expandir a todas las alcaldías con la misma cobertura.
- Persistencia del modelo rehabilitador centrado en la hospitalización, en casos graves.
- Estigma social en torno a la salud mental y las adicciones, que dificulta la participación comunitaria²⁸.

Valoración de la experiencia

- **Aprendizajes:** la integración de salud mental al primer nivel mejora la accesibilidad y reduce la dependencia de hospitales psiquiátricos²⁹.
- **Replicabilidad:** puede implementarse en otros municipios si se fortalecen los equipos multidisciplinarios y los vínculos comunitarios.
- **Advertencias:** riesgo de sobrecargar al personal sin garantizar recursos; la desinstitucionalización no debe quedarse solo en un discurso, sino acompañarse con inversión sostenida en redes de apoyo comunitario³⁰.

28 Borges, G., Medina-Mora, M. E. y Benjet, C. La salud mental en México: avances y retos en la reforma de la atención. Salud Pública de México, 2021.

29 Secretaría de Salud de México. ENPA: Juntos por la Paz. México: SSA, 2019.

30 OPAS/OMS México. La reforma en salud mental en México: desafíos y perspectivas. Ciudad de México: OPS, 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/mexico>

BRASIL

Centros de Atención Psicosocial (CAPS) — Brasil

A nivel nacional, con presencia en diversas ciudades y regiones de Brasil, adaptados a contextos urbanos y rurales.

Naturaleza

Comunitaria.

Pública, como parte del Sistema Único de Salud (SUS).

Vigencia

Sigue activa desde su implementación en la década de 1990, fortalecida con la Ley de Reforma Psiquiátrica de 2001 (Ley 10.216)³¹.

Marco normativo

- Ley 10.216 de 2001: Establece la Reforma Psiquiátrica en Brasil, garantizando derechos de las personas con trastornos mentales y orientando el cierre progresivo de hospitales psiquiátricos³².
- Política Nacional de Salud Mental (2001 en adelante): Sustenta la creación y expansión de los CAPS³³.
- Apoyo de políticas del Sistema Único de Salud (SUS) y programas federales de inclusión social.

Entendimiento de la desinstitucionalización

Los CAPS interpretan la desinstitucionalización como el desplazamiento del modelo asilar hacia un enfoque comunitario, priorizando la autonomía, la inclusión social y el respeto a los derechos humanos. El enfoque se orienta a la atención integral, en el territorio, con redes de apoyo y participación activa de la comunidad.

31 Amarante, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

32 Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Diário Oficial da União, 2001. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

33 Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Actores involucrados

- Gobierno federal, estadual y municipal (Ministerio de Salud y secretarías locales).
- CAPS y equipos interdisciplinarios (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros).
- Organizaciones comunitarias y movimientos sociales, como el Movimiento de Lucha Antimanicomial.
- Familias, personas usuarias y redes comunitarias³⁴.

|
29
|

Proceso implementado

- Transición del modelo hospitalario a la creación de CAPS en diferentes modalidades (CAPS I, II, III, CAPS AD para alcohol y drogas, CAPS Infantil).
- Reducción progresiva de camas en hospitales psiquiátricos.
- Sustitución de la internación prolongada por atención ambulatoria intensiva, comunitaria y en crisis.

Apoyos comunitarios brindados

- Atención en salud mental integral (terapia, rehabilitación psicosocial, medicación).
- Actividades culturales y educativas.
- Inserción laboral a través de cooperativas sociales y programas de empleo protegido.
- Apoyos a familias y redes comunitarias.
- Derivación a programas de salud, vivienda, educación y asistencia social del SUS y otras políticas públicas.

Barreras o resistencias

- Resistencia de sectores médicos ligados a hospitales psiquiátricos privados.
- Limitaciones presupuestales para la expansión de los CAPS en todo el país.
- Dificultades culturales y sociales para superar el estigma de la locura.
- Tensiones políticas: algunos gobiernos posteriores (2016 en adelante) promovieron retrocesos con políticas que fortalecieron clínicas privadas o la internación en comunidades terapéuticas religiosas³⁵.

34 Yasui, S. Clínica e Desinstitucionalização: Contribuições para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010..

35 Delgado, P. G. Contrarreforma Psiquiátrica: O Retorno do Manicômio?. Saúde em Debate, 2019; 43(123): 21–35.

Valoración de la experiencia

Aprendizajes: La experiencia de los CAPS muestra que la atención comunitaria es posible, más humana y eficaz que el encierro.

Elementos replicables: Trabajo en red, enfoque territorial, diversidad de modalidades según necesidades, integración con políticas sociales.

Advertencias o reservas:

- La sostenibilidad depende de financiamiento constante y de voluntad política.
- El riesgo de retrocesos aumenta cuando cambian los gobiernos o se presiona desde intereses privados.
- Es necesario fortalecer más los apoyos comunitarios como vivienda y empleo, que aún son insuficientes en algunos territorios³⁶.

36 OPAS/OMS. Relatório sobre os Serviços de Saúde Mental no Brasil. Brasília: OPAS, 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/pt/brasil>

Centros Comunitarios (COSAM) y Hospitales de Día (HD) en Concepción.

Comuna de Concepción, Región del Biobío, Chile

Naturaleza

Comunitaria, pública — integrada al Sistema Público de Salud

Vigencia

Activa desde la década de 1990³⁷, consolidada y fortalecida desde 2007

Marco normativo

- El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000) estableció la red de dispositivos comunitarios, incluyendo COSAM y HD
- Normativas clave: Resolución Exenta No. 568 (1993), Norma Técnica de 1999 y decretos sobre internación psiquiátrica (1998–2000)

Entendimiento de la desinstitutionalización

Se concibe como reemplazo del modelo asilar hacia una atención basada en la comunidad, con foco en inclusión social, rehabilitación y reducción de internaciones hospitalarias prolongadas³⁸.

Actores involucrados

- Ministerio de Salud de Chile y autoridades locales.
- Equipos interdisciplinarios (psiquiatras, psicólogos, enfermería, asistentes sociales).
- Agrupación de familiares (“Luz y Esperanza”) y redes comunitarias³⁹.

37 Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica para la Internación Psiquiátrica. Santiago de Chile: MINSAL, 1999.

38 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe sobre Servicios Comunitarios de Salud Mental en Chile. OPS, 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/es/chile>

39 Agrupación de Familiares Luz y Esperanza. Memoria Institucional 2005–2015. Concepción, Chile.

Proceso implementado

- Hospital de Día (HD): iniciado en 1997 dentro del hospital Guillermo Grant Benavente; externalizado e insertado en la comunidad desde 2006–2007.
- COSAM Concepción: fundado en 2007 para atender casos más complejos y vinculado con atención primaria en un modelo multidisciplinario⁴⁰.

Apoyos comunitarios brindados

Intervenciones psicosociales, talleres, actividades grupales, trabajo con familias, reinserción social y reducción de estigma⁴¹.

Barreras o resistencias

- Burocracia en trámites para externalizar el HD.
- Resistencia vecinal y dificultades para arrendar espacios en la comunidad.
- Cambios internos de equipo y ajustes en vínculos con la comunidad y agrupaciones familiares.
- Permanece el marco en el modelo rehabilitador, dejando de lado la implementación de un modelo social de discapacidad.

Valoración de la experiencia

- Aprendizajes: éxito en migrar hacia atención comunitaria, fortaleciendo redes y rehabilitación más allá del encierro.
- Elementos replicables: trabajo interdisciplinario, colaboración con universidades, participación familiar, enfoques locales ajustados.
- Reservas: fragilidad ante resistencias socioculturales y necesidad de sostener financiamiento y motivación política⁴².

⁴⁰ Ministerio de Salud de Chile. Centros Comunitarios de Salud Mental: Experiencias Locales. Santiago de Chile: MINSAL, 2012.

⁴¹ Rivera, M. Procesos de externalización de Hospitales de Día en Chile: análisis de resistencias. Revista Médica de Chile, 2010; 138(7): 915–922.

⁴² OPS/OMS. Fortalecimiento de la Salud Mental Comunitaria en la Región del Bío-bío. Santiago: OPS, 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/chile>

Reforma de Salud Mental y Desinstitucionalización Psiquiátrica a nivel nacional

33

Naturaleza

Comunitaria y pública.

Vigencia

Activa (consolidación tras la Ley de Salud Mental 19.529 de 2017)⁴³.

Marco normativo y político

La Ley de Salud Mental (2017) plantea la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por dispositivos comunitarios antes de 2025. Está alineada con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

Entendimiento de la desinstitucionalización

Se interpreta como un proceso de sustitución del modelo asilar por un enfoque comunitario, basado en derechos humanos, inclusión social y autonomía de las personas⁴⁴.

Actores involucrados

Ministerio de Salud Pública, colectivos de usuarios y familiares, organizaciones de derechos humanos, universidades, redes comunitarias.

Proceso implementado

Transición progresiva: cierre paulatino de hospitales psiquiátricos, creación de dispositivos intermedios y comunitarios (casas de medio camino, centros diurnos, equipos de salud mental en el primer nivel)⁴⁵.

⁴³ Parlamento del Uruguay. Ley de Salud Mental Nº 19.529. 2017. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

⁴⁴ Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-salud-mental-2020-2027>

⁴⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe sobre la Reforma de Salud Mental en Uruguay. OPS/OMS, 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/uruguay/salud-mental>

Apoyos comunitarios brindados

Servicios de salud en el primer nivel de atención, viviendas supervisadas, programas de rehabilitación psicosocial, apoyo en educación, trabajo protegido y acompañamiento psicosocial.

Barreras o resistencias

Presupuestales y de infraestructura: Insuficiencia de asignación presupuestaria para consolidar la red comunitaria y falta de oferta de vivienda asistida/supervisada para la población externada.

Corporativas y corporativistas del sector médico: Resistencia cultural e institucional de sectores psiquiátricos y gremios médicos formados en el modelo hegemónico asilar a migrar hacia la atención descentralizada.

Operativas e institucionales: Lentitud en el ritmo de cierre definitivo de los hospitales monovalentes (como el Hospital Vilardebó y las colonias), lo que perpetúa la duplicidad de costos y el estancamiento de la transición antes del plazo fijado.

Sociales y culturales: Persistencia del estigma hacia el sufrimiento psíquico y resistencias comunitarias frente al establecimiento de dispositivos intermedios en los barrios.

Valoración de la experiencia

- **Aprendizajes:** Importancia de la planificación con plazos claros y un enfoque intersectorial garantizado para coordinar salud, vivienda y protección social.
- **Elementos replicables:** Inserción directa de equipos y dispositivos de atención comunitaria en el primer nivel de salud.
- **Advertencias:** Riesgo de mantener dispositivos asilares encubiertos si no se despliegan simultáneamente los apoyos comunitarios e intrahospitalarios necesarios.

Red Comunitaria de Salud Mental. Nacional, con énfasis en barrios y municipios

Naturaleza

Comunitaria, pública y con fuerte integración territorial.

Vigencia

Activa desde la reforma sanitaria de los años 80.

Marco normativo

Reforma de salud en la década de 1980 que estableció los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM) como eje de la atención, bajo un sistema nacional de salud universal⁴⁶.

Entendimiento de la desinstitucionalización

Más que un cierre masivo de hospitales, se orienta a un desplazamiento de la atención hacia el territorio, evitando nuevas internaciones prolongadas y privilegiando la prevención, la rehabilitación y la atención primaria⁴⁷.

Actores involucrados

Ministerio de Salud Pública, equipos básicos de salud (médico de familia), redes comunitarias, escuelas, organizaciones sociales de base como los CDR (Comités de Defensa de la Revolución)⁴⁸.

Proceso implementado

No se cerraron totalmente los hospitales psiquiátricos, pero se redujo drásticamente su centralidad con la creación de más de 70 Centros Co-

46 GARCÍA, Gail A. Servicios comunitarios de salud mental en Cuba. En: MEDICC Review [en línea]. 2013. vol. 15, no. 2, p. 5-9. [Consultado el: 14 sep. 2025]. Disponible en: http://mediccreview.org/wp-content/uploads/2018/04/mr_323-es.pdf.

47 Otero Ceballos, M. Transición de la enfermería en los servicios de salud mental comunitarios en Cuba. Revista Uruguaya de Enfermería, 7(1), 2015. Disponible en: <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/49>

48 CUBA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe sobre el sistema de salud mental en Cuba: Informe del instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental de la OMS (WHO-AIMS) [en línea]. La Habana: MINSAP / OPS, 2011. [Consultado el: 14 sep. 2025]. https://www.researchgate.net/publication/295703928_IEMS_-OMS_INFORME_SOBRE_EL_SISTEMA_DE_SALUD_MENTAL_EN_LA_REPUBLICA_DE_CUBA

munitarios de Salud Mental y hospitales de día integrados al sistema territorial⁴⁹.

Apoyos comunitarios brindados

- 36 | Atención integral desde el primer nivel, programas de prevención del suicidio, rehabilitación laboral y escolar, espacios culturales y deportivos, acompañamiento familiar y comunitario.

Barreras o resistencias

Dificultades económicas (bloqueo y crisis), carencias de medicamentos, limitaciones en la infraestructura y sobrecarga de profesionales.

Valoración de la experiencia

- **Aprendizajes:** La integración plena con la atención primaria potencia la prevención y la cercanía comunitaria.
- **Elementos replicables:** Centros comunitarios insertos en barrios como puerta de entrada al sistema de salud mental.
- **Advertencias:** Riesgo de centralización estatal que limita la autonomía de los usuarios; falta de recursos materiales para sostener los programas.

49 RAVELO, Y. y ECHEVARRÍA, R. Limitaciones y desafíos de la atención en salud mental en Cuba en tiempos de crisis. En: Revista Cubana de Salud Pública [en línea]. 2020. vol. 46, no. 3, e2429. [Consultado el: 14 sep. 2025].

Zanmi Lasante (Partners in Health, Haití)

37

Entendimiento de la desinstitucionalización

La organización ha trabajado bajo el enfoque de salud comunitaria y derechos humanos, buscando reemplazar la institucionalización con atención integral en la comunidad⁵⁰. Se concibe la salud mental como parte de la salud general, inseparable del contexto social, económico y cultural⁵¹.

Actores involucrados

«Zanmi Lasante» (filial haitiana de Partners in Health), comunidades locales, líderes comunitarios, personal de salud primaria, redes de apoyo comunitario y el Estado haitiano en alianzas puntuales⁵².

Proceso implementado

No se trató de cierres hospitalarios, sino de la creación de servicios comunitarios integrados a la atención primaria. Se desarrolló un modelo de salud mental comunitaria en entornos rurales (ej. Central Plateau y Artibonite), que incluyó clínicas satélites y trabajo en terreno con agentes comunitarios de salud.

Apoyos comunitarios brindados

Atención psicosocial integrada en clínicas comunitarias, acompañamiento domiciliario, programas de apoyo educativo, iniciativas de empleo comunitario, seguimiento en medicación y tratamiento de condiciones graves (ej. psicosis, depresión, epilepsia).

50 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Respuesta del sector salud al terremoto en Haití, enero de 2010 [en línea]. Washington D.C.: OPS, 2011. [Consultado el: 14 sep. 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-05/health-response-2010-haiti-earthquake-en.pdf>.

51 RAVIOLA, G., EUSTACHE, E., OSWALD, C. y BELKIN, G. Mental health response in Haiti in the aftermath of the 2010 earthquake: a case study for building long-term solutions. En: Harvard Review of Psychiatry [en línea]. 2012. vol. 20, no. 1, p. 68–77. [Consultado el: 14 sep. 2025]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/10673229.2012.652877>

52 Partners In Health – Zanmi Lasante. Mental Health. PIH Haiti Program Page, 2023. Disponible en: <https://www.pih.org>

Barreras o resistencias

Limitaciones estructurales del sistema de salud en Haití.

Escasez de especialistas en salud mental.

Estigma cultural alrededor de la locura y la epilepsia.

Poca inversión estatal sostenida.

Valoración de la experiencia

- **Aprendizajes:** La atención comunitaria es posible aún en contextos de extrema pobreza, si se integra a la atención primaria y se forma a líderes comunitarios.
- Elementos replicables: El modelo colaborativo de trabajadores comunitarios de salud y acompañamiento psicosocial como parte del sistema de atención general.
- **Advertencias:** La sostenibilidad depende de la formación continua, de recursos económicos y de la cooperación internacional, lo que hace frágil el modelo si no hay un compromiso estatal duradero.

Plan Integral de Salud Mental del Departamento de Cochabamba 2022–2026 – Bolivia

Departamento de Cochabamba

Naturaleza

Comunitaria e institucional. Pública, con liderazgo del gobierno departamental (SEDES) en alianza con OPS/OMS y actores locales.

Vigencia

Activa; vigente desde 2022 con proyección hasta 2026⁵³

Marco normativo

- Plan desarrollado con apoyo técnico de la OPS/OMS.
- Respondió al impacto de la pandemia de COVID-19 en salud mental.
- Construido en consenso con: autoridades departamentales (Gobernador, SEDES), profesionales de salud mental, investigadores universitarios, ONGs y sociedad civil⁵⁴.

Entendimiento de la desinstitucionalización

Orientado a reemplazar el modelo tradicional basado en internaciones psiquiátricas prolongadas por atención en el propio territorio: creación de centros comunitarios y hospitales de día (sin internación nocturna), preservando vínculos familiares y comunitarios y evitando la estigmatización.

Actores involucrados

- Gobierno Autónomo Departamental de Cochabamba (Gobernador, SEDES)
- Secretaría Departamental de Salud (Daysi Rocabado)
- OPS/OMS (Lenildo de Moura, asesor internacional)
- Sociedad Departamental de Psiquiatría, docentes de la Universidad Mayor de San Simón, ONGs, sociedad civil.

53 Organización Panamericana de la Salud. Cochabamba lanza Plan Integral de Salud Mental 2022–2026 con un enfoque en la comunidad. OPS/OMS, 7 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-11-2022-cochabamba-lanza-plan-integral-salud-mental-2022-2026-con-enfoque-comunidad>

54 Gobierno Autónomo Departamental de Cochabamba. Plan Integral de Salud Mental 2022–2026. Cochabamba, 2022.

Proceso implementado

- Presentación del plan en noviembre de 2022
- Participación colectiva en su diseño

40 Establecimiento de seis líneas estratégicas

- Gobernanza y gobernabilidad
- Información y vigilancia en salud mental
- Prevención y promoción comunitaria
- Fortalecimiento institucional
- Sustentabilidad financiera
- Servicios integrales dentro del modelo de atención SAFCI (Servicio de Atención Familiar Comunitaria e Integral)

Apoyos comunitarios brindados

- Creación de centros de salud mental comunitaria y hospitales de día (sin internación nocturna).
- Estrategias de prevención y promoción en salud mental ajustadas culturalmente.
- Resguardo de derechos fundamentales y fortalecimiento del tejido social y familiar.

Barreras o resistencias

- Infraestructura aún débil: apenas 1–2 psiquiatras por cada 100 000 habitantes en el departamento.
- Ausencia de red consolidada de salud mental estructurada.

Valoración de la experiencia

- **Aprendizajes:** El enfoque comunitario es fundamental para desinstitucionalizar la atención, priorizando la prevención y promoviendo redes sociales de apoyo.
- **Elementos replicables:** Participación multisectorial, diseño basado en seis ejes estratégicos, y cuidado de vínculos comunitarios frente a internaciones.
- **Advertencias o reservas:** El éxito dependerá de fortalecer recursos humanos, infraestructura y consolidar una red regional de atención en salud mental.



PLANES REGIONALES Y MARCO OPS – OMS⁵⁵

55 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Declaración de Caracas [en línea]. Caracas: OPS/OMS, 14 nov. 1990. [Consultado el: 14 sep. 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-caracas>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [en línea]. Washington D.C.: OPS, 2014. [Consultado el: 14 sep. 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3500>.

América Latina y el Caribe

Política/Norma/Marco

Declaración de Caracas (1990) y Plan de Acción sobre Salud Mental de la OPS/OMS.

Descripción

La Declaración de Caracas (1990) estableció un punto de inflexión para los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe, promoviendo la desinstitucionalización psiquiátrica, la defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial y el fortalecimiento de la atención comunitaria. Este documento, promovido por la OPS/OMS y suscrito por los Estados de la región, impulsó la transición desde el modelo manicomial hacia uno fundamentado en la Atención Primaria de Salud (APS), la integración comunitaria y la red de apoyos.

Para dar continuidad a este mandato, la OPS aprobó el Plan de Acción sobre Salud Mental, marco en el cual el organismo internacional y los informes de seguimiento regional (evaluados a 30 años de Caracas) subrayan que, aunque existen avances normativos sustanciales, persisten severas brechas en financiamiento, infraestructura, talento humano y garantías efectivas de derechos. Los marcos de la OPS hacen un llamado prioritario a consolidar servicios comunitarios integrados a la red general de salud y alineados con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

Enfoque clave:

- Desinstitucionalización y erradicación progresiva del modelo asilar/manicomial.
- Enfoque de derechos humanos, capacidad jurídica y autonomía de las personas.
- Integración de la salud mental comunitaria en el Primer Nivel de Atención (APS).
- Reconocimiento de avances legislativos frente a los retos de implementación y asignación presupuestal.



Ensayar otro mundo
en pequeños actos
de desobediencia
cotidianos.

www.alce.org.co

